



**Sentido de coherencia y calidad
de vida en la tercera y cuarta
edad**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA

MÁSTER DE SOCIOLOGÍA DE LAS
POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIALES

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER



Alumno/a: Diana Carolina Mira Tamayo
Director/a: Juan David Gómez Quintero
Zaragoza, Julio de 2013



Facultad de
Economía y Empresa
Universidad Zaragoza

“Cada edad tiene su propio quehacer: hasta los 20 la edad de los sueños, a los 20 la edad de los proyectos, a los 40 la edad de los programas, a los 60 la edad de los balances, y a los 80 la edad de los recuerdos”

(Imserso. Envejecer en el año 2000)

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar a desarrollar este trabajo me gustaría dejar constancia en estas primeras líneas de mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible su realización.

Como no podía ser de otra forma, quiero dar las gracias en primer lugar a Dios, por derramar de su fortaleza sobre mi vida, así como también a mis padres, hermanos y abuelos, ellos son las personas más importantes de mi vida y de quienes, día tras día, recibo las mayores muestras de cariño y amor. Seguidamente quisiera dar las gracias de manera muy especial al Dr. Juan David Gómez Quintero, mi director en este trabajo, por su labor de guía, orientación y apoyo continuo desde el primer momento. También dar las gracias a la Dra. Marta Gil de la Cruz, por su amable colaboración.

También quiero agradecer a las personas que trabajan en la residencia la Inmaculada, por su colaboración activa en la puesta en marcha de los cuestionarios, en especial a María Ríos por haberme abierto las puertas, desde el primer momento y por su ayuda y apoyo; no está de más agradecer también, a Isabel Antón y a la asociación Manuel Viola del barrio Delicias, por su colaboración especial y por el aporte que han hecho a este trabajo, sobretodo, porque a través de su trabajo me enseñaron que luchar por nuestras convicciones vale la pena y sobretodo creer en que potenciar los recursos de las personas generan grandes resultados. No olvido a las personas mayores que con todo el cariño quisieron participar de forma voluntaria y colaborar con el presente trabajo, gracias a ellos, porque sin su ayuda no lo hubiera podido conseguir. Por todo ello, muchas gracias a todos, desde los que están más cerca y tengo la suerte de verlos más a menudo como los que a pesar de estar más lejos, yo los siento cerca.

Finalmente a la Universidad de Zaragoza por darme la oportunidad de realizar mis estudios, incluyendo aquí de modo especial a todos aquellos profesores y profesoras, compañeros y compañeras, que me han ayudado y continúan haciéndolo en mi formación.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABVD** Actividades básicas de la vida diaria
- AIVD** Actividades instrumentales de la vida diaria
- CO** Carta de Ottawa
- CVRS** Calidad de vida relacionada con la salud
- GRR** *Generalized Resistance Resources.* Recursos de Resistencia Generalizada
- MES** Modelo de ecuaciones estructurales
- OLQ** *Orientation to Life Questionnaire.* Cuestionario de orientación a la vida
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- QOL** *Quality Life.* Calidad de vida
- SAL** Salutogénesis o salutogenia
- SOC** *Sense of Coherence.* Sentido de coherencia
- VAP** Vida activa y productiva

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 5

2. JUSTIFICACION..... 8

3. OBJETIVO GENERAL..... 11

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 12

4. HIPÓTESIS..... 12

CAPÍTULO I

5. METODOLOGÍA..... 14

5.1 DISEÑO..... 14

5.2 MUESTRA SELECCIONADA..... 15

5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS SUBGRUPOS ETARIOS 16

5.3.1 POBLACIÓN UNIVERSO 16

5.3.1.1 Tercera edad: 16

5.3.1.2 Cuarta edad: 16

5.4 ÁMBITOS MUESTRALES..... 16

5.4.1 Centro Residencial la Inmaculada: 16

5.4.2 Asociación de vecinos Manuel Viola del Barrio las Delicias: 17

5.5 INSTRUMENTOS 17

5.5.1 Cuestionario de datos generales: 17

5.5.2 Cuestionario del Sentido de coherencia:..... 18

5.5.3 Cuestionario de calidad de vida: WHOQOL Bref 19

5.6 DE ANÁLISIS DE LOS DATOS..... 20

CAPITULO II

6. FUNDAMENTACION TERMINOLÓGICA Y TEÓRICA..... 22

6.1 El subgrupo etario de la Tercera y cuarta edad como hito dentro de un contexto de envejecimiento poblacional 22

6.1.1 El envejecimiento activo 24

6.1.2 La fragilidad: 26

| | |
|--|-----------|
| 6.1.3 La dependencia: | 28 |
| 6.2 ESTADO DE LA CUESTIÓN..... | 29 |
| 6.3 LAS BASES DEL MODELO SALUTOGÉNICO Y SUS DOS COMPONENTES: EL SENTIDO DE COHERENCIA Y LOS RECURSOS DE RESISTENCIA GENERALIZADA | 32 |
| 6.4 CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO SALUTOGENICO | 34 |
| 6.4.1 Sentido de coherencia (SOC) | 34 |
| 6.4.2 Recursos de resistencia generalizada | 35 |
| 6.5 DEFINICIÓN DEL CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN A LA VIDA | 36 |
| 6.5.1 Cuestionario de orientación a la vida (SOC 13 o 29)..... | 36 |
| 6.5.2 La estructura del SOC..... | 36 |
| 6 .5.3 Una nueva generación del cuestionario SOC..... | 36 |
| 6.5.4 La estabilidad a lo largo del tiempo | 37 |
| 6.6 LA CALIDAD DE VIDA DESDE UNA PERSPECTIVA SALUTOGÉNICA | 37 |
| 6.7 LA CARTA DE OTTAWA: HISTORIA, VALORES Y PRINCIPIOS, Y LA RELACIÓN CON LA SALUTOGÉNESIS..... | 40 |
| CAPITULO III | |
| 7. FUNDAMENTACION NORMATIVA EN LA PROMOCION DE LA SALUD | 45 |
| 7.1 Legislación Estatal | 46 |
| 7.1.1 La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad | 46 |
| 7.1.2 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud..... | 47 |
| 7.1.3 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. | 47 |
| 8. LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS DOCUMENTOS RESULTANTES | 48 |
| 8.1 Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Canadá, 1986. | 48 |
| 8.2 Conferencia de Adelaida, sur de Australia, 1988. | 49 |
| 8.3 Conferencia: ambientes de apoyo para la salud - Conferencia de Sundsvall, Suecia, 1991 ... | 50 |
| 8.4 Declaración de Jakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI, Indonesia, 1997..... | 51 |
| 8.5 51 ^a Asamblea Mundial de la Salud, 1998. | 51 |

CAPÍTULO IV

| | |
|--|----|
| 9. ANALISIS DE DATOS | 52 |
| 9.1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS | 53 |
| 9.1.1 HISTOGRAMAS | 54 |
| 9.2 CORRELACIONES DEL SENTIDO DE COHERENCIA Y SUS TRES CONSTRUCTOS EN LA TERCERA Y CUARTA EDAD | 55 |
| 9.3 CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN SUS CUATRO DOMINIOS ENTRE LA TERCERA Y CUARTA EDAD | 59 |
| 9.4 SENTIDO DE COHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD | 63 |

CAPITULO V

| | |
|--|----|
| 10. CONCLUSIONES | 71 |
| 11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN | 73 |
| 12. BIBLIOGRAFÍA | 75 |
| 13. WEBGRAFÍA | 77 |
| 14. ANEXOS | 78 |
| 14.1 ANEXO 1: Formato cuestionarios SOC-13 Y WHOQOL Bref | 78 |
| 14.2 ANEXO 2: Análisis del cuestionario de datos generales | 78 |
| 14.3 ANEXO 3: Puntuaciones del cuestionario del sentido de coherencia (SOC-13) | 78 |
| 14.4 ANEXO 4: Puntuaciones del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-Bref) | 78 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|--|----|
| Ilustración 1: esquema general del contenido del trabajo del sentido de coherencia y calidad de vida de la tercera y cuarta edad. Elaboración propia | 14 |
|--|----|

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (Lidström y Eriksson 2010) | 42 |
| Tabla 2. Estadísticos descriptivos, tercera edad | 53 |
| Tabla 3. Estadísticos descriptivos, cuarta edad | 53 |

| | |
|--|----|
| Tabla 4. Relación del sentido de coherencia entre la tercera y cuarta edad..... | 55 |
| Tabla 5. Relación del componente de significatividad entre la tercera y cuarta edad..... | 56 |
| Tabla 6. Relación del componente manejabilidad entre la tercera y cuarta edad..... | 56 |
| Tabla 7. Relación del componente comprensibilidad entre la tercera y cuarta edad | 56 |
| Tabla 8. Relación del dominio salud física entre la tercera y cuarta edad | 59 |
| Tabla 9. Relación del dominio psicológico entre la tercera y cuarta edad | 60 |
| Tabla 10. Relación del dominio relaciones interpersonales entre la tercera y cuarta edad..... | 60 |
| Tabla 11. Relación entre el dominio entorno entre la tercera y cuarta edad..... | 61 |
| Tabla 12. Relación entre el SOC y el dominio salud física en la tercera edad..... | 63 |
| Tabla 13. Relación entre el SOC y el dominio psicológico en la tercera edad..... | 63 |
| Tabla 14. Relación entre el SOC y el dominio relaciones interpersonales en la tercera edad | 64 |
| Tabla 15. Relación entre el SOC y el dominio entorno en la tercera edad | 64 |
| Tabla 16. Relación entre el SOC y el dominio salud física en la cuarta edad..... | 66 |
| Tabla 17. Relación entre el SOC y el dominio psicológico en la cuarta edad | 66 |
| Tabla 18. Relación entre el SOC y el dominio relaciones interpersonales en la cuarta edad | 67 |
| Tabla 19. Relación entre el SOC y el dominio entorno en la cuarta edad..... | 67 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Dominio 1: salud física en la tercera edad | 54 |
| Gráfico 2. Dominio 1: salud física en la cuarta edad | 54 |
| Gráfico 3. Dominio 3: relaciones interpersonales tercera edad..... | 55 |
| Gráfico 4. Dominio 3: relaciones interpersonales cuarta edad | 55 |
| Gráfico 5. Relación del SOC con la calidad de vida en la tercera edad..... | 65 |
| Gráfico 6. Relación del SOC con la calidad de vida en la cuarta edad..... | 68 |

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se expone surge a partir de la inquietud suscitada en una experiencia empírica con población mayor, donde se observó como el modelo salutogénico influye positivamente en la promoción de la salud; además existen evidencias reales de que es un paradigma en auge que arroja buenos resultados en donde se implementa. En España apenas comienza a ser conocido y es interesante que los profesionales de las diferentes disciplinas, lo tomen en consideración para la aplicación en su quehacer diario; así como también que las políticas de promoción de la salud estén orientadas bajo este prisma, con el fin de mejorar la calidad de vida de un colectivo que cada vez es más numeroso, las personas mayores. En estas líneas se abordará el sentido de coherencia y la calidad de vida en los subgrupos etarios de la tercera y cuarta edad, así mismo se pretende que este trabajo contribuya al desarrollo del modelo salutogénico, abordando una nueva línea de investigación que hasta ahora se había implementado de forma independiente, es decir, por un lado calidad de vida y por otro el sentido de coherencia, cabe destacar, que no existe ningún estudio que analice las interrelaciones entre ambas variables en población mayor; es por ello, que el presente trabajo permitirá conocer estas relaciones de forma inédita .

El modelo salutogénico está enmarcado dentro las bases de la promoción de la salud, la cual, está circunscrita a la atención primaria, esta parece ser objeto de investigación desde las ciencias de la salud y en menor medida desde las ciencias sociales; cada vez se observa cómo hay más profesionales que apoyan la orientación de la salud, desde una perspectiva salutogénica, es decir, desde lo que crea la salud y no desde el modelo biomédico o patógeno que concibe exclusivamente lo que crea la enfermedad.

La orientación salutogénica está despertando inquietudes en diferentes disciplinas; un ejemplo claro de ello, es Aarón Antonovsky, que formuló el modelo salutogénico desde una perspectiva sociológica y médica, ya que él era especialista en ambas disciplinas; como sociólogo Antonovsky era consciente del impacto de las condiciones sociales en la salud de las personas dentro de una sociedad; para él, existen mecanismos en una sociedad que favorecen a las personas con mayor educación, mejor economía, mejor apoyo social e integración social. Esta élite tendrá mejores oportunidades, en cuanto a prestaciones sanitarias y calidad de vida. El paradigma salutogénico también se puede enfocar desde el trabajo social, para orientar las intervenciones no solo sobre la enfermedad, exclusión o pobreza, sino en potenciar todos aquellos recursos que las personas poseen para incrementar su salud, y para mejorar cualquier situación vital sobrevenida, con el fin último de aumentar su calidad de vida.

Para poder ahondar en uno de los paradigmas más aceptados en la promoción de la salud, es importante conocer el recorrido que el modelo salutogénico ha efectuado, para posteriormente entender porque es la base del presente trabajo. En primer lugar es necesario aclarar de donde surge el modelo salutogénico, lo cual se expondrá en la fundamentación teórica más ampliamente; partiendo desde un aspecto más macro, la promoción de la salud se desarrolla a través de un documento central, este es la Carta de Ottawa (CO), esta se constituyó en la conferencia internacional de salud de la OMS en Ottawa en 1986 (OMS 1986^a). Para entender la CO se tiene que entender el contexto histórico de la salud pública moderna y de la promoción de la salud durante la II Guerra Mundial, la fundación de las Naciones Unidas y declaración de los Derechos humanos desde la perspectiva de la salud. Entre 1948 Y 1977 la OMS ha pasado de una aproximación de atención sanitaria y sistema sanitario a una aproximación de población contextual de la salud; a partir de esta concepción se comienza a delimitar que la promoción de salud debe tener el siguiente enfoque: la salud es vista como un proceso continuo a lo largo de la vida (la salud como un proceso de larga duración y no un resultado); se centra en los determinantes de salud (medios o recursos para la salud); el proceso de permitir ganar control y utilizar los determinantes de salud para mejorar la salud (empoderamiento); ser capaces de llevar una vida activa y productiva; es decir, disfrutar de una buena calidad de vida. (OMS 2009).

Paralelamente a lo anterior, Aarón Antonovsky introdujo los conceptos de sentido de coherencia (SOC) y los recursos de resistencia generalizados, dentro de su paradigma salutogénico, basado en lo que crea la salud, el autor alegaba que si la población asume una orientación a la vida, esta tendrá un impacto en su salud. Ya han pasado varias décadas, desde la introducción del modelo salutogénico, pero pese a su larga trayectoria, en la actualidad se sigue debatiendo bajo que prisma puede ser abordada la promoción de la salud, el modelo salutogénico se considera una opción viable para su puesta en práctica.

Un potencial de la aproximación salutogénica a nivel de sociedad es utilizarla en la creación de políticas de salud pública como base para la realización de políticas de salud para todos (OMS 1986). Esto significa que las aproximaciones políticas se utilizan para construir la coherencia necesaria para formar sociedades promotoras de salud afectando no solamente a los servicios de salud, sino a todos los demás sectores clave centrándose simplemente en los factores y estructuras necesarias para producir una dirección saludable, coherente y sostenible en la sociedad. Este proceso involucra fortalecer los recursos de resistencia generalizados, creando a su vez nuevos y haciendo a los ciudadanos conscientes de ellos y capaces de identificarlos y utilizarlos. Antonovsky concibe el modelo salutogénico como una aproximación de la promoción de la salud para llegar a desarrollar servicios de salud pública de alto estándar. (Lindström y Eriksson 2007)

Existe evidencia de que la aproximación salutogénica dentro de la promoción de la salud, crea poblaciones que viven más y tienen mayor tendencia a elegir comportamientos de salud positivos, tienen menos problemas con enfermedades (agudas o crónicas), tienen menos necesidad de utilizar el sistema sanitario (con menos frecuencia) y afrontan mejor el estrés. El presente trabajo está enfocado en personas de la tercera edad (mayores de 65 años y menores de 80) y la cuarta edad (mayores de 80 años); si tenemos en cuenta el contexto de crisis actual y la reducción en las partidas presupuestarias y en este caso la sanitaria, es entonces, cuando se crea la necesidad de políticas públicas sanitarias con una orientación salutogénica, sobre todo con población mayor, que son los que más acuden a la consulta de atención primaria en salud, cuyo fin último sería lograr que con recursos escasos se puedan prestar servicios sanitarios eficaces.

El orden del presente estudio, parte de un marco metodológico incluido en el capítulo I, donde se especifican las características de los dos subgrupos etarios, así como también la forma en que se implementarán y analizarán los cuestionarios del sentido de coherencia (SOC-13) y el cuestionario de calidad de vida (WHOQOL Bref); posteriormente en el capítulo II se aborda la fundamentación teórica, donde se detalla la relación entre promoción de la salud y la carta de Ottawa, el modelo salutogénico, el sentido de coherencia y la calidad de vida; complementariamente a lo anterior se desarrolla un estado de la cuestión que define las investigaciones realizadas en torno a las variables principales del presente estudio. En el capítulo III se desglosa la normativa por orden jerárquico de las normas en cuanto a promoción de la salud, así como también las principales cartas de promoción de la salud. En el capítulo IV se analizan los datos obtenidos, y en el capítulo V se establecen una serie de conclusiones dando respuesta a las hipótesis planteadas y por último, se proponen futuras líneas de investigación.

2. JUSTIFICACION

El interés del modelo salutogénico, surge durante mis prácticas de cooperación al desarrollo, en la Habana Cuba en el año 2011; donde realice una investigación denominada: “*evaluación del programa sociocultural del centro de día Nuestra Señora de Belén*”. La muestra tomada fue de 151 personas mayores, los cuales fueron entrevistados durante el lapso de tiempo de tres meses; este trabajo de campo me permitió observar como todas las intervenciones que se realizaban en el centro utilizaban una perspectiva salutogénica, es decir, ellos ya conocían las limitaciones de la población mayor, lo que hacían era potenciar los recursos positivos que estas personas tenían para mejorar su salud y por supuesto su calidad de vida y esto arrojaba buenos resultados, debido a que se evidenciaba como su orientación a la vida era muy positiva, pese a los problemas sociales, económicos y físicos que padecían, la gran mayoría de estas personas consideraban que su vida tenía sentido y que podrían aprovechar todo lo que estaba a su alcance para mejorar su calidad de vida.

Paralelamente a lo anterior, se puede decir, que los resultados de las entrevistas demostraron como las personas con enfermedades crónicas tenían un afrontamiento positivo y también como las personas que participaban en este centro estaban concienciados con el cuidado de su propia salud, a través del ejercicio, del cambio de hábitos etc. es por todo ello, que llevo investigando desde hace aproximadamente dos años, el modelo salutogénico y cada vez más ratifico que es un modelo que podría tener un impacto positivo en las políticas de promoción de la salud, por lo cual, mi más firme interés es que se siga investigando y que se aborde desde diferentes disciplinas, así como también que se vincule como una orientación viable en las políticas de promoción de la salud. A continuación se describe como es la situación de las personas mayores en España, en cuanto a la promoción de la salud.

España presenta un claro retraso en el ámbito de la promoción de la salud, si se compara con el terreno que ya llevan recorridos algunos países como Canadá, suiza o Cuba; países que llevan una trayectoria investigativa y práctica y que reconocen la importancia de la promoción de la salud, de ahí que el paradigma español esté más centrado en la enfermedad, y que los discursos que se mueven bajo este prisma disten mucho de concebir verdaderas políticas de promoción de la salud; esta situación se ve acompañada por el escaso presupuesto dedicado a esta partida. Una de las principales razones que legitiman esta situación, es el tardío e inconcluso desarrollo del Estado de Bienestar en España (modelo mediterráneo); este modelo corresponde a los países que han desarrollado un Estado del Bienestar más tarde (años setenta y ochenta). El cual tiene como características, que se basa un modelo social con menores gastos.

En base a las consideraciones anteriores se puede decir, que este tardío Estado del bienestar y el bajo gasto presupuestario que viene influido por un orden político-ideológico, ha tenido serias repercusiones en el establecimiento de muchos instrumentos destinados a mejorar las opciones de promoción de la salud en España. Paralelamente a esto también, se encuentra la dicotomía aun existente entre un modelo patógeno y uno salutogénico, pese a la trayectoria que ya lleva la OMS en sus conceptualizaciones y puesta en práctica de la promoción de la salud desde el polo positivo de la misma, desde lo que crea la salud y los determinantes de la misma; todas estas son las situaciones que retardan el avance de la promoción de la salud en España; es por ello que la realidad camina por otros derroteros, ya que para llevar a la práctica políticas efectivas de promoción de la salud, se necesita el establecimiento de políticas que ayuden y refuerzen la promoción de la salud, el desarrollo de los recursos humanos y económicos destinados para ella, investigación y una clara coordinación de la administración central y la autonómica. En definitiva se crea la necesidad de cambiar la orientación biomédica, a un modelo salutogénico que potencie los recursos generales que poseen las personas y un mayor sentido de coherencia; por supuesto teniendo en cuenta que esta orientación tenga un correlato práctico.

En efecto, existen problemas para llevar a la práctica la promoción de la salud, pero también existe una realidad en España que no se puede obviar y es el envejecimiento de la población Española, el cual se ha convertido en asunto recurrente, sobre las consecuencias que este tiene sobre la salud y la calidad de vida. Para conocer más de cerca la realidad, según datos del censo de población y vivienda del año 2011 publicado por el INE¹, las personas de la tercera edad comprendidas entre 69 y 79 años, pero que en este barómetro abarca de los 60 a los 79 años, representan el 17,35% de la población española; del total de la población de la tercera edad un 53,45% son mujeres y un 46,55% son hombres; por otra parte, en cuanto a la cuarta edad, o lo que es lo mismo personas mayores de 80 años y según este barómetro hasta 90 años y más, están representados con un 5,25% de la población española; del total de la población de la cuarta edad son mujeres el 64,02% y hombres un 35,98% respectivamente. Paralelamente a esto, el barómetro del Instituto Nacional de Estadística (INE) refleja que en 2012 en España viven alrededor de 11.200 personas centenarias, o que han vivido un siglo de vida un dato sin precedentes; esta situación está caracterizada por la feminización, esta situación se acrecienta conforme se longeza el grupo de ancianos, en la actualidad las mujeres centenarias representan el 85% dentro de este grupo poblacional. Al analizar la evolución de la población de España entre los dos últimos censos

¹ Datos según el Censo de Población y vivienda 2011 del Instituto Nacional de Estadística. El Censo sitúa la cifra de población de España en 46.815.916 habitantes a 1 de noviembre de 2011, con un crecimiento de casi 6 millones de personas en una década.

comprobaremos que mientras los menores de 65 años disminuyen efectivos, son los de edades superiores a ésta (65-79 y 80 y más años) los que van a sumar población a la sociedad española.

La realidad reflejada anteriormente permite enfatizar la importancia del fenómeno de la tercera y cuarta edad, la cual también es enfatizada por algunos destacados estudiosos, ya que, este factor demográfico tiene consecuencias considerables para los sistemas de soporte, en tanto que la necesidad de asistencia aumenta con la edad (G. C. Myers y E. M. Agree, 1994, p. 127).² es importante tener en cuenta que la población española crecerá 2,1 millones de habitantes en los próximos 40 años -48 millones en 2049- y tendrá el doble de mayores de 64 años, representando el 31,9% del total de la población³, lo cual los sitúa como potenciales usuarios de la atención primaria, que en menos de un mes, utilizan sus servicios en un 56,5%,⁴ es por ello, que la promoción de la salud se plantea como una herramienta para mejorar la calidad de vida de esta población cada vez más numerosa y no solo eso, sino que ellos se impliquen como miembros activos en el cuidado de su propia salud a la vez que también sean miembros activos, que participen en los temas que les afectan.

Es por ello que es necesario implementar políticas que ayuden a mejorar la calidad de vida de este colectivo que presenta desafíos de gran envergadura para la salud pública española, en donde mejorar su calidad de vida es un tema de trascendental importancia, ya que si se combina un sentido de coherencia óptimo es decir que estas personas tengan interiorizado que su vida tiene sentido y que tienen recursos para enfrentar los estresores que puedan aparecer durante su vida, esto puede repercutir en que estos vivan de una mejor manera, y presenten un mejor estado de salud; esto se puede lograr implicando a la población en la participación en su propio cuidado de salud, es decir autocuidado, pero también en la promoción comunitaria en salud.

El desarrollo de estudios e investigaciones comparativas entre la tercera y cuarta edad,(sugeridas por Lidström y Eriksson) en cuanto a la relación del sentido de coherencia y la calidad de vida, puede repercutir en que se conozca de forma práctica facetas de estos subgrupos etarios que hasta ahora eran desconocidas y que ayuden a mejorar su calidad de vida; ya que es conocido que las personas de la tercera edad tienen mayor calidad de vida, debido a que mantienen una funcionalidad óptima, es decir, buena salud y autonomía funcional, esta situación les permite ser miembros activos y participativos. Mientras que las personas de la cuarta edad presentan mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad y situaciones de dependencia. Cabe decir, que

² Sánchez Vera, P. (1994).Tercera y Cuarta Edad en España desde la perspectiva de los hogares. Revista Reis 73/96. Universidad de Murcia. Pp. 57-79

³ Datos extraídos de las proyecciones del INE 2010. Véase en http://elpais.com/elpais/2010/01/28/actualidad/1264670223_850215.html

pueden existir personas de la tercera edad dependientes, así como personas de la cuarta edad autónomas, pero no es lo más frecuente.

En la actualidad se plantean tres paradigmas viables para llevar a cabo la promoción de la salud, en primer lugar el modelo salutogénico, en segundo lugar el modelo de activos o patrimonio en salud y en tercer lugar, los mapas de activos en salud, los tres requieren de la participación comunitaria en salud, por parte de los adultos mayores, para poder encontrar fortalezas y recursos que poseen las personas y las comunidades, con el fin de descubrir capacidades individuales y colectivas existentes en el contexto y así poder orientar todos estos descubrimientos para mejorar la calidad de vida de la población mayor, siendo extensible los mismos modelos a la población en general.

Para terminar, y enfocar como se está desarrollando el modelo salutogénico en España, se puede ver, como poco a poco comienza a estar presente en la agenda política, en Junio del año 2010 se realizó en Madrid, la conferencia *Mental Health and Well-being in Older People -Making it Happen*, organizada conjuntamente por la Comisión Europea de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad y Política social de España. En ella los expertos apoyaron la idea de utilizar el enfoque salutogénico en las actividades y políticas de Promoción de la Salud para las personas mayores. En este sentido, en una revisión de literatura que cumple la función de documento base de la conferencia, los autores explicaron cómo el SOC ha sido útil para identificar los factores personales y ambientales que son potencialmente protectores de la salud mental positiva en la vejez.⁴

3. OBJETIVO GENERAL

El propósito de este trabajo es efectuar una correlación comparativa entre el sentido de coherencia y la calidad de vida, en los subgrupos etarios de la tercera y cuarta edad, desde una perspectiva salutogénica de la promoción de la salud.

⁴ Rivera de los santos, F. Y OTROS. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 Nº 1 y 2

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Analizar la asociación de la edad y el sentido de coherencia global en las personas mayores
- ▶ Conocer las relaciones de las tres dimensiones del sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, efectuando una comparación entre la tercera y cuarta edad
- ▶ Determinar el grado de relación entre los dominios de calidad de vida, salud física, psicológico, relaciones interpersonales y entorno, realizando una comparación entre la tercera y cuarta edad
- ▶ Cuantificar las relaciones entre el sentido de coherencia global, la calidad de vida y sus dominios, ejecutando una comparación entre la tercera y cuarta edad

4. HIPÓTESIS

A lo largo de este estudio se pondrán a prueba cuatro hipótesis correlacionales para cuantificar la relación entre las variables. Las variables que a continuación se describen están compuestas por diversas dimensiones; en primer lugar la calidad de vida, se evalúa a través de cuatro dominios independientes como son: salud física, psicológico, relaciones interpersonales y entorno. En segundo lugar el sentido de coherencia está conformado por tres dimensiones como son: comprensibilidad significatividad y manejabilidad. En tercer lugar las hipótesis aluden a los subgrupos etarios de la tercera edad (mayores de sesenta y cinco, pero menores de ochenta años) y la cuarta edad (de ochenta años y más). Es por todo ello que la forma de relacionar las variables principales de este estudio, versarán de la siguiente manera:

- 4.1 Las personas de la cuarta edad, tendrán un sentido de coherencia mayor que las personas de la tercera edad, porque se presupone que el sentido de coherencia es un constructo que tiende a incrementarse con la edad.
- 4.2 Los constructos del sentido de coherencia como la manejabilidad y comprensibilidad, se consideran estables a lo largo de la vida; mientras que el de la significatividad, sufre variaciones, debido a que a medida que aumenta la edad las personas mayores están menos motivadas frente a la vida, tienen menos perspectivas de futuro y se proponen menos metas a alcanzar
- 4.3 a) Las personas de la tercera edad tienen mayor calidad de vida en sus cuatro dominios, debido a que mantienen una funcionalidad optima, es decir, buena salud y autonomía funcional, esta situación les permite ser miembros activos y participativos.

- 4.3 b)** La calidad de vida disminuye en la cuarta edad, debido a que se corresponde con una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad y situaciones de dependencia
- 4.4** La relación entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en sus cuatro dominios, es directamente proporcional, es decir, cuanto más fuerte es el sentido de coherencia mejor será la calidad de vida en la tercera y cuarta edad, ya que el SOC es un recurso que ayuda a mejorar la calidad de vida, mediado por un buen estado de salud percibido.

CAPÍTULO I

5. METODOLOGÍA

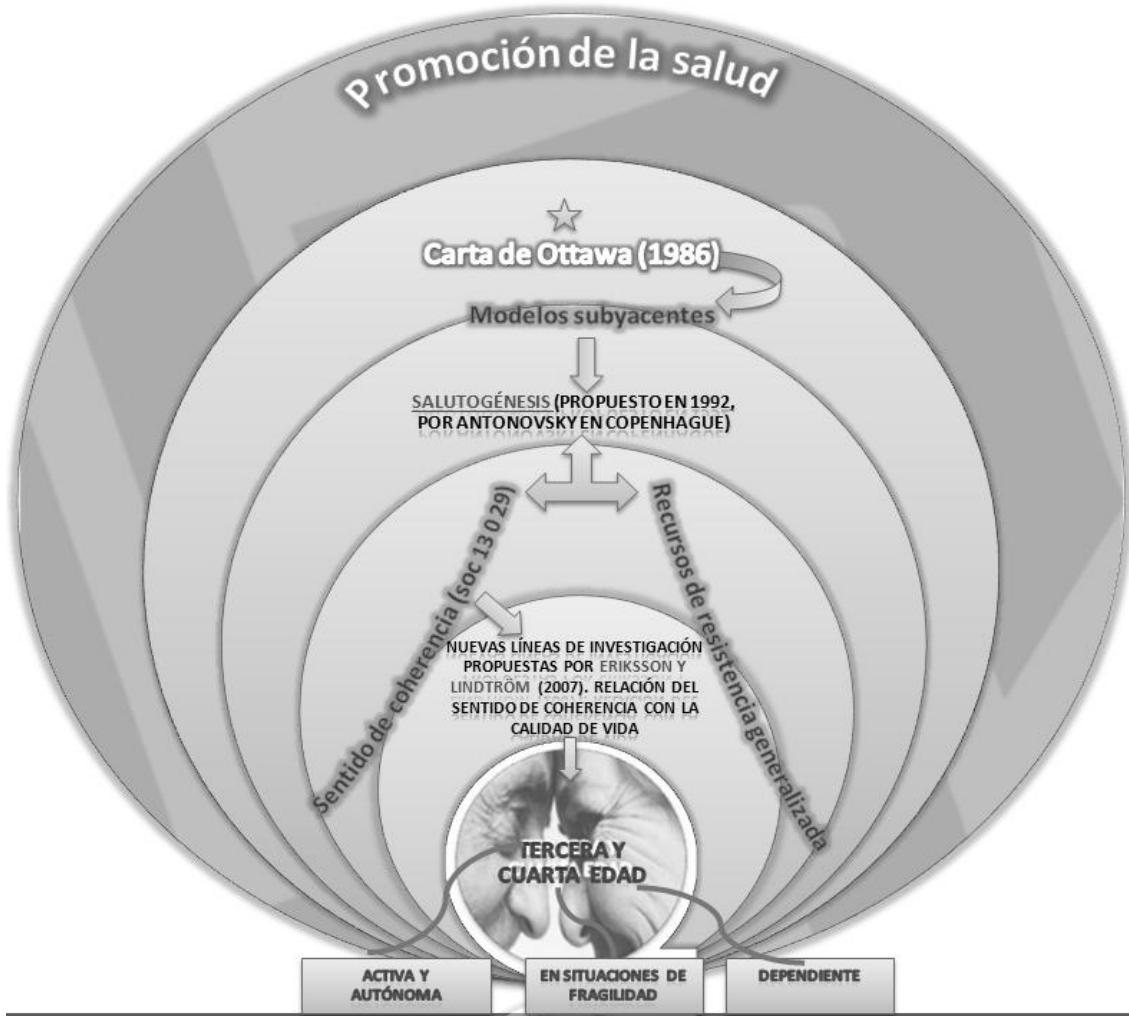


Ilustración 1: esquema general del contenido del trabajo del sentido de coherencia y calidad de vida de la tercera y cuarta edad. Elaboración propia.

5.1 DISEÑO

El presente estudio, se plantea como una prueba piloto o preparatoria, debido a que es la primera vez que se correlacionan los cuestionarios del sentido de coherencia y calidad de vida en población mayor. El diseño del estudio se corresponde con una investigación no experimental de tipo transversal-correlacional, ya que busca describir las interrelaciones entre calidad de vida y sentido de coherencia, observando el grado de relación entre ambas variables, a través de la comparación de adultos mayores, clasificados en subgrupos etarios de tercera y cuarta edad; dicho estudio está delimitado en un momento determinado y se ha realizado en el entorno habitual de las personas mayores. En este sentido se tomó como punto de referencia los cuatro dominios relacionados con

la calidad de vida, estos permiten describir con precisión, cuál es la percepción subjetiva de la calidad de vida, por parte de los participantes para poder efectuar la correspondiente relación con el sentido de coherencia y sus tres constructos.

Para indagar y conocer investigaciones con respecto al sentido de coherencia y calidad de vida se recurrió a fuentes secundarias de información, realizando una revisión bibliográfica y seleccionando artículos publicados que estudiaran el SOC definido por Anstonovsky en el colectivo de personas mayores; así como artículos que relacionan la calidad de vida con el sentido de coherencia.⁵

5.2 MUESTRA SELECCIONADA

Se contó con la participación de personas mayores clasificadas por dos subgrupos etarios: tercera y cuarta edad; el criterio de inclusión fue por un lado que los pertenecientes a la tercera edad tuvieran entre 65 y 79 años y participaran activamente en la asociación de vecinos y, por otro lado, personas de la cuarta edad, mayores de 80 años, que estuvieran conviviendo en una residencia de mayores, con la particularidad de que presentaran situaciones de fragilidad o dependencia. Es importante resaltar que en este estudio, no se incluyeron personas de la tercera edad, frágiles o dependientes, ni personas de la cuarta edad autónomas y con buen estado de salud; así como tampoco, personas de la cuarta edad que participen en asociaciones, ni personas de la tercera edad que vivan en residencias, debido a que la muestra era muy pequeña y prácticamente en los sitios donde se aplicaron los cuestionarios las personas de cada subgrupo etario tenían características similares; pero estas otras situaciones intermedias o divergentes, se pueden tomar en cuenta para futuras líneas de investigación a abordar con población mayor, preferiblemente en un estudio que incluya una muestra representativa.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por oportunidad, el cual consiste en seleccionar a aquellos sujetos voluntarios y que presentan mayor oportunidad de ser seleccionados (Coolican, 1994). Se trabajó con una selección de 16 personas mayores de manera intencional y que tuvieran la disposición de participar voluntariamente, de los cuales 8 son personas de la tercera edad pertenecientes a una asociación de vecinos, en donde participan de forma activa y los otros 8 pertenecientes a la cuarta edad, son personas que conviven en una

⁵Se consultaron las bases de datos de MEDLINE, ISI web of Knowledge, CINAHL, Psycinfo, La Biblioteca Cochrane Plus, Teseo, bases de datos del CSIC y Elsevier; así como también las siguientes revistas: the Journal of epidemiology & community heart; y por último se consultó la pagina web y las publicaciones The resource center on salutogenesis at the university west. La estrategia de búsqueda para las bases en inglés, se elaboró combinando los descriptores, «Sense of coherent», «Health Promotion» Asi «elderly persons», «quality of life» conjugando los descriptores con el operador AND. La revisión de artículos se limitó a los publicados en lengua inglesa y lengua castellana; en relación a esta última, los términos libres utilizados fueron «personas mayores» «calidad de vida» «sentido de coherencia», «salutogénesis», «Anstonovsky» y «orientación para la vida», realizando múltiples combinaciones.

residencia de mayores; cabe decir que los resultados de dicho estudio no son generalizables, dado que la muestra no es representativa.

Los cuestionarios fueron aplicados a las personas de la cuarta edad a manera individual, en la modalidad de entrevistas, estas fueron realizadas dentro de la residencia en horario de mañana, durante dos días en el mes de mayo, cada entrevista tuvo una duración aproximada de 40 minutos por cuestionario. En cuanto a las personas de la tercera edad, los cuestionarios fueron autoadministrados en la asociación de vecinos, cuya duración por persona para poder cumplimentarlos fue de aproximadamente 30 minutos; ambos subgrupos tenían que responder a dos cuestionarios, que en total abarcaban 39 preguntas.

5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS SUBGRUPOS ETARIOS

5.3.1 POBLACIÓN UNIVERSO

5.3.1.1 Tercera edad: la edad media de las participantes fue de 70 años, así como también la media de años en la asistencia a la asociación de vecinos fue de 6 años y seis meses; cabe aclarar que todas las personas participantes eran mujeres, debido a son las que más participan en la asociación, de las cuales 4 eran casadas, tres viudas y 1 soltera; por otra parte casi todas tenían un nivel de instrucción básico, es decir estudios primarios. En cuanto al apoyo y ayudas, se puede decir, que sólo dos recibían ayudas públicas y el resto apoyo familiar, la gran mayoría de estas personas presentaban problemas económicos, para llegar a fin de mes; en definitiva todas autopercibían su calidad de vida y estado de salud como bueno o muy bueno y se consideraban como activas y participativas dentro de la asociación, a través de las diferentes actividades.

5.3.1.2 Cuarta edad: la edad media de los participantes fue de 91 años, con una media de convivencia en la residencia de 3 años y 7 meses, en este grupo hay más mujeres (5) que hombres (3), de los cuales 2 eran casados, 4 viudos y 2 solteros; por otro lado se puede señalar, que todos tenían un nivel de instrucción básico y algunos de ellos habían realizado oposiciones. En cuanto al apoyo y las ayudas, se puede decir, que ninguno de los participantes recibía ayudas públicas, y sólo una persona no tenía ningún tipo de apoyo, la gran mayoría de este grupo de personas tenían solvencia económica, para hacer frente a sus gastos. En general todos autopercibían su salud y su calidad de vida como buena. Cabe destacar que entre los participantes había personas en situaciones de fragilidad y dependencia, pero ninguna tenía reconocido el grado de dependencia.

5.4 ÁMBITOS MUESTRALES

Los cuestionarios se ejecutaron en dos ámbitos diferentes que a continuación se describen:

5.4.1 Centro Residencial la Inmaculada: está ubicada en el barrio Torrero de Zaragoza, en ella se llevaron a cabo 8 cuestionarios; este centro está vinculado con la asociación aragonesa de

voluntariado en geriatría, la cual realiza actividades de promoción, coordinación y ayuda voluntaria, para atender a personas mayores que, por edad, fragilidad, vivir en soledad y/o situación de dependencia, puedan necesitarla. Se tomó en consideración esta residencia debido a que en ella se podían realizar los cuestionarios con personas de la cuarta edad, además en ella se prestan servicios de atención continuada dirigida a este colectivo, en donde acoge a personas mayores frágiles y/o dependientes que no pueden cubrir sus necesidades de atención y cuidado en su entorno habitual.

Este centro oferta diferentes plazas en varios niveles asistenciales: 11 Plazas para cuidados paliativos, 10 Plazas para personas sin movilidad, muy dependientes y con necesidad de ayuda para todas las actividades de la vida diaria y 19 Plazas para personas dependientes, con dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria que puedan permanecer de 8 a 12 horas levantados aunque precisen silla de ruedas. En este caso se entrevistó a 8 personas dependientes o frágiles, pero que no padecían problemas de demencia o Alzheimer.

5.4.2 Asociación de vecinos Manuel Viola del Barrio las Delicias: está ubicada en el barrio de delicias de Zaragoza, en ella se llevaron a cabo 8 cuestionarios aplicados a las personas que participaban en la actividad de caminatas saludables, en total son aproximadamente 15 personas. Se tomó en consideración esta asociación debido a que desde el año 1987 trabajan con promoción de la salud, además de lo anterior, participan con proyectos en la red Aragonesa de promoción de la salud y realizan actividades orientadas a la salud positiva o salutogénesis, implementando actividades en este sentido como: caminatas saludables, voluntariado, actividades para la memoria, talleres, seminarios, cursos de envejecimiento saludable etc. actualmente están efectuando proyectos desde una perspectiva salutogénica.

5.5 INSTRUMENTOS

La elección de cuestionarios para este estudio, está influida por diferentes factores, en primer lugar porque es una técnica de recogida de datos muy empleada en investigación, ya que resulta poco costosa, permite llegar a mayor número de participantes y facilita el análisis; aunque también puede tener limitaciones que resten valor al estudio desarrollado (Martins, 2004). La finalidad de la aplicación de los cuestionarios del sentido de coherencia y calidad de vida no es otra que obtener de manera sistemática y ordenada, información de la población investigada sobre las variables estudiadas (Sierra Bravo, 1998). La información requerida en este estudio se recopiló en base a un cuestionario de datos generales, cuestionario del sentido de coherencia (SOC-13) y por último el cuestionario de calidad de vida (WHOQOL Bref); a continuación se describe cada instrumento:

5.5.1 Cuestionario de datos generales: la aplicación de esta técnica, permitió recabar información sobre: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, si percibe ayudas públicas o familiares, de

quién recibe apoyo social, cuántos años lleva asistiendo a la residencia o a la asociación; así como también las actividades que desempeñan dentro de ambas organizaciones y por último si consideran que los hábitos aplicados durante su vida son saludables, esta pregunta se efectúa, con el objetivo de identificar los principales comportamientos que la población de estudio considera que han contribuido a mantener una buena salud.⁶

5.5.2 Cuestionario del Sentido de coherencia: el Sentido de Coherencia (*Sense of Coherence, SOC*) se evaluó aplicando el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (*Orientation to Life Questionnaire, OLQ*) de Antonovsky (1987); el cual puede ser aplicado en su versión de 29 ítems o de 13; en este caso se tomó en consideración aplicar la versión abreviada o el SOC 13, debido a que el presente estudio se dirige a un grupo de población mayor y la otra razón que legitima su aplicación son las limitaciones en cuanto al tiempo. En esta escala se recogen cuatro ítems sobre significatividad, cinco sobre comprensibilidad y cuatro sobre manejabilidad. Las respuestas a todas las preguntas están marcadas por medio de una escala de siete puntos, de tipo Likert. Aunque fue diseñado para medir el constructo como una orientación global, en la actualidad se utilizan también las puntuaciones que se desprenden de las escalas que miden los tres componentes manejabilidad, comprensibilidad y significatividad.

En la construcción del cuestionario, Antonovsky se apoyó en la teoría factorial de Guttman. El tiempo para completar el cuestionario es de 15-20 min en el caso del SOC-29 y de 5 min en el SOC-13, en el caso de la presente investigación se tardó mucho más tiempo para que su cumplimentación fuera efectiva. Las escalas que miden el SOC han sido utilizadas en 33 idiomas, en todas las clases sociales y en todas las edades desde niños de 10 años, no mostrando dificultad en su contestación incluso personas mayores (Steiner, Raube y Stuck, 1996). El SOC ha sido utilizado en 32 países de muy diversas culturas, por lo que se considera un instrumento transcultural (Eriksson y Lindström, 2005).

Las puntuaciones y el subtotal se calculan para cada una de las tres subescalas, pero el total de la puntuación del SOC-13 se calcula sumando los tres subescalas. Las medias del SOC-29 van desde 100,50 (SD 28,50) a 164,50 (SD 17,10) puntos y para el SOC-13 desde 35,39 (DS 0,10) a 77,60 (SD 13,80) puntos (Eriksson y Lindström, 2005). Se entiende que las más altas puntuaciones, indican un mayor sentido de la coherencia. La fiabilidad del cuestionario medida con el alpha de Cronbach, se encuentra entre 0,70 y 0,92, lo que lo describe como un instrumento con una buena fiabilidad (Antonovsky, 1993a; Nunnally y Bernstein, 1994; Eriksson y Lindström, 2005). La correlación test-retest muestra una considerable estabilidad como por ejemplo 0,54 en un periodo de 2 años (Antonovsky, 1993a; Eriksson y Lindström, 2005)

⁶ Ver anexo 2: análisis del cuestionario de datos generales

Las dos versiones del instrumento han sido validadas en España⁷. Para efectuar dicha validación se realizó una Investigación, la cual, estuvo compuesta por una muestra de 419 personas de más de 70 años procedentes de 8 localidades españolas. Se estudiaron la aceptabilidad, asunciones escalares, consistencia interna, estructura factorial, validez de constructo (validez convergente, análisis diferenciales, correlación entre dominios) y precisión del instrumento.

Entre los resultados se encontró que la consistencia interna de la escala fue adecuada (alfa de Cronbach = 0,80). El SOC mostró validez convergente con medidas autorreferidas de salud física, calidad de vida y depresión. La escala también demostró ser válida en sucesivos análisis diferenciales según grupos de edad, sexo, niveles de discapacidad y de impacto funcional de enfermedades. En definitiva el OLQ-13 es una escala válida y fiable para su uso en poblaciones ancianas españolas, incluidos grupos con bajo nivel de instrucción^{8,9}.

5.5.3 Cuestionario de calidad de vida: WHOQOL Bref (*world health organization quality of life*). La versión abreviada del cuestionario de calidad de vida, ha sido una escala elaborada por la OMS para evaluación de la calidad de vida; este instrumento proporciona una alternativa optima al WHOQOL-100, permitiendo una forma rápida de puntuar los perfiles de las diferentes dimensiones.

El método WHOQOL fue desarrollado de forma cooperativa y simultánea en diversos centros, incluyendo países con diferentes niveles de industrialización (en España se realizó en Barcelona); cuya finalidad fue desarrollar un instrumento capaz de medir la calidad de vida según una perspectiva transcultural, centrándose en la calidad de vida percibida por la persona (Almeida, 2000). El instrumento elaborado inicialmente WHOQOL-100, está compuesto por 100 preguntas que se refieren a 6 dominios o dimensiones: salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad; y 24 facetas, cada una de ellas representada por cuatro preguntas. Este instrumento fue diseñado tanto para población general, así como también en pacientes. El cuestionario WHOQOL 100, es considerado como complejo y amplio, es por ello, que surgió la necesidad de utilizar versiones más cortas, que demandasen poco tiempo de respuesta, de ahí nace el WHOQOL-Bref, que mantuvo la adecuación de las propiedades del instrumento original.

El WHOQOL- Bref está compuesto por 26 preguntas o ítems, una pregunta de cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales sobre calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo Likert, y todos producen

⁷ La validación del SOC 13 ha sido realizada por Javier Virués ortega en el año 2007

⁸ Virués ortega, J. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Revista de Medicina Clínica Barcelona, volumen 128, Issue 13 pages 486-492

⁹ Ver anexo 3: puntuaciones del cuestionario del sentido de coherencia (SOC-13)

un perfil de cuatro dimensiones o dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente o entorno. Los dominios físico y psicológico incluyeron, respectivamente, los dominios, nivel de independencia y espiritualidad de la versión completa original.

El cuestionario WHOQOL-Bref, tiene cuatro tipos de escala de respuestas: intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación, teniendo todas ellas una graduación de cinco niveles según una escala Likert. Las dos preguntas sobre calidad de vida global y salud general, permiten obtener una puntuación independiente de las de los dominios denominada calidad de vida general (WHOQOL-Bref, 1996).

El cuestionario de calidad de vida WHOQOL-Bref no acepta una puntuación total de calidad de vida, considerando que la calidad de vida es un constructo multidimensional, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. La determinación de la puntuación de cada dominio se realiza multiplicando los ítems totales de cada dominio por cuatro. De esta forma la puntuación puede variar de 0 a 100, y cuanto mayor sea el valor, mejor será el perfil del dominio de calidad de vida.

Las dos versiones del instrumento han sido validadas en España (Lucas, 1998). Para ello se utilizó una muestra de 558 sujetos que incluían población general, pacientes ambulatorios, pacientes psiquiátricos y sus cuidadores, que mostró la validez discriminante. Los coeficientes de las facetas mostraron puntuaciones comprendidas entre 0,43 y 0,90 y los coeficientes variaron entre 0,69 y 0,90 (Badia, Salamero, Alonso, 2003). Las puntuaciones de las dimensiones producidas con el WHOQOL-Bref mostraron correlaciones con el WHOQOL-100, en torno a 0,90. También mostraron buena validez discriminante de contenido y test-retest.^{10 11}

5.6 MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

La recopilación de los datos se realizó a través de Microsoft Excel y el análisis a través del paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 19. El análisis estadístico se efectuó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual permitió medir la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. También se utilizaron medidas de estadística descriptiva como media, mediana, moda y desviación típica.

¹⁰ WHOQOL-Bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Programme on mental health world health organization Geneva (1996).

¹¹ Ver anexo 4: puntuaciones del cuestionario de calidad de vida- WHOQOL Bref

La interpretación de la correlación de Pearson se estableció bajo los siguientes parámetros:

El valor del índice de correlación varía en el intervalo [-1,1]:

Si $r = 1$, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.

Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva.

Si $r = 0$, no existe relación lineal. Pero esto no necesariamente implica que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.

Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa.

Si $r = -1$, existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

CAPITULO II

6. FUNDAMENTACION TERMINOLÓGICA Y TEÓRICA

Para una óptima compresión del desarrollo del presente trabajo, es importante hacer hincapié en los diferentes conceptos y teorías que ayudarán a entender de una forma clara los conceptos clave del mismo, es importante aclarar que los dos componentes principales de este trabajo (sentido de coherencia, calidad de vida y promoción de la salud), estarán presentes de forma transversal a lo largo del desarrollo de este capítulo.

6.1 *El subgrupo etario de la Tercera y cuarta edad como hito dentro de un contexto de envejecimiento poblacional*

El envejeciendo de la población española es un tema factual, que se ha convertido en asunto recurrente, cuando no tópico, sobre las consecuencias que este tiene sobre la salud y la calidad de vida. Se baraja entre los especialistas la idea de que los ancianos son un grupo tan diverso como heterodoxo (C. Domínguez-Alcón, 1994, p. 77), y que hay diferencias en cuanto a hábitos, actitudes, valores, condiciones de vida, salud etc. (HMSO, 1989). Por tercera edad se entiende el grupo de edades comprendidas entre los 65 y 79 años, y por cuarta edad se clasifican a las personas mayores de 80 años.

En línea con lo anterior se puede observar cómo, la tercera y cuarta edad son dos subgrupos etarios (habría otros muchos para discriminar), con características, necesidades y problemáticas diferentes, que pueden tener como elemento dominante la pertenencia a estos subgrupos (el sexo-feminización. Bond y P. Coleman, 1990). Además, la tercera edad en si no es grupo social, ni siquiera homogéneo (P. Sánchez Vera, 1994^a, pp.100-101). Si bien está claro que hay elementos comunes al colectivo de mayores, también lo son cada vez más las diferencias, siendo una de ellas y las más notables las que se refiere a los aspectos numéricos, la que se establece y corresponde a los dos grandes subgrupos etarios: grupo 65-79 (tercera edad) y grupo 80 años y más años (cuarta edad).

Entre los fenómenos más sobresalientes que se vienen produciendo en los países desarrollados está el del envejecimiento de la propia población anciana (mayores de 80 años); en algunos países es éste, y no otro, el segmento de la población total de más rápido crecimiento, doblándose esta población cada veinte años, en España en el 2049 31,9% del total de la población será mayor de

65 años, en la actualidad el 17,4% de la población española, son personas mayores de 65 años según fuentes del INE¹²; la Ley de la Dependencia llama a este aumento de la población mayor de 80 años «envejecimiento del envejecimiento»; es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años¹³. En este colectivo la naturaleza y consecuencias de las enfermedades cambian con la edad y el aislamiento y la pérdida de autonomía son los estigmas propios de la cuarta edad» (C. Cabirol, 1981: 114).¹⁴ Como ponen de relieve algunos destacados estudiosos, este factor demográfico tiene consecuencias considerables para los sistemas de soporte, en tanto que la necesidad de asistencia aumenta con la edad (G. C. Myers y E. M. Agree, 1994, p. 127).¹⁵

Otros autores también clasifican a estos dos subgrupos etarios en torno a la edad cronológica, con base en la edad funcional, efectuando la distinción, entre la tercera edad y la cuarta edad (Baltes y Smith, 2003). La Tercera edad hace referencia, a las personas mayores que mantienen una funcionalidad optima, es decir, buena salud y autonomía funcional, mientras que la cuarta edad estaría referida a aquel grupo de personas mayores que presentan una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad. Sin embargo esta demarcación funcional es entendida como un solapamiento con la edad biológica, puesto que la probabilidad de mantener una buena salud y un buen funcionamiento físico es mayor entre los 65 y los 75 años. A pesar de estas clasificaciones dicotómicas, la variabilidad en las formas de envejecer es extraordinaria; la edad funcional está sirviendo para establecer una clasificación bio-psico-social muy al uso en la actualidad propuesta por Fries y Carpo (1981), Fries (1989) Rowe y Khan (1987), OMS (2002), Fernández-Ballesteros (1986). Esta clasificación distingue entre envejecimiento patológico (dependencia), que estaría más relacionado con la cuarta edad y envejecimiento normal, activo o positivo, que estaría más relacionado con la tercera edad¹⁶; en el trabajo de campo se ha visto como las personas que envejecen de la tercera edad son las que tienen más probabilidad de participar en la promoción de la salud, mientras que las personas de la cuarta edad que tiene un envejecimiento patológico o dependiente tienen menos posibilidades de participar en actividades de promoción de la salud.

¹² Nota de prensa del INE del 28 de enero de 2010, proyección de la Población de España a largo plazo, 2009-2049

¹³ Véase en la disposición de motivos de la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

¹⁴ Bazo M^a, T. (1989). Personas ancianas: salud y soledad. Revista REIS 47/89. Universidad del País Vasco, Bilbao. Pp. 57-79

¹⁵ Sánchez Vera, P. (1994). Tercera y Cuarta Edad en España desde la perspectiva de los hogares. Revista Reis 73/96. Universidad de Murcia. Pp. 57-79

¹⁶ Ministerio de sanidad política social e igualdad. Libro blanco del envejecimiento activo. 1^{ra} edición (2011). p. 115

En efecto, los dos subgrupos poblacionales presentan características divergentes, independientemente de que estén incluidos dentro del grupo de personas mayores, es por ello que no está de más explicar de una manera más amplia a que nos referimos cuando hablamos de tercera edad relacionándola con autonomía, envejecimiento activo, positivo y con éxito y por otra parte cuarta edad, relacionada con envejecimiento patológico, fragilidad o dependencia, no está demás aclarar que la fragilidad se puede entender como un proceso intermedio entre la autonomía/envejecimiento activo y la dependencia. A continuación se describen estos términos.

6.1.1 El envejecimiento activo: está más relacionado con la tercera edad y la actividad es la clave de un buen envejecimiento, el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este término fue adoptado por la OMS a finales de 1990 con el objetivo de transmitir un mensaje más amplio que el del «envejecimiento saludable» y reconocer los factores y sectores, además de la mera asistencia sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones. Así, la palabra «activo» se refiere a una implicación continua social, económica, espiritual, cultural y cívica, y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo.

Lindström y Eriksson (2005, Eriksson y Lindström 2006, 2007) concluyen en sus comentarios que (1979, 1987) Modelo salutogénico de Antonovsky contribuye substancialmente a la comprensión de la salud y la calidad relacionada con la salud. A pesar de la creciente posición internacional de este enfoque, la teoría salutogénica no es reconocida y discutida en las concepciones psicogerontológicas actuales de envejecimiento saludable o envejecimiento con éxito (por ejemplo, Aldwin, Park, y Spiro 2007; Baltes y Baltes 1990; Bengtson y Schaie 1999, Birren y Schaie 2006, Freund y Riediger 2003; Papas 2002). En línea con esto, los estudios empíricos recientes han demostrado que las personas mayores se sienten más saludables cuando viven una vida más activa (por ejemplo, Menec 2003) y cuando su competencia motriz es mayor (por ejemplo, Wiesmann et al. 2007). Nuestros rasgos de personalidad protectores incluyen cuatro recursos centrales de afrontamiento que resultaron ser promotoras de la salud: autoeficacia, autoestima, apoyo social percibido (Taylor y Stanton 2007), y la falta de depresividad (Steptoe 2007).¹⁷

Mantener la autonomía es el principal objetivo tanto para los individuos como para los responsables políticos. La salud, es el factor clave de la autonomía, posibilita una experiencia de envejecimiento activo. La LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a

¹⁷ Wiesmann Ulrich. (2010). A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons. Institute for Medical Psychology, University of Greifswald, Germany. Sage Journals vol. 32 no. 3 349-371

las personas en situación de dependencia conceptualiza la autonomía como: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

El envejecimiento positivo puede partir del sentido de coherencia que tenga el adulto mayor, puesto que en este se incluyen conceptos psicológicos como la sabiduría o la satisfacción con la vida, o el bienestar subjetivo¹⁸. Por su parte, el envejecimiento con éxito se define como el entrecruzamiento de la salud (o ausencia de enfermedad) y habilidad funcional (o ausencia de discapacidad), del óptimo funcionamiento cognitivo y físico y de un alto compromiso con la vida (Rowe y Khan^{2, 3}, 1997).¹⁹

En el “Pacto Europeo para la salud mental y el Bienestar” (UE, junio 2008) en relación con las personas mayores se recomienda impulsar un envejecimiento saludable y activo, como uno de los objetivos clave de prevención de trastornos mentales. Y se insta a que se tomen medidas como facilitar la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad fomentando la actividad física y las oportunidades educacionales.

Dentro del aprendizaje a lo largo de la vida en el contexto gerontológico actual, se ofrece una visión del envejecimiento que favorece no sólo a las personas de más edad sino a toda la sociedad, el envejecimiento activo tiene diferentes conceptualizaciones y matices como: saludable, productiva, satisfactorio o con éxito. El envejecimiento activo se plantea pues como un nuevo paradigma que significa:

- ▶ Expresa la idea de la participación continua de las personas en las cuestiones sociales, cívicas, económicas, culturales, educativas o espirituales, independientemente de la necesidad de apoyos que necesiten para lograrlo.
- ▶ Busca un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en su quehacer pro-activo y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.
- ▶ Toma cuerpo de modo diferente en cada persona, atendiendo a los significados propios: se puede ser “activo de muy diferentes maneras”
- ▶ Implica un enfoque comunitario, en que los ciudadanos mayores deben tener la oportunidad de participar en todo lo que les es propio, tanto de su esfera privada como de la comunitaria

¹⁸ Fernández Ballesteros, R. (2009). PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece: Pirámide. Madrid.

¹⁹ Martín Lesende, I. (2004). Atención a las personas mayores desde la atención primaria: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc ediciones. Barcelona.

- ▶ Requiere que se garantice que los ciudadanos más mayores puedan continuar mejorando o manteniendo sus competencias y controlando su vida (garantizando todos sus derechos):
- ▶ Desafía la perspectiva tradicional de que la educación es cuestión de los más jóvenes y ofrece oportunidades de desarrollo y aprendizaje a lo largo de todo el ciclo vital.

El envejecimiento activo posee muchos aspectos de corte educativo pues en todo comportamiento, actitud o intención existe un gran componente aprendido, que puede también cambiar, re-aprenderse de nuevo. Las personas pueden cambiar, mejorar sus formas de relacionarse y desempeñar unos roles más activos y autodeterminados. Las personas pueden modificar su percepción y opinión sobre sí mismas. Las experiencias educativas favorecen el envejecimiento activo.²⁰

La consideración de cuarta edad anteriormente descrita y a lo largo del desarrollo del presente trabajo se ha visto que son descritas como personas que presentan una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad o dependencia. Es plausible hacer hincapié en que dentro de este subgrupo existen situaciones de fragilidad o dependencia. A continuación pasamos a definir ambos conceptos:

6.1.2 La fragilidad: Este concepto, no tiene una definición estándar, ya que cada autor utiliza diferentes indicadores o criterios para definir fragilidad. Algunos autores utilizaron índices de fragilidad para identificar los factores de riesgo del anciano frágil (constituidos por categorías) y otros autores, patologías que podrían ser signos de alarma en el diagnóstico de anciano frágil.

Gran parte de las definiciones consultadas vienen definidas en función de la operatividad de cada autor para su estudio, por lo que no se realiza una definición homogénea, si no que los profesionales definen “fragilidad” a partir del ámbito desde el que se enfoque el estudio. Existen autores que definen la fragilidad según diferentes indicadores, como son:

- ▶ Acumulación de déficits
- ▶ Alteraciones metabólicas
- ▶ Deterioro multisistémico
- ▶ Alteraciones homeostáticas frente al estrés en relación a la edad
- ▶ Alteración de reservas y susceptibilidad
- ▶ Desgaste
- ▶ De forma global (factores sociales, biológicos, médicos, físicos, psíquicos)

²⁰ Ministerio de sanidad política social e igualdad. Libro blanco del envejecimiento activo. 1^{ra} edición 2011 p. 253-255

Desde el punto de vista de los expertos involucrados en la atención al anciano, en atención primaria y cuidados paliativos (tanto personal médico como de enfermería) consideraron anciano frágil aquel con deterioro y riesgo de mortalidad y la fragilidad como riesgo vital. Sin embargo, los expertos que desarrollaron su actividad asistencial como internistas, consideraron la fragilidad como riesgo de sufrir deterioro y pérdida de capacidades que le permitían mantener su independencia.

El total de los expertos, en consenso, coincidieron en que los siguientes indicadores eran por sí mismos predictores de fragilidad:

- ▶ Trastorno de la movilidad, caídas y alteración de las ABVD.
- ▶ Deterioro cognitivo.
- ▶ Riesgo de sufrir úlceras por presión.
- ▶ Presentar pluripatología.
- ▶ Aspectos sociodemográficos y ambientales (sólo existió consenso en la infraestructura del lugar de residencia).
- ▶ Trastorno del ánimo (depresión, ansiedad y trastornos del sueño).
- ▶ Deterioro visual y/o auditivo.²¹

Un concepto relacionado con la fragilidad es el anciano de riesgo, establecido por la OMS. Se entiende por anciano de riesgo aquel que cumple algunos de los siguientes criterios: mayor de 85 años, vive solo, con un cónyuge mayor o enfermo, o en instituciones, aislamiento social, pobreza o alta reciente del hospital. Estos ancianos de riesgo tienen un grado mayor de fragilidad, están más predispuestos a desarrollar dependencia y una mayor morbilidad²². El anciano vulnerable o frágil se caracteriza por encontrarse en una situación inestable que le predispone a un deterioro importante, a la posibilidad de ser institucionalizado, a un riesgo elevado de muerte o pérdida de su capacidad funcional. Así un anciano vulnerable puede tener cuatro veces más riesgo de morir o de sufrir una incapacidad funcional.

El envejecimiento, como proceso fisiológico continuado, viene condicionado por determinantes genéticos, ambientales, hábitos tóxicos, falta de uso y enfermedades, entre otras. Una combinación diferente de estos factores, en la que la edad es uno más, determina en cada individuo el punto de inflexión o umbral a partir del cual disminuye la capacidad de reserva y de adaptación, se hace más vulnerable a las agresiones externas, se ve comprometida su capacidad de respuesta y aparece un mayor riesgo de deterioro funcional.

²¹ Pérez Cano, V. (2006). Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida: Editorial Libros Dykinson, Madrid.

²² Martín Lesende, I. (2004). Atención a las personas mayores desde la atención primaria: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc ediciones. Barcelona. Pp. 3-10

Entendemos por fragilidad un determinante fisiopatológico básico que por un lado explica la expresión de las enfermedades en el anciano y por otro sus peculiares necesidades asistenciales, tanto en el dominio conceptual como organizativo. La vida de las personas es un continuo, influido por acontecimientos y ambientes previos; también que los factores genéticos y estilos de vida son determinantes e influyen en la calidad del envejecimiento.

Para identificar un anciano frágil se han utilizado diferentes criterios como: alta hospitalaria reciente, enfermedad incapacitante, deterioro mental, mayor de 80 años, paciente institucionalizado, reclusión en su domicilio, vivir solo o ser viudo, cambio de domicilio reciente, etc. Uno de los criterios más utilizados para identificarlos es la edad. Normalmente se considera a partir de los 80 años a una persona anciano de riesgo. La mejor manera de determinar a los ancianos frágiles es mediante la evaluación de su capacidad funcional, con la valoración de la capacidad para realizar ABVD y las AIVD.

En cuanto a los tipos de fragilidad, en la situación de “estar sobrenadando dentro de ciertos límites” nos encontramos con ancianos cognitivamente frágiles. Las funciones que más se afectan con el declive de la edad son las relacionadas con la velocidad y precisión del procesamiento de la información. Igualmente puede resultarles perjudicial el haber tenido experiencias conductuales negativas en etapas anteriores de su vida; en tal sentido, es posible que los ancianos más instruidos presenten menor declive intelectual que los que han tenido menor escolarización.

En segundo lugar nos encontramos con ancianos frágiles afectivamente, es decir, fragilidad afectiva. Son aquellos que experimentan trastornos por ansiedad y trastornos depresivos, situaciones de riesgo que suelen desarrollar los trastornos de ánimo. Detrás de esta fragilidad afectiva de los ancianos, y según los casos existen factores de carácter biológico (antecedentes familiares, raza blanca, sexo femenino...), médico(enfermedades específicas, crónicas, efectos secundarios de fármacos...), funcional (deterioro funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria), psíquico (episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad...) y de carácter social como viudedad, ubicación fuera del domicilio habitual, vivir solo, bajos recursos socioeconómicos...²³

6.1.3 La dependencia: dentro de la cuarta edad también nos encontramos con situaciones de dependencia. Se dice que una persona es dependiente cuando presenta una pérdida más o menos importante de su capacidad funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria. Las necesidades básicas de la persona discapacitada deben ser

²³ Castañeda García, J. (2009). Vejez, dependencia y salud: guía práctica de gerontología, Editorial Pirámide, Madrid.

satisfechas por las personas más próximas de su entorno, por lo que se hace necesaria la existencia de un cuidador, bien familiar directo del anciano, como ocurre en la mayoría de las ocasiones, bien una institución pública o privada. La prevalencia de la capacidad funcional aumenta con la edad, es más elevada en los mayores de 75 años, en las mujeres, en los viudos y en las personas con menor nivel de escolarización. Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, se entiende por la misma: al estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Por actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se entiende, las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

6.2 ESTADO DE LA CUESTIÓN

En el presente apartado se abordarán las investigaciones en las que se han aplicado el cuestionario del sentido de coherencia (SOC 13 o 29) y el de calidad de vida (WHOQOL-100 o Bref),, para conocer el enfoque que han dado a las investigaciones a nivel nacional e internacional, revisando con mayor precisión los estudios realizados con población mayor, cabe decir, que la relación del sentido de coherencia con la calidad de vida especialmente es informativa en poblaciones envejecidas, como es el caso de España, a continuación se describen los trabajos que se han realizado de forma conjunta o separada en cuanto a calidad de vida y sentido de coherencia.

Se han venido realizando investigaciones tanto a nivel internacional como nacional, las cuales han constatado la relación entre el sentido de coherencia como predictor de la calidad de vida; es factible destacar que son pocos los estudios realizados con población mayor, y entre los realizados existen estudios transversales y longitudinales. Entre los estudios hallados que clarifican la relación de ambas variables, están los de Eriksson y Lindström (2007), los cuales realizaron una investigación denominada: *“Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review”*; con el objetivo de conocer las investigaciones realizadas entre 1992 y 2003. Esta revisión incluye 458 publicaciones científicas y 13 tesis doctorales sobre salutogénesis. En total, 32 artículos tenían el objetivo principal de la investigación de la relación entre el SOC y la calidad de vida. Este estudio se basa en publicaciones científicas en ocho bases de datos autorizadas, tesis doctorales y libros disponibles. Cabe decir que dichas investigaciones han sido

seleccionadas bajo distintos criterios de inclusión, entre ellos, que estuviesen en las siguientes lenguas: Inglés, finlandés, danés, noruego o sueco.

Los resultados apoyan la teoría salutogénica como factor de promoción de la calidad de vida, estos fueron reportados en pacientes con esquizofrenia, enfermedad coronaria, funcionarios japoneses, pacientes con isquemia, pacientes de edad avanzada, con fractura de cadera, entre los sujetos de mediana edad con alto riesgo de perturbaciones psiquiátricas. Los resultados hallados son consistentes, a más fuerte el SOC, mejor será la calidad de vida; es decir, que el SOC se relaciona positivamente con la calidad de vida.²⁴

En esta investigación realizada por Eriksson y Lindström (2007), se excluyen las investigaciones efectuadas en castellano, por eso es importante resaltar los trabajos que se han realizado, aunque son pocos y divergentes; por un lado algunos analizan el Sentido de coherencia relacionándolo con la salud (Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas²⁵ y actividad física, salud y sentido de coherencia y salud en personas mayores²⁶); por otra parte existen investigaciones orientadas a relacionar la calidad de vida con el sentido de coherencia (Calidad de vida, sentido de coherencia y satisfacción laboral en profesores (as) de colegios técnicos en la Dirección Regional de Heredia²⁷ y Calidad de vida, sentido de coherencia y niveles de sedentarismo en académicos(as) y administrativos (as) del campus presbítero Benjamin Nuñez)²⁸

Paralelamente con lo anterior, y haciendo hincapié en el colectivo de la tercera edad y en las investigaciones encontradas desde una perspectiva salutogénica, se han hallado estudios sobre el envejecimiento saludable en personas mayores activas (*A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons*)²⁹. Los autores de este estudio exploraron sistemáticamente las relaciones entre los recursos generalizados de resistencia (GRRs), el sentido de la coherencia (SOC) y la salud en Continuum bienestar-enfermedad, en una muestra de 170 adultos mayores activos, con

²⁴ Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal Epidemiology & Community Health*. 2007 Nov;61(11):938-44.

²⁵ Hernández Zamora, Z. (2010). Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. Universidad Veracruzana, México. *Revista Costarricense de Psicología*, Vol. 29, nº 43, 2010. Pp.17-34.

²⁶ Hernández Zamora, Z. (2011). Actividad física, salud y sentido de coherencia y salud en personas mayores. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Congreso Andaluz de Psicología de la Actividad Física y el Deporte Sevilla España, 17-19 de Noviembre de 2011

²⁷ Ureña Bonilla, P. (2009). Sentido de coherencia y satisfacción laboral en profesores (as) de colegios técnicos en la dirección regional de heredia. *Revista electrónica EDUCARE VOL 13. N° 1*

²⁸ Ureña Bonilla, P. (2008). Calidad de vida, sentido de coherencia y niveles de sedentarismo en académicos(as) y administrativos (as) del campus presbítero Benjamin Nuñez. Universidad Nacional de Costa Rica. *Revista MH Salud*, vol. 5 núm 2. (2008) Pp. 1-15

²⁹ Wiesmann Ulrich. (2010). *A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons*. Institute for Medical Psychology, University of Greifswald, Germany. Sage Journals vol. 32 no. 3 349-371

una edad media de 67 años. Los hallazgos sugieren que los SOC juega un papel central para el mantenimiento de la salud y la promoción de la salud en la tercera edad, debido a que ejerce influencias sobre los recursos para la salud. Los autores recomiendan la aplicación de la teoría salutogénica a la intervención con personas mayores.

Existen distintos estudios poblacionales transversales que han sido desarrollados con personas mayores entre 60 y 74 años como los realizados por Albertsen, Nielsen y Borg (2001), Ibrahim et al (2001). Nilsson, Holmgren y Westman (2000); Suominen et al. (1999); por otra parte también se han efectuado estudios longitudinales para potenciar la relación entre sentido de coherencia y salud, como los realizados por: Suominen et al (2001). Surtees et al (2003), Surtees, Wainwright y Khaw (2006), Surtees, Wainwright, Luben, et al (2006).

Con respecto a las investigaciones de las personas mayores, tanto en estudios transversales (Brooks 1998; Chamberlain, Petrie y Azarías 1992; Gunzelmann et al 2000. Lutgendorf et al, 1999. Rennemark y Hagberg 1997, 1999; Sævareid et al 2007. Sagy, Antonovsky y Adler, 1990; Schneider et al 2004... Wagenfeld et al 1998) como en los estudios de intervención (Wiesmann et al 2006) apoyan la asociación del sentido de coherencia y salud.

El sentido de coherencia se ha investigado poco en personas mayores, sobre todo los que se han realizado han sido con muestras de adultos mayores de mediana edad (Gana 2001; Han 2005; Hogh y Mikkelsen 2005, Mullen, Smith, y Hill 1993; Lee et al 2005), estos encontraron que el sentido de la coherencia tiene relación con el ejercicio físico, relaciones sociales y la salud mental etc.³⁰

En España, existen investigaciones y tesis doctorales del sentido de coherencia y la calidad de vida, pero no existen estudios donde se combine la relación entre ambos constructos; las tesis doctorales encontradas relacionan la calidad de vida y la salud en personas mayores (*Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36*)³¹. Por otra parte también se han realizado tesis doctorales en donde se relaciona el sentido de coherencia con el estrés y las estrategias de afrontamiento en estudiantes

³⁰ Wiesmann Ulrich. (2010). A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons. Institute for Medical Psychology, University of Greifswald, Germany. Sage Journals vol. 32 no. 3 349-371

³¹ Freire de Oliveira, M. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36*. Tesis doctoral de la Universidad de Granada: Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte y escuela de ciencias de la salud.

de enfermería (Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional)³²

A pesar que el modelo salutogénico en España es muy poco conocido, se están realizando, actividades en las cuales está siendo divulgado y en las que se han tomado acuerdos plausibles, para su puesta en práctica. En Junio del año 2010 se realizó en Madrid, la conferencia *Mental Health and Well-being in Older People -Making it Happen*, organizada conjuntamente por la Comisión Europea de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad y Política social de España. En ella los expertos apoyaron la idea de utilizar el enfoque salutogénico en las actividades y políticas de Promoción de la Salud para las personas mayores. En este sentido, en una revisión de literatura que cumple la función de documento base de la conferencia, los autores explicaron cómo el SOC ha sido útil para identificar los factores personales y ambientales que son potencialmente protectores de la salud mental positiva en la vejez³³

Como se ha podido apreciar en el desarrollo del estado de la cuestión, existen pocas investigaciones que analicen la relación entre el sentido de coherencia y la calidad de vida de manera conjunta, así como también las dirigidas a población mayor; es por ello que el enfoque del presente trabajo se abre como una nueva línea de investigación que requiere más desarrollo. Para terminar, es importante destacar, que acceder a los estudios publicados del sentido de coherencia presenta dificultades, porque la gran mayoría, están publicados en revistas de pago inglesas y la página web oficial de la salutogénesis³⁴, también requiere de un pago o una suscripción; esta situación dificulta la difusión de la teoría salutogénica, ya que se restringe el acceso solo aquellas personas que puedan acceder a las revistas o bases de datos de pago.

6.3 LAS BASES DEL MODELO SALUTOGÉNICO Y SUS DOS COMPONENTES: EL SENTIDO DE COHERENCIA Y LOS RECURSOS DE RESISTENCIA GENERALIZADA

En 1974, Lalonde presenta nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses, con el argumento de que la salud es creada por las relaciones complejas entre el individuo y la sociedad. Afirmó que el modelo biomédico era demasiado limitado para explicar la salud. Paralelamente a esto, Aarón Antonovsky introdujo los conceptos de sentido de coherencia (SOC) y la resistencia a los recursos generales (GRRs), alegando que la orientación vida de la población tendrá un impacto en la salud. Ya han pasado varias décadas, desde la introducción del modelo salutogénico;

³² Fernández, E. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis doctoral del departamento de psicología, sociología y filosofía de la universidad de León.

³³ Rivera de los santos, F. Y OTROS. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 Nº 1 y 2

³⁴ Véase en www.salutogenesis.fi

Antonovsky resumió las conclusiones de la investigación llevada a cabo hasta 1991. Posteriormente, nadie más ha resumido la investigación.³⁵

La salutogénesis, por Antonovsky, fue el primer modelo y teoría que exploraba sistemáticamente la salud en términos de desarrollo hacia el extremo de la salud en el continuum bienestar-enfermedad (Antonovsky 1979; Antonovsky 1987). Más tarde se relacionó con la promoción (Antonovsky 1996). En la actualidad existen otras teorías que siguen el camino salutogénico, por tanto podemos hablar de un paraguas salutogénico que incluye modelos y teorías que usan ésta aproximación.

El nombre salutogénesis viene de las palabras Salus (del latín, salud) y génesis (del griego, origen) significando origen de la salud. Conceptualmente se define como: "el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo de bienestar-enfermedad" (Antonovsky 1993). La aproximación salutogénica se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud. En la teoría salutogénica es fundamental considerar la salud como una posición en el continuo bienestar-enfermedad y el movimiento en dirección al extremo de la salud. Desde la fase inicial del desarrollo de la teoría de la salutogénesis la intención era aplicarla a nivel individual, de grupo y de sociedad. Antonovsky empezó a desarrollar un cuestionario separado para medir el SOC en comunidades (Sagy 1998). Todavía se tiene que mejorar antes de ser usado de forma generalizada

La salutogenia es considerada una forma efectiva a la promoción de la salud, pero es necesario que se implemente de forma extensiva, ya que se ha visto que las personas y sistemas que desarrollan capacidades salutogénicas tienen mejores resultados de salud de lo que pueden demostrar otras aproximaciones. La implementación de la salutogénesis requiere un cambio de mentalidad y una rigurosa integración de pensamiento acción, esta aproximación demanda tiempo para poner en orden las coordenadas para poder comenzar a reorientar la mente.

Aarón Antonovsky, fue un médico sociólogo que a finales de los años 70 introdujo un nuevo concepto llamado salutogénesis. Antonovsky nació en Estados Unidos en 1923 y sirvió en las tropas del Este del país durante la II Guerra Mundial. En 1960 emigró a Israel para trabajar en el Instituto Israelí para las Ciencias sociales Aplicadas y en el Departamento de Medicina social en la Universidad Hebrea de Jerusalén.

³⁵ Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal Epidemiology & Community Health. 2007 Nov;61(11):938-44.

Antonovsky trató de encontrar la solución a la cuestión salutogénica por qué algunas personas, independientemente de las situaciones de estrés y dificultades graves, mantenerse saludables, mientras que otros no lo hacen. ¿Cómo las personas manejan su incapacidad para controlar su vida? La respuesta se formula en términos de SOC y GRRs. El SOC se refiere a la actitud y las medidas de cómo las personas ven la vida y, en situaciones de estrés, identificar y usar sus GRRs a mantener y desarrollar su salud duradera. El SOC se compone de al menos tres dimensiones: comprensión, capacidad de administración y el significado. Los GRRs son, por ejemplo, dinero, inteligencia, autoestima, orientación preventiva de la salud, apoyo Social y capital cultural. Las personas con este tipo de recursos a su disposición tienen una mejor oportunidad de hacer frente a los desafíos de la vida.³⁶

6.4 CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO SALUTOGENICO

6.4.1 Sentido de coherencia (SOC)

El primer concepto clave de la teoría salutogénica es el sentido de Coherencia (SOC). Se define como: “Una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de que los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo o en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos; y estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos” (Antonovsky 1987, p.19)

Antonovsky, (1993d) considera que el SOC no es una estrategia para afrontar el estrés ni un rasgo personal, sino una orientación a la vida. El SOC se puede ver como un recurso para afrontar el estrés al proporcionar la habilidad para elegir diferentes estrategias para resolver diferentes problemas o para afrontar eventos de la vida.

Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar. Una de las críticas que recibió el modelo estuvo relacionada con la no inclusión de un componente afectivo dentro de este paradigma integrador, estando

³⁶ Rivera de los santos, F. Y OTROS. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 Nº 1 y 2, Pp.130-131.

sobrerrepresentado el aspecto racional o cognitivo. Aunque Antonovsky fue consciente de este problema decidió no extender la teoría para incluir ese cuarto componente.

Tener un SOC fuerte permite a las personas ver la vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativo, otorgándole una confianza y seguridad interiores para identificar recursos dentro de uno mismo y en su entorno inmediato, una habilidad para utilizar y reutilizar estos recursos de forma promotora de la salud. Además, la orientación a la vida (SOC) es una forma de pensar, de ser y de ponerse en acción como ser humano, proporciona una dirección a la vida. No se trata únicamente de una cuestión individual, sino de la interacción de la persona en el contexto de la vida. Las tres dimensiones interactúan unas con otras, pero lo más importante es el factor motivacional o de significatividad. Es la fuerza motriz de la vida, si hay significado, se tiende a imponer estructuras y a buscar recursos, esto significa fortalecer los otros dos componentes, la comprensibilidad y la manejabilidad. No es qué da sentido a la vida lo que importa, sino el hecho de que existe una fuerte creencia de que la vida de uno tiene significado.

6.4.2 Recursos de resistencia generalizada

Se definen como una característica: física, bioquímica, artefactual-material, cognitiva, emocional, valorativa-actitudinal, interpersonal-relacional, macro sociocultural de los individuos, grupo primario, subcultural o sociedad, que es efectiva para evitar o combatir una amplia variedad de estresores y por lo tanto la prevención de transformar la tensión en estrés.

Los GRR proporcionan prerequisitos para el desarrollo del SOC. Se pueden encontrar dentro de las personas como recurso inherentes a su persona y capacidad, pero también en su entorno inmediato y distante, en forma de cualidades tanto materiales como inmateriales de la persona y de toda sociedad, tales como: dinero, alojamiento, autoestima, conocimiento, herencia, orientación a la salud, contacto con los sentimientos interiores, relaciones Sociales, cuestiones existenciales, creencias, religión, significado de la vida (Antonovsky 1979, 1987). Al menos cuatro de los GRR tienen que estar disponibles para poder facilitar el desarrollo de un SOC fuerte: actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y relaciones Sociales. La clave no está únicamente en disponer de los recursos, sino la habilidad para usarlos de forma promotora de salud.³⁷

³⁷ Linddström B. Y Eriksson M. (2011). Guía del autoestopista Salutogénico, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut. Girona. Pp. 29-34.

6.5 DEFINICIÓN DEL CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN A LA VIDA

6.5.1 Cuestionario de orientación a la vida (SOC 13 o 29)

Originalmente Aarón Antonovsky desarrolló el Cuestionario de Orientación a la vida para medir el sentido de coherencia (SOC) que consistía en 29 ítems que median las dimensiones de la salud, ya comentadas (la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad). Más tarde introducía una versión abreviada, el SOC-13 (Antonovsky 1987). Estos dos cuestionarios son los originales. Sin embargo, la continua revisión de los estudios del SOC muestra que también hay varias versiones modificadas del cuestionario. La mayoría de los estudios revisados han utilizado los cuestionarios originales, pero hasta el 2003 se han encontrado al menos 15 versiones modificadas del cuestionario, contando con entre 3 y 28 ítems (Eriksson y Lindström 2005). A partir de ese momento, se ha usado principalmente el cuestionario original, especialmente la versión abreviada. Sin embargo, se encuentran algunas versiones modificadas nuevas.

6.5.2 La estructura del SOC

La escala SOC está compuesta por un factor general (sentido de coherencia) con tres dimensiones, la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad, estando las tres estrechamente relacionadas e interactuando entre ellas. La escala SOC es un instrumento unidimensional para medir la salud. Por otro lado, la investigación sobre la estructura de la escala ha mostrado que la escala parece ser un constructor multidimensional, más que un simple factor general con tres dimensiones (Feldt 2000; Feldt, Kokko et al. 2005; Feldt, Lintula et al. 2006; Feldt, Metsäpelto et al. 2007). Antonovsky hablaba de flexibilidad como dimensión perteneciente al componente de la manejabilidad del SOC. La confianza también está conectada al mismo componente.

6.5.3 Una nueva generación del cuestionario SOC

Actualmente se investiga el cuestionario SOC, al pertenecer a una nueva generación de cuestionarios que se están desarrollando utilizando la aproximación salutogénica para el desarrollo de nuevos ítems. Un primer ejemplo sería la Escala salutogénica de indicadores de la salud (Bringsen, Anderson et al. 2009). La escala consiste en 12 indicadores que cubren nueve dimensiones relacionadas con la salud, entre otras, estrés, enfermedad, función física, expresión y percepción de sentimientos, y capacidad Social. Otro ejemplo de nuevas escalas es la Escala salutogénica de la promoción del Bienestar (Becker, Dolbier et al. 2008). Esta es una escala de 26 ítems que mide la presencia de factores promotores de la salud tales como el compromiso en acciones promotoras de salud hasta factores físicos, intelectuales, Sociales, emocionales,

espirituales, vocacionales y del entorno. Los resultados preliminares muestran una validez y fiabilidad alentadoras de la escala, pero todavía se tiene que continuar evaluando empíricamente.

Actualmente se realizan estudios utilizando el cuestionario SOC en más países y culturas que nunca antes. Potencialmente dos tercios de la población mundial podrían estudiarse por medio de instrumentos SOC en su lengua nativa. El cuestionario SOC ha sido utilizado en, al menos, 33 lenguas y 32 países diferentes.

6.5.4 La estabilidad a lo largo del tiempo

Antonovsky suponía que todo el SOC se desarrollaba hasta la edad de 30 años permaneciendo estable hasta la jubilación, que es cuando el SOC decrece. Esta suposición no ha sido respaldada empíricamente. Contrario a la suposición de Antonovsky, parece que el SOC permanece relativamente estable durante el transcurso de tiempo. Sin embargo, no tan estable como suponía Antonovsky (Eriksson y Lindström 2005; 2006: Feldt, Lintula et al. 2006; Hankonen, Feldt et al. 2007). El SOC tiende a incrementarse con la edad durante el transcurso de toda la vida. Ya que hablamos de orientación a la vida, el SOC es una entidad más bien estable. Por tanto no resulta sorprendente que el (SOC) sea bastante estable y resuma su estabilidad después del estrés en comparación con otros fenómenos a corto plazo.

Una forma de ver el desarrollo del SOC a lo largo del tiempo es explorar los resultados de los estudios utilizando escalas SOC originales sobre muestras de población diferentes (sana) general de diferentes grupos de edad (edad media). Lo óptimo sería seguir a la misma población en el transcurso de la vida, pero no se dispone de tales estudios. En consecuencia tenemos que confiar en otras técnicas y comparaciones.³⁸

6.6 LA CALIDAD DE VIDA DESDE UNA PERSPECTIVA SALUTOGÈNICA

El concepto de calidad de vida es complejo, y no existe una definición universalmente aceptada. Hay un acuerdo general en que el concepto es multidimensional y la complejidad es problemática; la calidad de vida puede verse desde diferentes ciencias como la filosofía (buen vivir), sociología (bienestar intangible y el bienestar), la economía (nivel económico), ciencias de la conducta (bienestar) y la medicina (normalidad)³⁹.

La calidad de vida se ha definido como el bienestar personal o la satisfacción con la vida, así como física y el bienestar material, las relaciones con otras personas, Social, actividades comunitarias,

³⁸ Lindström B. Y Eriksson M. (2011). Guía del autoestopista Salutogénico, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut. Girona. PP.29-34.

³⁹ Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal Epidemiology & Community Health. 2007 Nov;61(11):938-44.

cívicas, el desarrollo y la realización personal, de salud mental positiva, un grado de la bondad, y está relacionada con la salud (CVRs). El estado funcional, limitaciones a menudo realmente funcionales, y la salud son dos dimensiones de la CVRS. Tanto la calidad de vida y salud son conceptos complejos. La definición de calidad de vida por la OMS: Evaluación de la calidad de vida de grupo capta la salud física y mental en cuanto a los aspectos positivos de la salud como la superación, capacidad de recuperación, satisfacción y autonomía.⁴⁰

El fenómeno de calidad de vida viene a ser el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de la vida bien y ciertas variables, más subjetivas y personales, que tienen como resultado un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos. Así, la calidad de vida es un concepto inclusivo que abarca todos los aspectos de la vida, tal y como los experimentan los individuos, incluyendo aspectos tales como “salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros” (Levi y Anderson, 1980:6-7). En esta apreciación destacan dos componentes:

El nivel de vida, que se refiere aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria (renta per cápita, nivel educativo, condiciones de vivienda etc.) es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan (salud, consumo de alimentos, seguridad Social, ropa, tiempo libre, derechos humanos).

Los indicadores sociales, que delimitan y especifican aquellos aspectos, dominios, condiciones y dimensiones que componen la vida del sujeto y en torno a los que se manifiesta su grado de satisfacción y bienestar. Por tanto, no son otra cosa que componentes del nivel de vida, evaluados globalmente bajo un punto de vista subjetivo, y no objetivo-cuantitativo como el nivel de vida.

La satisfacción, como manifestación subjetiva de la calidad de vida, es dependiente de las evaluaciones que el sujeto realiza en relación a los atributos de cada uno de los ámbitos, dominios o componentes de su existencia. De este modo, la calidad de vida sería el reflejo de un juicio global sobre las expectativas y aspiraciones realizadas en varios dominios del espacio vital. Por ello, lo que determinaría la calidad de vida humana sería la interacción entre lo subjetivo y lo objetivo (Szalai y Andrews, 1980).

⁴⁰ Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal Epidemiology & Community Health. 2007 Nov;61(11):938-44.

Sin embargo, esta reducción a la subjetividad (percepción individual de un estado de cosas importante para el sujeto) permite mantener la sospecha de que se puede ser perfectamente feliz en medio de la miseria y la ignorancia y que la riqueza sólo produce quebraderos de cabeza. De ahí a permanentizar las situaciones de "felicidad" para los pobres, librándolos de inconvenientes que el bienestar representa. Pero, frente a esta corriente mayoritaria que identifica la calidad de vida con la satisfacción subjetiva, se ha erigido aquella que la define en función de los recursos de que disponen los individuos para poder controlar y dirigir conscientemente su propia vida, apoyándose en que la insatisfacción puede tanto no tener límites como no llegar aflorar. De ahí la necesidad de las políticas Sociales como mecanismo de mediación para la satisfacción de las necesidades básicas (Titmus, 1981) y para garantizar el cumplimiento de los derechos Sociales de los ciudadanos. Desde esta perspectiva, orientada a garantizar el bienestar Social como condición de la calidad de vida, se hace referencia a:

- ▶ La desigualdad de recursos reales y objetivos en el terreno de las necesidades básicas (educación, salud, vivienda, ingresos, trabajo, ocio etc.)
- ▶ La provisión, por parte del Estado, de un amplio abanico de servicios públicos para garantizar el acceso a los mismos del conjunto de la población independientemente de su status económico.
- ▶ Las medidas adoptadas por la sociedad para hacer frente a sus problemas Sociales desde la perspectiva de la justicia Social y distributiva

De hecho, la realidad muestra que sólo a partir de la posesión de un mínimo de recursos, sólo cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es posible pensar en la calidad de vida en términos estrictamente subjetivos.⁴¹

Una interpretación salutogénica del concepto de calidad de vida combina los recursos globales, externos, interpersonales y personales de un individuo, grupo o sociedad. Estas cuatro dimensiones forman una definición global de la calidad de vida basada en la teoría salutogénica de la siguiente manera: "la calidad de vida es la total existencia de un individuo, un grupo o una sociedad que describe la esencia de la existencia, medida objetiva y percibida subjetivamente por el individuo, el grupo o la sociedad. "Este modelo es compatible con el de la OMS acerca de la promoción de la salud, y es apropiado para la evaluación de servicios de salud.

Los conceptos que se utilizan con frecuencia para relacionar la calidad de vida son: el bienestar, la felicidad y la satisfacción con la vida, pero son teóricamente distintos de este concepto. Estos

⁴¹ García Martínez, A. (2009). Educación y Promoción de la salud: Una mirada contextual. Editorial: haciendo camino. Murcia. Pp. 40-42

conceptos requieren de una revisión independiente. Con el fin de crear coherencia y cristalizar la relación entre calidad de vida y SOC, otros conceptos similares se excluyen de este documento.⁴²

La falta de una definición común y consensuada de la calidad de vida hace que sea algo complicado de interpretar y concluir los hallazgos. Sin embargo, este es un problema general en la investigación y no limitado a la teoría salutogénico.

6.7 LA CARTA DE OTTAWA: HISTORIA, VALORES Y PRINCIPIOS, Y LA RELACIÓN CON LA SALUTOGENÉSIS

La contextualización de la salutogénesis está enmarcada dentro de los principios que subyacen de la carta de Ottawa, la Promoción de la salud, incluida la Carta de Ottawa, carece de una base teórica clara. Los resultados de una revisión sistemática de la investigación salutogénica se utilizan para demostrar cómo el marco salutogénica podría apoyar las intenciones filosóficas y prácticas de la CO. El modelo salutogénico contribuye al mantenimiento y desarrollo de la salud y calidad de vida (QOL), es decir, el proceso y el resultado de los principios de la CO.

La promoción de la salud se desarrolla a través de un documento central, este es la Carta de Ottawa (CO), esta se constituyó en la conferencia internacional de salud de la OMS en Ottawa en 1986 (OMS 1986^a). Para entender la CO se tiene que entender el contexto histórico de la salud pública moderna y de la promoción de la salud durante la II Guerra Mundial, y la fundación de las Naciones Unidas y declaración de los Derechos humanos desde la perspectiva de la salud. Entre 1948 y 1977 la OMS ha pasado de una aproximación de atención sanitaria y sistema sanitario a una aproximación de población contextual de la salud, la cual se inició y se puso en marcha con el gran cambio de perspectiva que propuso el visionario director de la OMS Halfdan Mahler. Lo que estaba por llegar ya podría sentirse en los esfuerzos hacia la salud primaria y asistencia sanitaria primaria durante la Conferencia Alma Ata OMS/ UNICEF (OMS 1981). Pero los primeros vestigios de promoción de la salud se vieron en la Estrategia Global de Salud para Todos en el año 2000 (OMS 1981). La visión era reducir inequidades, formar un desarrollo sostenible, utilizar una aproximación interdisciplinaria e intersectorial, y no centrarse solamente en “añadir años a la vida” sino “vida a los años”. La segunda expresión es la primera noción del bienestar y la calidad de vida convirtiéndose en el resultado de las actividades saludables. La OMS Preparó un documento de principios de promoción de la salud en 1984 (OMS 1986B). El desarrollo del movimiento de promoción de la salud después de Ottawa se presenta en una serie de informes de la OMS (OMS 2009).

⁴² Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal Epidemiology & Community Health. 2007 Nov;61(11):938-44.

La Carta enuncia el amplio concepto de salud y promoción de la salud. Además, establece como requisitos indispensables (o factores determinantes) para la salud los siguientes elementos: paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia Social y equidad.

La Carta también identifica cinco áreas de acción para la promoción de la salud:

- ▶ Desarrollo de una política pública saludable.
- ▶ Creación de entornos propicios.
- ▶ Fortalecimiento de la comunidad.
- ▶ Desarrollo de aptitudes personales.
- ▶ Reorientación de los servicios de salud.

Adaptando esta carta a lo que nos concierne, al modelo salutogénico podríamos decir que, si convertimos estos razonamientos en términos salutogénicos, el proceso es acerca de **comprender** que recursos para la salud (o determinantes de salud) están disponibles. Tener un objetivo **significativo** en la vida (buena calidad de vida) y la habilidad para utilizar nuestros recursos para la salud (**manejabilidad**). Estos son los tres componentes claves del sentido de coherencia, comprensibilidad (el componente cognitivo), significatividad (el componente motivacional) y manejabilidad (el componente del comportamiento). Los principios de la Carta de Ottawa se pueden transformar fácilmente dentro de una aproximación salutogénica.

El tema de la promoción de la salud puede ser abordado desde tres perspectivas:

- ▶ Desde un punto de vista filosófico explorando teorías que mejoran la calidad de vida
- ▶ Desde la aproximación biomédica o patogénica donde la salud se genera por medio de la eliminación de riesgos o enfermedades, es el paradigma dominante en la actualidad.
- ▶ Desde el modelo salutogénico que se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud.

La promoción de la salud involucra a la población como un todo en el contexto de su vida diaria, más que centrarse en personas con riesgo para enfermedades específicas; se dirige hacia la acción sobre los determinantes o causas de salud; combina diversos, aunque complementarios, métodos y aproximaciones; se centra en la participación pública efectiva y concreta. Los elementos clave de la promoción de la salud son: la salud es vista como un proceso continuo a lo largo de la vida (la salud como un proceso de larga duración y no un resultado); se centra en los determinantes de salud (medios o recursos para la salud); el proceso de permitir ganar control y utilizar los determinantes de salud para mejorar la salud (empoderamiento); ser capaces de llevar una vida activa y productiva; es decir, disfrutar de una buena calidad de vida. (OMS 2009).

La promoción de la salud: Interpretación salutogénica de la carta de Ottawa

| | Salutogénesis | Carta de Ottawa |
|---------------------|--|--|
| Preludio | El Holocausto | Declaración de los Derechos humanos de la ONU/ declaración de la salud de la OMS |
| Referencia temporal | 1979, 1987 | 1986 |
| Estado | Teoría, evidencia | Principios, ideología |
| Fundamento | Derechos humanos, es decir, sujetos activos participativos | Derechos humanos, es decir, sujetos activos participativos |
| Enfoque | Orientación global a la vida | Promoción de la salud |
| Salud como | Proceso de aprendizaje a lo largo de la vida | Un proceso |
| Concepto clave | Sentido de Coherencia (SOC) y Recursos de Resistencia Generalizada | Promoción de la salud |
| Recursos | Recursos de Resistencia generalizada (GRR) | Determinantes de la salud |
| Mecanismos clave | Habilidad para usar los GRR para el desarrollo de un SOC fuerte | Permitir el control sobre los determinantes de salud (empoderamiento) |
| Elementos | Comprendibilidad, manejabilidad, significatividad | Determinantes de salud, entorno, proceso, vida activa y productiva |
| Aproximación | Contextual, sistemas | Entornos |
| Resultados | Percepción de buena salud, salud mental y calidad de vida | Una mejor salud, vida activa y productiva |
| Papel profesional | Sirve como recurso de resistencia generalizada | Facilitador, permitir a las personas |
| Concepción errónea | Sólo medir el SOC | Sólo una aproximación de riesgo centrándose en los comportamientos de la salud |

Tabla 1. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (Lidström y Eriksson 2011)

La promoción de la salud tiene grandes problemas en su intento de abarcarlo todo, además tiene escasa teoría. Al enfocarla por la perspectiva salutogénica la promoción de la salud se puede reducir a un núcleo fuerte de solo cuatro puntos que se tiene que fijar para que la promoción de la salud sea efectiva.

Puntos clave a la hora de entender la promoción de la salud:

- ▶ La promoción de la salud en base a la carta de Ottawa
- ▶ La salutogénesis como el proceso que lleva hacia la salud
- ▶ Calidad de vida como el resultado de todo el proceso
- ▶ Los Derechos Humanos son la base ética tanto para la promoción de la salud como la salutogénesis.⁴³

La filosofía detrás de la teoría salutogénica armoniza bien con la esencia de la Carta de Ottawa. Sin embargo, todo el potencial de la teoría salutogénico no se ha utilizado tanto como se esperaba, a pesar de las similitudes teóricas. La Investigación en promoción de la salud se basa principalmente en las teorías de comportamiento organizacional, la sociología, la psicología Social, la psicología, la antropología, la educación, la economía y las ciencias políticas. Gran parte de esta investigación se ha limitado a la conducta relacionada con la salud (Dean, 1996). La diversidad de disciplinas refleja el hecho de que la práctica de promoción de la salud no solo se ocupa del comportamiento de los individuos, sino también con la forma en que la sociedad está organizada y las políticas que sustentan la organización Social (Nutbeam y Harris, 2004). La falta de una teoría es una preocupación para muchos líderes en la investigación de promoción de la salud (Nutbeam y Harris, 2004; Kickbusch, 2006; McQueen et al, 2007; Potvin y McQueen, 2007). Sin embargo, la dirección es clara, es decir, para centrarse en la salud en lugar de la enfermedad (Kickbusch, 2006; Morgan y Ziglio, 2007).

En las últimas décadas del siglo 20, algunos temas y dimensiones específicas de promoción de la salud han surgido (Catford y St Leger, 1996). La cronología de este desarrollo es: (i) en la década de 1970, la atención se centró en la prevención de enfermedades y la reducción de comportamientos de riesgo principalmente a través de la información y la educación para la salud, (ii) en los años 1980, se hizo hincapié en las áreas de acción central y estrategias formuladas en la Carta de Ottawa, (iii) en los años 1990, el "enfoque de configuración" en la promoción de la salud es central. En la actualidad, las características de la promoción de la salud del siglo 21 no se pueden ver debido a la brevedad del lapso de tiempo (Catford y St Leger, 1996).

De acuerdo con la Carta de Ottawa, la promoción de la salud es el proceso que permite a individuos y comunidades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud mejorando así la salud para vivir una vida activa y una vida productiva (OMS, 1986a, 1993; Ziglio et al, 2000). Promoción de la salud es un proceso cultural, Social, ambiental, económico y político. La vista salutogénica implica reforzar el potencial de la salud de las personas que hacen una buena salud una herramienta para una vida productiva y agradable. Los derechos humanos son fundamentales

⁴³ Lindström B. Y Eriksson M. (2011). Guía del autoestopista Salutogénico, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut. Girona. Pp.35-41.

para la promoción de la salud y una base de la equidad, el empoderamiento y la participación (Davies y Macdowall, 2006). La Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud fue la primera actualización de la Carta de Ottawa (OMS, 2005).

CAPÍTULO III

7. FUNDAMENTACIÓN NORMATIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tomando como punto de partida el orden jerárquico de las normas comenzaremos por un breve esbozo de la Constitución Española, como precedente, la constitución Española de 1931 que trataba la materia de protección de la salud en su artículo 46.2 según el cual "la legislación Social (de la República) regulará las casos de seguro de enfermedad...", sin que existan referencias a la práctica deportiva o a la utilización del ocio. Posteriormente la Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En su artículo 41, de indudable conexión temática con el artículo comentado, la Constitución establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones Sociales suficientes ante situaciones de necesidad. A su vez, el artículo 38.1.a de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo". En fin, el título VIII del texto constitucional diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad.

En el plano comunitario, el art. 4. 2 f) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea define como competencia compartida entre la UE y los Estados miembros la materia de salud pública, y en su art. 6 a) señala como competencia de la UE de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros, la materia de la protección y mejora de la salud humana. En su art. 9 se establece que en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, la Unión tendrá en cuenta las exigencias relacionadas con la protección de la salud humana. Su art. 36 permite asimismo las prohibiciones o restricciones a la importación, exportación o tránsito justificadas por razones de orden público, moralidad y seguridad pública, protección de la salud y vida de las personas y animales, y los arts. 45 y 51 permiten también restricciones a la libre circulación y establecimiento por razón de salud pública. El art. 114 aboga por una aproximación de las legislaciones en materia de salud. Pero en lo esencial, el derecho de la Unión en lo concerniente a la protección de la salud

se contiene en el título XIV del TFUE, que lleva por rúbrica "salud pública", (art. 168). Se trata de una competencia transversal, puesto que se proclama el compromiso de que al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantice un alto nivel de protección de la salud humana, y se promueva la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros en este ámbito.

El Parlamento Europeo y el Consejo, también con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, podrán adoptar también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, medidas relativas a la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, a la alerta en caso de tales amenazas y a la lucha contra las mismas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros. El Consejo, a propuesta de la Comisión, podrá también adoptar recomendaciones para cumplir con estos fines.⁴⁴

En cuanto a los Derechos Humanos, estos se postulan como la base ética tanto para la promoción de la salud como para la salutogénesis: El pilar fundamental de la promoción de la salud es el respeto por los Derechos Humanos y la consideración de las personas como participantes activas de su bienestar.

7.1 Legislación Estatal

7.1.1 La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tiene como objetivo primordial establecer la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario público en el nuevo modelo político y territorial que deriva de la Constitución de 1978. Según su artículo 1, su objeto consiste en la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. La ley tiene la condición de norma básica, en el sentido del artículo 149.1.16 de la Constitución, y es de aplicación en todo el territorio nacional.

Dicha ley en su artículo 6, cita: que las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, así como también en el artículo 18.2 dice que la atención primaria integral de la salud, incluye la promoción de la salud, posteriormente en el art 46, expresa que el Sistema Nacional de Salud se debe organizar adecuadamente para prestar la

⁴⁴ Véase en la sinopsis del artículo 43 de la constitución española, elaborada por: Pedro Peña. Letrado de las Cortes Generales. Marzo, 2004 y actualizada por Sara Sieira. Letrada de las Cortes Generales. 2011. Página web de consultada <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2>

atención integral de la salud, comprendida, desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad así como de la curación y rehabilitación. En el artículo 55 a) también se indica que en el ámbito de la atención primaria en salud se debe realizar, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación. Por último el Art 106 comenta que la investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población.

7.1.2 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece, a la luz de la experiencia habida desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación Social en el Sistema Nacional de Salud. Sin perjuicio de este objetivo general, la ley contiene también normas aplicables a todo el sistema sanitario español, no sólo a la sanidad pública, en la medida en que, por imperativo del artículo 43.2 de la Constitución, incumbe también a los poderes públicos ejercer un control sobre la sanidad privada, en relación con las actividades de información, salud pública, formación e investigación y en materia de garantías de seguridad y de calidad.

La Ley regula la ordenación de las prestaciones y define el catálogo de prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprotésis, productos dietéticos y transporte sanitario (art. 7). Las prestaciones en este ámbito incluyen las siguientes actuaciones: según los artículos 12 y 13: prestación de atención primaria y especializada, que comprenderán las actividades de promoción de la salud. Además otorga en su artículo 69, al consejo interterritorial las funciones de los planes y programas sanitarios, especialmente los que se refieren a promoción de la salud que impliquen a todas o a una parte de las comunidades autónomas.

7.1.3 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Explícitamente en el capítulo II hace hincapié en su artículo 16 a la promoción de la salud, en donde especifica lo siguiente:

La promoción de la salud incluirá las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones Sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y

colectiva. Por otra parte las actuaciones de promoción de la salud prestarán especial atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas, como hospitales o residencias. Consecuentemente el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con la participación de las Comunidades Autónomas establecerá y actualizará criterios de buenas prácticas para las actuaciones de promoción de la salud y fomentará el reconocimiento de la calidad de las actuaciones, las organizaciones Sociales también tendrán un papel, y es que podrán participar en el desarrollo de actividades de promoción de la salud.

En el capítulo IV, en cuanto a coordinación de la promoción de la salud y prevención de enfermedades y lesiones; viene a decir en diferentes artículos lo siguiente:

El artículo 22 abarca la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en los servicios sanitarios, en donde esboza lo siguiente: el conjunto de los servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud contribuirá el desarrollo integral de los programas de prevención y promoción, en coordinación con las estructuras de salud pública. Por otra parte las Administraciones sanitarias establecerán procedimientos de vigilancia de salud pública que permitan evaluar las actuaciones de prevención y promoción de la salud en el ámbito asistencial, manteniendo la correspondencia entre las poblaciones atendidas por equipos de atención primaria, atención especializada y los servicios de salud pública de un área determinada.

En cuanto a la colaboración de centros y establecimientos sanitarios en materia de salud pública el artículo 24 pone de manifiesto, que las administraciones podrán habilitar servicios para realizar acciones o actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.⁴⁵

8. LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS DOCUMENTOS RESULTANTES

8.1 Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Canadá, 1986.

Desde la proclamación de la nueva concepción de salud, realizada en los albores de la constitución de la Organización Mundial de la Salud hasta la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas de salud pública, realizada en la Carta de Ottawa⁴⁶, la atención se fue centrándose cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población. Los principales testigos de este cambio de perspectiva se pueden encontrar en el Informe Lalonde⁴⁷, la Declaración de Alma-Ata, realizada en la Primera Conferencia Internacional sobre

⁴⁵ El marco normativo a nivel Estatal, fue consultado a través de la página web de noticias jurídicas: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I14-1986.html

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ottawa: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.

⁴⁷ Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canada; 1974.

Atención Primaria de Salud⁴⁸ o la estrategia "Salud para todos en el año 2000"⁴⁹. El pilar fundamental de dicho proceso sería el respeto por los Derechos Humanos y la consideración de las personas como participantes activas de su bienestar. En este sentido, los profesionales y las personas se comprometerían mutuamente en un proceso de empoderamiento, de modo que el papel de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones que permitan a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de la salud.

En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en octubre de 1986 en Ottawa (Canadá), cuando la Promoción de la Salud fue definida oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarlala. La salud entonces es considerada como un recurso para la vida diaria, y no el objetivo de la vida. No se centra en las personas con riesgo de padecer enfermedades específicas, sino que orientación las actuaciones hacia los determinantes de la salud (ingresos económicos, alimentación, trabajo, vivienda, etc.), combinando enfoques diversos, pero complementarios, como pueden ser la comunicación, la educación, la legislación, las medidas fiscales, el desarrollo comunitario etc.⁵⁰

8.2 Conferencia de Adelaida, sur de Australia, 1988.

II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Adelaida, Australia, 1988).

En ella se desarrolló lo acordado en Ottawa, con especial énfasis en los puntos específicamente relacionados con los aspectos políticos. El documento titulado "Recomendaciones de Adelaida" define la política que lleva a la salud como la que se preocupa explícitamente por conseguir la salud y la equidad a través de todos los campos (agricultura, comercio, educación, industria, trabajo, etc.) Se reconoce la necesidad de hacer participar a muy distintas entidades Sociales, gubernamentales o no, así como a la industria, las asociaciones, los sindicatos, el comercio y la iglesia en las actividades de los servicios sanitarios.

Como campos de acción política inmediata la conferencia fijó los siguientes:

- ▶ Implicar a las mujeres como primeras promotoras de salud, apoyando sus organizaciones, mejorando su información y educación y garantizando su autodeterminación en materia de

⁴⁸Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma- Ata. Ginebra: OMS; 1978.

⁴⁹World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Genova: World Health Organization; 1981.

⁵⁰Lindström B. Y Eriksson M. (2011). Guía del autoestopista Salutogénico, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut. Girona. PP.29-34.

salud en lo relacionado con la natalidad, el cuidado de los niños y el hogar y la asistencia sanitaria.

- ▶ Desarrollar una política alimentaria que garantice alimentos sanos en la cantidad necesaria y que sean aceptables culturalmente.
- ▶ Adoptar medidas para reducir el consumo de tabaco y alcohol modificando cultivos y realizando los necesarios ajustes en aquellos países en que estos cultivos representen importantes ingresos.
- ▶ Trabajar los servicios sanitarios junto con los grupos ecologistas para conseguir un ambiente saludable, libre de los factores físicos, químicos y biológicos nocivos para la salud, y considerar la importancia de la conservación de los recursos no renovables y del desarrollo sostenible.⁵¹

8.3 Conferencia: ambientes de apoyo para la salud - Conferencia de Sundsvall, Suecia, 1991.

Posteriormente, en 1.991, la Conferencia de Sundswall (Suecia) sobre Promoción de la Salud desarrolló el objetivo de "Salud para todos en el año 2000" elaborado en Jomtien ese mismo año, en lo que ha sido la primera conferencia global sobre promoción de la salud. Reunió a personas, organismos e instituciones de 81 países. El mundo industrializado necesita pagar la deuda ambiental y humana que ha acumulado por la explotación del mundo en desarrollo. Como resumen pueden aceptarse tres imperativos básicos:

- ▶ Reducir la actividad económica y tecnológica ajustándola al desarrollo sostenible.
- ▶ Crear ambientes de apoyo en sus dimensiones Social, política y económica.
- ▶ Aumentar la equidad.
- ▶ Los principios fundamentales de la vida sostenible son:
- ▶ Respetar y cuidar la biosfera, conservando su vitalidad y diversidad.
- ▶ Mejorar la calidad de la vida humana, mediante el saneamiento ambiental, la educación, la libertad, la seguridad y el respeto a los derechos humanos
- ▶ Reducir al mínimo el consumo de los recursos no renovables y reciclar todo lo posible.
- ▶ Mantener el desarrollo dentro de la capacidad de la Tierra para suministrar materias primas y absorber residuos.
- ▶ Cambiar actitudes, conductas y valores hacia el desarrollo y el consumo, sobre todo en las personas y países más favorecidos.
- ▶ Responsabilizar a las comunidades para una acción más inmediata, de tipo intersectorial.
- ▶ Establecer una alianza global internacional.

⁵¹ Véase en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/adelaide.html>

La declaración fue remitida a la Conferencia de Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo, llamada Cumbre de la Tierra que tuvo lugar en 1992 en Río de Janeiro, con el fin de que la tuvieran en cuenta en sus debates.⁵²

8.4 Declaración de Jakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI, Indonesia, 1997.

- ▶ Las siguientes conferencias tuvieron lugar en Jakarta (1997) y México (2000).
- ▶ En Jakarta se establecieron las prioridades para el siglo XXI:
- ▶ Promover la responsabilidad Social
- ▶ Aumentar la inversión en salud
- ▶ Estimular asociaciones multisectoriales
- ▶ Aumentar la capacidad de la comunidad
- ▶ Garantizar la infraestructura necesaria
- ▶ Llamar a la acción⁵³

8.5 51^a Asamblea Mundial de la Salud, 1998.

Reconociendo que la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud ha sido una fuente mundial de orientación e inspiración para el desarrollo de la promoción de la salud mediante sus cinco estrategias esenciales encaminadas a establecer una política pública favorable a la salud, crear entornos propicios, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las aptitudes personales y reorientar los servicios de salud; se considera que la combinación de estas cinco estrategias son las más eficaces, los procesos de acción y adopción de decisiones para la promoción de la salud deben centrarse en las personas, la promoción de la salud es considerada una inversión clave y un elemento esencial del desarrollo sanitario.

Consciente de los nuevos desafíos y determinantes de la salud, y de que se necesitan nuevas formas de acción que permitan aprovechar el potencial para el fomento de la salud en muchos sectores de la sociedad, es necesario construir un recurso para el desarrollo de la sociedad, tomando nota de los esfuerzos desplegados por los diez países con más de 100 millones de habitantes para fomentar el establecimiento de una red de los países más poblados para la promoción de la salud.⁵⁴

⁵² Véase en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sundsvall.html>

⁵³ Véase en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jakarta.html>

⁵⁴ Véase en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/resolucion.htm>

CAPITULO IV

9. ANÁLISIS DE DATOS

En este capítulo veremos cómo las correlaciones que se han calculado, nos permiten sacar conclusiones sobre el grado de relación entre las variables; no está demás aclarar que, pocos son los casos en que las correlaciones han alcanzado algún grado de significación, debido a que en el presente estudio la muestra seleccionada es pequeña y es una prueba piloto o pre test, para observar de forma inédita la relación de las variables entre la tercera y cuarta edad.

En primer lugar se presentan dos tablas de datos estadísticos descriptivos, que permiten observar y comparar la media, mediana, moda y la desviación típica en la tercera y cuarta edad; cabe decir, que se han resaltado en rojo, los datos que presentan mayores variaciones y ulteriormente se han realizado histogramas representando dichas variaciones. En segundo lugar se ha intentado agrupar cada bloque de análisis, con el fin de dar respuesta a las cuatro hipótesis correlacionales planteadas al principio del presente trabajo.

El primer bloque de correlaciones está conformado por el análisis comparativo entre el sentido de coherencia global en los dos subgrupos etarios, así como también la comparación de los tres componentes del sentido de coherencia (manejabilidad, significatividad y comprensibilidad) para conocer su variación con el paso de los años. En segundo bloque de correlaciones lo integran la comparación de los cuatro dominios de calidad de vida (salud física, psicológico, relaciones interpersonales y entorno) entre la tercera y cuarta edad. Los dos últimos bloques corresponden a la relación del sentido de coherencia global y cada dominio de la calidad de vida, analizando de forma independiente la tercera y la cuarta edad, para después encontrar rasgos comunes. A continuación se describen los principales resultados:

9.1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Tercera edad

| | Edad | Comprensibilidad | Manejabilidad | Significatividad | SOC 13 | Salud física | Psicológica | Relaciones interpersonales | Entorno |
|------------|-------|------------------|-----------------|------------------|--------|-----------------|-------------|----------------------------|---------|
| N Válidos | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Perdidos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Media | 70,50 | 27,00 | 19,75 | 22,38 | 69,13 | 70,50 | 69,75 | 62,50 | 68,25 |
| Mediana | 70,50 | 28,50 | 20,00 | 22,50 | 70,00 | 66,00 | 69,00 | 56,00 | 66,00 |
| Moda | 65 | 32 | 18 ^a | 19 | 67 | 56 ^a | 69 | 56 | 63 |
| Desv. típ. | 5,581 | 6,845 | 5,800 | 3,583 | 14,584 | 15,648 | 5,007 | 16,107 | 9,780 |

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos, tercera edad

Cuarta edad

| | Edad | Comprensibilidad | Manejabilidad | Significatividad | SOC 13 | Salud física | Psicológica | Relaciones interpersonales | Entorno |
|------------|-------|------------------|-----------------|------------------|--------|--------------|-------------|----------------------------|---------|
| N Válidos | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Perdidos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Media | 90,88 | 22,00 | 23,50 | 16,50 | 62,00 | 49,50 | 61,75 | 45,25 | 73,50 |
| Mediana | 90,00 | 22,00 | 23,50 | 16,50 | 63,00 | 44,00 | 59,50 | 50,00 | 75,00 |
| Moda | 90 | 22 ^a | 21 ^a | 15 ^a | 66 | 44 | 56 | 50 | 75 |
| Desv. típ. | 4,390 | 3,423 | 2,828 | 2,976 | 7,819 | 10,797 | 6,453 | 8,795 | 6,211 |

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos, cuarta edad

Los datos descriptivos reflejan que en general no existe mucha variabilidad, como lo demuestra la media y la mediana, así como la desviación típica; por otra parte se observa como la media y la mediana, tienen valores similares en ambos grupos, por lo tanto tomamos la media como valor de referencia. Analizando cada bloque individualmente, se puede observar como en la tercera edad las variables salud física y relaciones interpersonales, la población no se comporta de la misma manera o lo que es lo mismo, la apreciación en tanto a las relaciones interpersonales y la salud física se denotan diferencias significativas; así como también se aprecia variabilidad en el dominio entorno. En la cuarta edad del mismo modo que en la tercera edad, se demuestra que en las variables de relaciones interpersonales y salud física también hay cierta variabilidad. En ambos subgrupos todas las variables relativas al sentido coherencia y sus componentes, no presentan grandes diferencias, debido a que todas las personas dentro de cada grupo tienen similares características.

9.1.1 HISTOGRAMAS

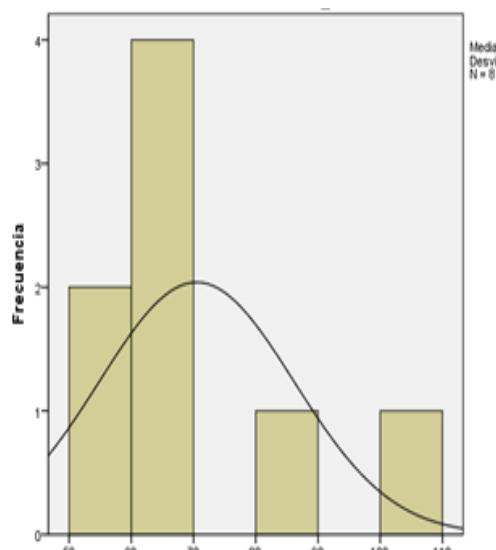


Gráfico 1. Dominio 1: salud física en la tercera edad

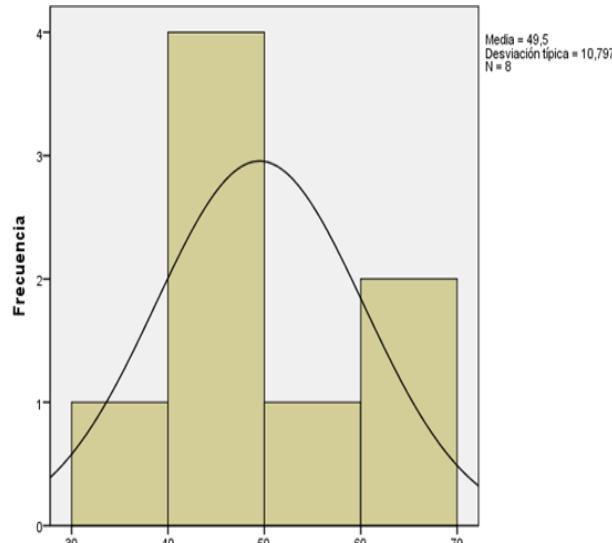


Gráfico 2. Dominio 1: salud física en la cuarta edad

Como se puede observar en los histogramas de la tercera y cuarta edad, vemos como existen puntuaciones divergentes en la autopercepción de su estado de salud, debido a que en los dos subgrupos etarios existen personas con un mejor estado de salud percibido, mientras que otras presentan un mal estado de salud percibido.

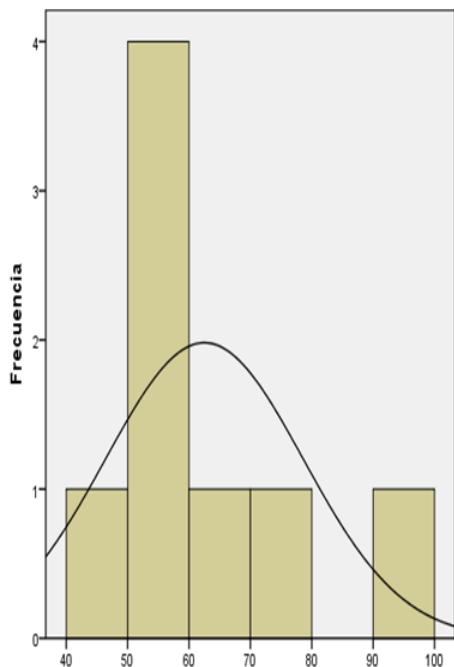


Gráfico 3. Dominio 3: relaciones interpersonales tercera edad

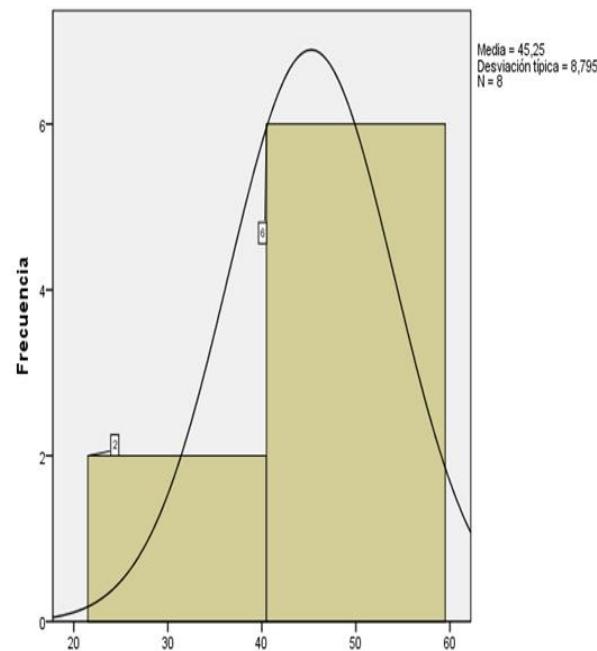


Gráfico 4. Dominio 3: relaciones interpersonales cuarta edad

En las relaciones interpersonales, pasa lo mismo que con la salud física, existen adultos mayores en ambos subgrupos con una mejor calidad de vida en cuanto a relaciones interpersonales y otros con peor calidad de vida en este dominio. Por eso las puntuaciones son también tan divergentes.

9.2 CORRELACIONES DEL SENTIDO DE COHERENCIA Y SUS TRES CONSTRUCTOS EN LA TERCERA Y CUARTA EDAD

El presente bloque toma como variables el sentido de coherencia global y sus tres componentes, efectuando una comparación entre la tercera y cuarta edad.

9.2.1 SOC-13 GLOBAL

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|----------------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 global tercera edad | 69,13 | 14,584 | 8 |
| SOC 13 global cuarta edad | 62,00 | 7,819 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 global tercera edad | SOC 13 global cuarta edad |
|----------------------------|---|----------------------------|---------------------------|
| SOC 13 GLOBAL TERCERA EDAD | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | 1 8 | ,090 ,832 8 |
| SOC 13 GLOBAL CUARTA EDAD | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | ,090 ,832 8 | 1 8 |

Tabla 4. Relación del sentido de coherencia entre la tercera y cuarta edad

9.2.2 SIGNIFICATIVIDAD

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------------|-------|-------------------|---|
| Significatividad tercera edad | 22,38 | 3,583 | 8 |
| Significatividad cuarta edad | 16,50 | 2,976 | 8 |

Correlaciones

| | | Significatividad Tercera edad | Significatividad Cuarta edad |
|-------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Significatividad tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | 1 8 | -,234 ,576 8 |
| Significatividad cuarta edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | -,234 ,576 8 | 1 8 |

Tabla 5. Relación del componente de significatividad entre la tercera y cuarta edad

9.2.3 MANEJABILIDAD

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|----------------------------|-------|-------------------|---|
| Manejabilidad tercera edad | 19,75 | 5,800 | 8 |
| Manejabilidad cuarta edad | 23,50 | 2,828 | 8 |

Correlaciones

| | | Manejabilidad Tercera edad | Manejabilidad Cuarta edad |
|----------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|
| Manejabilidad tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | 1 8 | ,444 ,270 8 |
| Manejabilidad cuarta edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | ,444 ,270 8 | 1 8 |

Tabla 6. Relación del componente manejabilidad entre la tercera y cuarta edad

9.2.4 COMPRESIBILIDAD

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------------|-------|-------------------|---|
| Comprensibilidad tercera edad | 27,00 | 6,845 | 8 |
| Comprensibilidad cuarta edad | 22,00 | 3,423 | 8 |

Correlaciones

| | | Comprensibilidad tercera edad | Comprensibilidad Cuarta edad |
|-------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Comprensibilidad tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | 1 8 | -,073 ,863 8 |
| Comprensibilidad cuarta edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | -,073 ,863 8 | 1 8 |

Tabla 7. Relación del componente comprensibilidad entre la tercera y cuarta edad

El coeficiente de correlación entre los resultados de los SOC globales de la tercera y cuarta edad, es de $r=0.090$, es decir existe una relación positiva entre ambos, pero esta es ínfima; lo que significa que en ambas poblaciones cuando en una de ellas aumenta el SOC, en la otra también aumenta, aunque no en la misma proporción. Por otro lado en cuanto a la correlación entre los tres constructos del sentido de coherencia se afirma que en primer lugar, en el de significatividad la relación entre este mismo constructo en las dos poblaciones es inversa, ($r=-0.234$) es decir que aumenta en la tercera edad pero disminuye en la cuarta edad. En segundo lugar la manejabilidad, tiene una relación positiva ($r=0.444$) en los dos subgrupos etarios, es decir que aumenta con la edad. Por último la correlación entre la comprensibilidad entre los dos subgrupos etarios es inversa ($r=-0.073$), esto quiere decir que, la comprensibilidad aumenta en la tercera edad pero disminuye en la cuarta edad, además existe una ínfima relación entre ambos.

En cuanto a la hipótesis 1 planteada se puede observar que según los resultados de la correlación del sentido de coherencia en la tercera y cuarta edad, esta es positiva($r=0.090$), pero dicha relación es muy baja, lo cual evidencia que el sentido de coherencia aumenta en la tercera y cuarta edad, pero no en la misma proporción. el sentido de coherencia puede ser relativamente estable ya que se aprecia como existen cambios temporales o fluctuaciones en torno a la media (Antonovsky, citado por Lindstrom y Eriksson 2007) para la tercera edad esta es de 69,3 y para la cuarta es de 62, estos datos dejan entrever como el sentido de coherencia aumenta con la edad pero en diferentes proporciones, estudios longitudinales así lo confirman (Lindström y Eriksson 2007) y los cambios que se pueden dar en estas medias pueden estar influidos por factores personales, ambientales, económicos, estado de salud etc.

Paralelamente a lo anterior en el análisis de los tres constructos del sentido de coherencia se puede apreciar que en la cuarta edad hay dos constructos que disminuyen como son la significatividad y la comprensibilidad, mientras que la manejabilidad aumenta con la edad, contrariamente a esto, en la tercera edad la significatividad y la comprensibilidad aumentan y la manejabilidad disminuye. Cabe decir que la diferencia entre las dos medias en el sentido de coherencia no son muy significativas, se puede decir, que el sentido de coherencia en los subgrupos etarios es normal, lo cual se entiende como que un sentido de coherencia normal, implica confiar en que las cosas son claras, lo que no es equivalente a estar controlado, a modelar el destino propio y tampoco a la capacidad de determinar la experiencia cotidiana. En definitiva, probablemente como ya lo hemos visto sólo existen diferencias en los resultados en cada constructo que son los que marcan las diferencias en las puntuaciones globales.

Un sentido de coherencia normal está determinado por puntuaciones congruentes en sus tres constructos, para explicar los resultados obtenidos en las correlaciones y las medias planteadas

hay que efectuarlo de forma independiente, la tercera edad presenta una disminución en la manejabilidad esto quiere decir, que estos tienen más dificultades para encontrar recursos adecuados así como también, para hacer frente a las demandas del medio en que se encuentran, estos recursos pueden estar bajo su control o el de otros, como veremos más adelante las personas de la tercera edad presentan una media alta en el dominio de calidad de vida en cuanto a relaciones interpersonales, es decir tienen apoyo Social y sólidas relaciones personales; por lo tanto, lo que puede causar la disminución en la manejabilidad, es que en el dominio entorno del cuestionario de la calidad de vida, este aparece con una media menor que en la cuarta edad, sobretodo está muy vinculado a que casi todos consideran que tienen problemas para llegar a fin de mes, mientras que en la cuarta edad la gran mayoría tiene apoyo social, y suficientes recursos económicos para satisfacer sus necesidades, es por ello que la manejabilidad en la cuarta edad es más alta que en la tercera edad. En definitiva esta disminución se aprecia más en los ítems del cuestionario de calidad de vida en sus dominios 3 y 4, debido a que el cuestionario del sentido de coherencia no deja entrever porque este puede aumentar o disminuir.

Por otra parte la disminución de la significatividad en la cuarta edad, responde a la hipótesis 2, se debe a que estas personas, no tienen perspectivas de futuro, debido a que su edad y sus condiciones de salud, no les permite proponerse nuevos retos, en definitiva disminuye la motivación en esta edad; no está demás decir que estas personas conviven en una residencia y se deben de ceñir a lo que pueden hacer dentro de la residencia, porque normalmente están en situaciones de dependencia o fragilidad y no consideran que para su edad sea conveniente plantearse nuevos retos. Caso contrario las personas de la tercera edad tienen una mayor significatividad porque tienen una visión comprometida con ciertas áreas de la vida, para las cuales merece emplear tiempo y esfuerzo, de forma que las demandas a las que se enfrentan estas personas son consideradas como retos dignos de invertir energía (Antonovsky 1987), esta situación también está vinculada a que las personas de la tercera edad entrevistadas, practican un envejecimiento activo y con éxito además de que poseen un buen estado de salud y no se consideran muy mayores para emprender nuevos retos.

En último lugar la comprensibilidad disminuye en la cuarta edad debido a que estos perciben los estímulos a los que se enfrentan como impredecibles, en ocasiones accidentales o caóticos y presentan dificultades para hacerles frente, en muchos casos no entienden por qué ocurre esa situación ni saben explicarla, estas situaciones pueden ser familiares o del entorno por ejemplo la muerte de un ser querido, una caída o una enfermedad, en algunos casos esto puede llevarles a la depresión o a perder las ganas de vivir, debido a que no comprenden lo que les acontece. En el caso contrario parece ser que las personas de la tercera edad comprenden medianamente mejor lo

que les acontece a su alrededor, es decir, están dotados de un marco cognoscitivo y consideran la información como ordenada, consistente, estructurada y clara (Antonovsky 1987).

9.3 CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN SUS CUATRO DOMINIOS ENTRE LA TERCERA Y CUARTA EDAD

El presente bloque relaciona cada dominio de la calidad de vida, efectuando una comparación entre la tercera y la cuarta edad.

9.3.1 SALUD FÍSICA

El dominio de salud física engloba la percepción del adulto mayor, en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, la dependencia de medicamentos, la energía y fatiga, la movilidad, el dolor, el sueño y el descanso etc.

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|---------------------------|-------|-------------------|---|
| Salud física tercera edad | 70,50 | 15,648 | 8 |
| Salud física Cuarta edad | 49,50 | 10,797 | 8 |

Correlaciones

| | | Salud física tercera edad | Salud física cuarta edad |
|---------------------------|--|---------------------------|--------------------------|
| Salud física tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | 1 8 | -,331 ,424 8 |
| Salud física cuarta edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | -,331 ,424 8 | 1 8 |
| | N | | |

Tabla 8. Relación del dominio salud física entre la tercera y cuarta edad

9.3.2 PSICOLÓGICA

El dominio psicológico lo integra la autoestima que posea el adulto mayor, así como también los sentimientos positivos, negativos y la concentración.

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|--------------------------|-------|-------------------|---|
| Psicológica tercera edad | 69,75 | 5,007 | 8 |
| Psicológica cuarta edad | 61,75 | 6,453 | 8 |

| | | Correlaciones | |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| | | Psicológica tercera edad | Psicológica cuarta edad |
| Psicológica tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | 1 8 | -,497 ,210 8 |
| Psicológica cuarta edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | -,497 ,210 8 | 1 8 |
| | N | | |

Tabla 9. Relación del dominio psicológico entre la tercera y cuarta edad

9.3.3 RELACIONES INTERPESONALES

El dominio relaciones interpersonales abarca la autopercepción del adulto mayor de aspectos como: las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual.

| Estadísticos descriptivos | | | |
|---|-------|-------------------|---|
| | Media | Desviación típica | N |
| Relaciones interpersonales tercera edad | 62,50 | 16,107 | 8 |
| Relaciones interpersonales cuarta edad | 45,25 | 8,795 | 8 |

| | | Correlaciones | |
|---|--|---|--|
| | | Relaciones interpersonales tercera edad | Relaciones interpersonales cuarta edad |
| Relaciones interpersonales tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | 1 8 | -,115 ,786 8 |
| Relaciones interpersonales cuarta edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | -,115 ,786 8 | 1 8 |
| | N | | |

Tabla 10. Relación del dominio relaciones interpersonales entre la tercera y cuarta edad

9.3.4 ENTORNO

El dominio entorno alberga diversidad de conceptos valorados por las personas mayores, estos son: recursos económicos, accesibilidad y calidad de los cuidados de salud, entorno del hogar, participación y oportunidades de recreación y ocio etc.

| Estadísticos descriptivos | | | |
|---------------------------|-------|-------------------|---|
| | Media | Desviación típica | N |
| Entorno tercera edad | 68,25 | 9,780 | 8 |
| Entorno cuarta edad | 73,50 | 6,211 | 8 |

| Correlaciones | | Entorno tercera edad | Entorno Cuarta edad |
|----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Entorno tercera edad | Correlación de Pearson | 1 | -,826 |
| | Sig. (bilateral) | | ,012 |
| | N | 8 | 8 |
| Entorno cuarta edad | Correlación de Pearson | -,826 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,012 | |
| | N | 8 | 8 |

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 11. Relación entre el dominio entorno entre la tercera y cuarta edad

Las correlaciones en los cuatro dominios de la calidad de vida son inversas, debido a que los dominios salud física, psicológico, relaciones interpersonales aumentan en la tercera edad y disminuyen en la cuarta edad, mientras que el dominio entorno, aumenta en la cuarta edad, pero disminuye en la tercera edad. En primer lugar, la correlación los dominios de salud física equivalen a un $r=-0.331$, lo cual es considerado una relación inversa débil. En segundo lugar la correlación entre los dominios psicológicos se corresponde con un $r=-0.497$, la cual es considerada una moderada correlación inversa. En tercer lugar la correlación de los dominios de relaciones interpersonales es un $r=-0.115$, lo cual representa una ínfima correlación inversa, o lo que es lo mismo una correlación muy baja. En último lugar los dominios de entorno presentan un nivel de significación de 0.12 bilateral, es la única significación de la calidad de vida, con una correlación inversa de $r=-0.826$; lo cual representa una correlación fuerte.

El dominio físico presenta, una clara disminución en su media en la cuarta edad (pasa de 70,50 en la tercera edad a 49,50 en la cuarta edad), esta situación es debida a que la tercera edad es autónoma, activa y goza de buen estado de salud mientras que la cuarta edad están inmersos en situaciones de fragilidad o dependencia, es decir, tienen mayores problemas para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria, por eso requieren de un cuidador, es este caso conviven en una residencia donde les brindan los cuidados necesarios, tienen una mayor dependencia de medicamentos y ayuda médica, poseen más problemas para conciliar el sueño etc., todas estas situaciones redundan en una reducción de su calidad de vida física.

En cuanto al aspecto psicológico también se denota como existe una reducción en la media de la cuarta edad (pasa de 69,75 en la tercera edad a 61.75 en la cuarta edad); sobretodo esta disminución viene marcada principalmente por que las personas de la cuarta edad presentan mayores dificultades en cuanto al aprendizaje, memoria y concentración, esta puede ser la principal causa de disminución de este dominio, ya que los demás ítems de este dominio comparten puntuaciones similares en los dos subgrupos etarios, ambos tienen buena imagen de sí mismos, un autoestima estable, sentimientos más o menos positivos frente a la vida etc.

El dominio 3 de relaciones interpersonales, cuya media disminuye drásticamente en la cuarta edad, pasa de un 62,50 en la tercera edad a un 45.25 en la cuarta edad, esta situación es debida sobre todo a que en la cuarta edad no se tienen relaciones sexuales, todos los entrevistados contestaron a que su satisfacción con su vida sexual era nula o poco satisfecho, el estado civil juega un papel importante en la satisfacción de la vida sexual, dentro de las personas entrevistadas había una pareja de casados que convivían dentro de la residencia, dos solteros y cuatro viudos, todos ellos consideraron que su vida sexual era improductiva; caso contrario la tercera edad casi todos coincidían en que la satisfacción con su vida sexual era poca o lo normal, lo cual quiere decir que tienen una vida sexual medianamente activa, ya que dentro de este colectivo había un mayor número de casados (4) viudos(3) y soltero (1). En general se puede contrastar que ambos colectivos tienen buenas relaciones interpersonales, apoyo familiar, más no público, porque ninguno recibía ayudas públicas de ningún tipo, ni tampoco de la Ley de la Dependencia.

En el dominio 4 concerniente al entorno, se ratificó que la media aumenta en la cuarta edad, (pasa de un 68,25 en la tercera edad a un 73.50 en la cuarta edad) la diferencia no es significativa pero si tiene una explicación, ya que esta se da principalmente en que las personas de la cuarta edad, todas tenían mayores ingresos económicos y llegaban a fin de mes sin problemas mientras que las personas de la tercera edad, tenían mayores problemas para llegar a fin de mes. Los dos colectivos calificaron de forma similar como buenos los servicios sanitarios, el entorno donde viven y las oportunidades de adquirir nueva información. La tercera edad obtuvo mayor puntuación en la participación y oportunidades de ocio y recreación, ya que al ser activos pueden desempeñar la actividad que deseen, mientras que los de la cuarta edad solo pueden desarrollar la actividad que se les permita en la residencia.

En definitiva se ratificó la hipótesis 3a y 3b de como la calidad de vida disminuye en la cuarta edad, sobre todo en los dominios físico en mayor medida que en los demás, así como también en el psicológico y en el de relaciones personales, pero no en el del entorno influído por un mayor nivel de ingresos en este subgrupo etario; se puede decir que la tercera edad tiene mejor calidad de vida en los dominios físico, psicológico y de relaciones interpersonales, pero tiene peor calidad de vida en el dominio entorno, cabe destacar que probablemente en otra muestra las personas de la tercera edad tendrían una mejor calidad de vida en sus cuatro dominios, debido a que tener un menor o mayor de ingresos varía en cuanto a la población seleccionada y en este caso la muestra estaba compuesta por personas de la tercera edad con problemas para llegar a fin de mes y con personas de la cuarta edad solventes, pero también se podría dar el caso contrario.

9.4 SENTIDO DE COHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

En el presente bloque se la relación del sentido de coherencia global con cada uno de los dominios de la calidad de vida en la tercera edad, ya que cada dominio se mide de forma independiente y no existe una puntuación conjunta de calidad de vida, pero sí que existe una puntuación conjunta del cuestionario del sentido de coherencia.

9.4.1 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO DE SALUD FÍSICA

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|---------------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 tercera edad | 69,13 | 14,584 | 8 |
| Salud física tercera edad | 70,50 | 15,648 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 Tercera edad | Salud física Tercera edad |
|---------------------------|--|------------------------|------------------------------|
| SOC 13 tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | 1 8 | ,086 ,839 8 |
| Salud física tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | ,086 ,839 8 | 1 8 |
| | N | | |

Tabla 12. Relación entre el SOC y el dominio salud física en la tercera edad

9.4.2 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO PSICOLÓGICO

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|--------------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 tercera edad | 69,13 | 14,584 | 8 |
| Psicológica tercera edad | 69,75 | 5,007 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 tercera edad | Psicológica Cuarto edad |
|--------------------------|--|------------------------|----------------------------|
| SOC 13 tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | 1 8 | ,609 ,109 8 |
| Psicológica tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | ,609 ,109 8 | 1 8 |
| | N | | |

Tabla 13. Relación entre el SOC y el dominio psicológico en la tercera edad

9.4.3 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO RELACIONES INTERPERSONALES

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|---|-------|-------------------|---|
| SOC 13 tercera edad | 69,13 | 14,584 | 8 |
| Relaciones interpersonales tercera edad | 62,50 | 16,107 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 Tercera edad | Relaciones interpersonales tercera edad |
|---|---|------------------------|---|
| SOC 13 tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | 1 8 | ,023 ,957 8 |
| Relaciones interpersonales tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | ,023 ,957 8 | 1 8 |

Tabla 14. Relación entre el SOC y el dominio relaciones interpersonales en la tercera edad

9.4.4 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO ENTORNO

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|----------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 tercera edad | 69,13 | 14,584 | 8 |
| Entorno tercera edad | 68,25 | 9,780 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 tercera edad | Entorno tercera edad |
|----------------------|---|---------------------|----------------------|
| SOC 13 tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | 1 8 | ,542 ,166 8 |
| Entorno tercera edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N | ,542 ,166 8 | 1 8 |

Tabla 15. Relación entre el SOC y el dominio entorno en la tercera edad

Las correlaciones entre sentido de coherencia y calidad de vida son positivas, en sus cuatro dominios, esto quiere decir que cuando aumenta el sentido de coherencia aumenta también la calidad de vida, pero en diferente proporción. La correlación entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en su dominio físico tiene una relación positiva pero muy baja ($r= 0.086$).

La correlación entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en su dominio psicológico tiene una alta correlación positiva ($r=0,609$), con un coeficiente de determinación de un 37,08%, lo que implicaría una buena medida de fiabilidad de la correlación. La correlación entre el dominio 3 de relaciones interpersonales de la calidad de vida con el cuestionario del sentido de coherencia, es positiva y presenta una relación ínfima o muy baja($r=0.023$). En último lugar se puede observar

también como la correlación entre el dominio 4, entorno y el sentido de coherencia presenta una relación positiva ($r=0.542$) pero moderada, con un coeficiente de determinación de un 29,37%, lo que implicaría más o menos una buena medida de fiabilidad de la correlación.

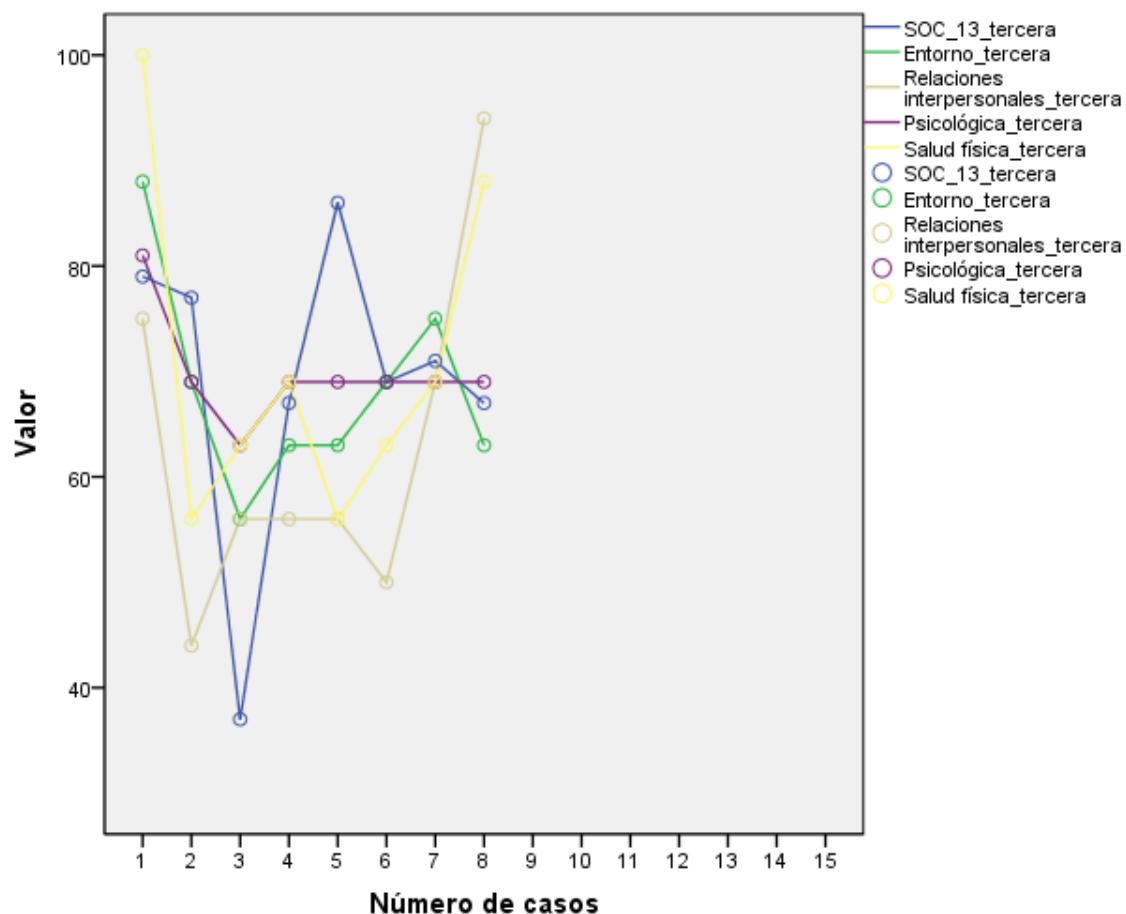


Gráfico 5. Relación del SOC con la calidad de vida en la tercera edad

En el gráfico se puede observar como el SOC 13 demuestra que sigue una tendencia similar al resto de las variables, lo cual quiere decir que el SOC 13 tiene una correlación con el resto de las variables y en este caso se ha visto como las correlaciones entre el sentido de coherencia y la calidad de vida, se ha dado principalmente en los dominios psicológico y el entorno, mientras muestra escasas correlaciones entre la salud física y relaciones interpersonales en el colectivo de la tercera edad.

9.5 SENTIDO DE COHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA CUARTA EDAD

El presente bloque aborda la relación entre el sentido de coherencia global y la calidad de vida con cada uno de sus dominios en la cuarta edad.

9.5.1 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO SALUD FÍSICA

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|--------------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 cuarta edad | 62,00 | 7,819 | 8 |
| Salud física cuarta edad | 49,50 | 10,797 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 cuarta edad | Salud física Cuarta edad |
|--------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|
| SOC 13 cuarta edad | Correlación de Pearson | 1 | -,591 |
| | Sig. (bilateral) | | ,123 |
| | N | 8 | 8 |
| Salud física cuarta edad | Correlación de Pearson | -,591 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,123 | |
| | N | 8 | 8 |

Tabla 16. Relación entre el SOC y el dominio salud física en la cuarta edad

9.5.2 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO PSICOLÓGICO

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 cuarta edad | 62,00 | 7,819 | 8 |
| Psicológica cuarta edad | 61,75 | 6,453 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC13 Cuarta edad | Psicológica Cuarta edad |
|-------------------------|------------------------|-------------------|-------------------------|
| SOC 13 cuarta edad | Correlación de Pearson | 1 | -,747 |
| | Sig. (bilateral) | | ,033 |
| | N | 8 | 8 |
| Psicológica cuarta edad | Correlación de Pearson | -,747 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,033 | |
| | N | 8 | 8 |

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 17. Relación entre el SOC y el dominio psicológico en la cuarta edad

9.5.3 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO RELACIONES INTERPERSONALES

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|--------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 cuarta edad | 62,00 | 7,819 | 8 |

Estadísticos descriptivos

| | Media | Desviación típica | N |
|--|-------|-------------------|---|
| SOC 13 cuarta edad | 62,00 | 7,819 | 8 |
| Relaciones interpersonales cuarta edad | 45,25 | 8,795 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 cuarta edad | Relaciones interpersonales Cuarta edad |
|--|------------------------|--------------------|--|
| SOC 13 cuarta edad | Correlación de Pearson | 1 | -,039 |
| | Sig. (bilateral) | | ,926 |
| | N | 8 | 8 |
| Relaciones interpersonales cuarta edad | Correlación de Pearson | -,039 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,926 | |
| | N | 8 | 8 |

Tabla 18. Relación entre el SOC y el dominio relaciones interpersonales en la cuarta edad

9.5.4 SOC 13 GLOBAL Y DOMINIO ENTORNO**Estadísticos descriptivos**

| | Media | Desviación típica | N |
|---------------------|-------|-------------------|---|
| SOC 13 cuarta edad | 62,00 | 7,819 | 8 |
| Entorno cuarta edad | 73,50 | 6,211 | 8 |

Correlaciones

| | | SOC 13 cuarta edad | Entorno cuarta edad |
|---------------------|------------------------|--------------------|---------------------|
| SOC 13 cuarta edad | Correlación de Pearson | 1 | -,653 |
| | Sig. (bilateral) | | ,079 |
| | N | 8 | 8 |
| Entorno cuarta edad | Correlación de Pearson | -,653 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,079 | |
| | N | 8 | 8 |

Tabla 19. Relación entre el SOC y el dominio entorno en la cuarta edad

Las correlaciones entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en sus cuatro dominios son negativas o inversas, esto significa que a medida que aumenta una variable disminuye la otra, en este caso aumenta el sentido de coherencia, pero disminuye la calidad de vida en sus cuatro dominios o viceversa.

La correlación entre sentido de coherencia y salud física es inversa ($r=-0.591$) con un coeficiente de determinación de un 34,92%, lo que implicaría una buena medida de fiabilidad de la correlación. En cuanto a la correlación entre sentido de coherencia y dominio psicológico, se puede decir que presenta una alta correlación negativa ($r=-0.747$) con un coeficiente de determinación de 55,8% lo

que implicaría una muy buena medida de fiabilidad de la correlación. Además de esto dominios psicológico presenta un nivel de significación de 0.033 bilateral. Por otra parte la correlación entre sentido de coherencia y calidad de vida en el dominio relaciones interpersonales presenta una relación ínfima e inversa (-0.039). En último lugar se observa como la relación entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en su dominio de entorno presenta una correlación inversa alta ($r=-0.653$), con un coeficiente de determinación de un 42,64%, lo que implicaría una buena medida de fiabilidad de la correlación.

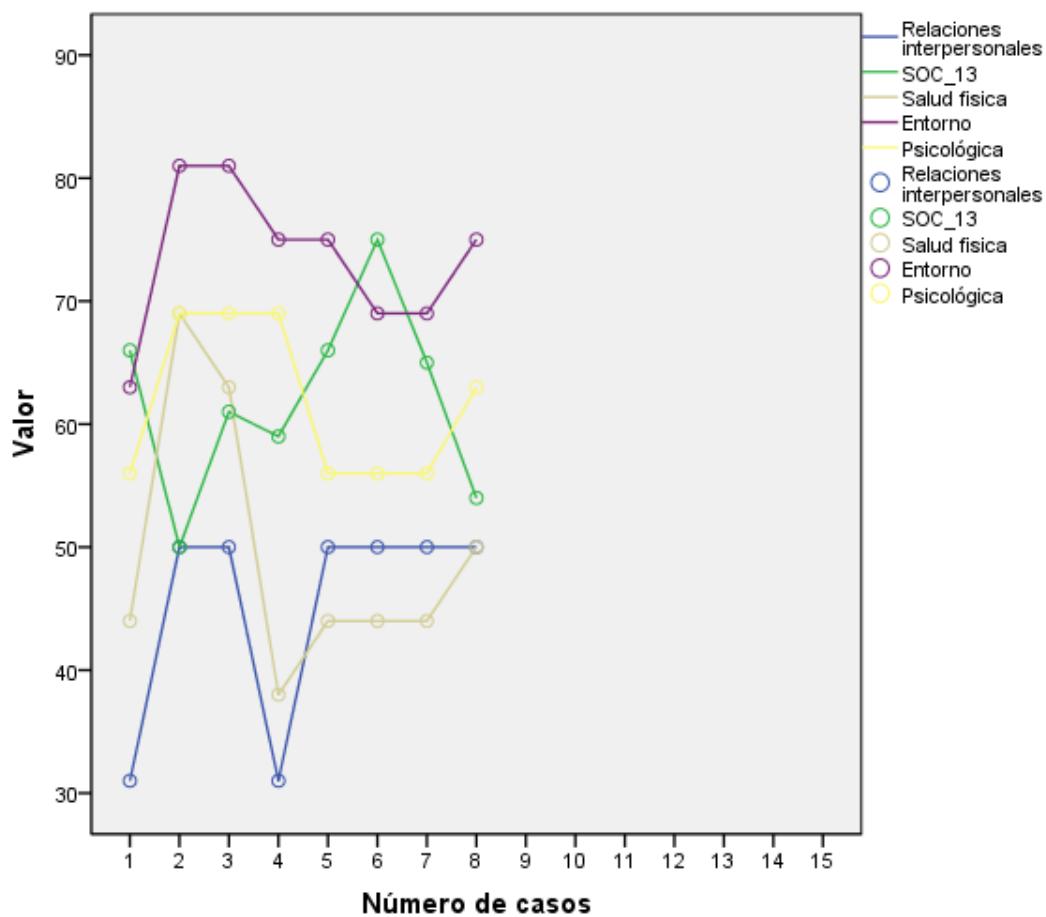


Gráfico 6. Relación del SOC con la calidad de vida en la cuarta edad

El SOC 13 no guarda una relación lineal con el resto de las variables, demostrándose con el coeficiente de correlación de Pearson que la variable SOC 13 con respecto a las demás es negativa o inversa; además se observa como la correlación inversa es alta en los dominios psicológicos y entorno; mientras muestra una relación moderada con la salud física y una baja relación con el dominio de relaciones interpersonales en el colectivo de la cuarta edad.

En efecto, se puede contrastar la hipótesis 4 con los anteriores resultados que denotan que el sentido de coherencia y la calidad de vida en la tercera edad, es directamente proporcional, es

decir que las correlaciones entre sentido de coherencia y calidad de vida son positivas, en sus cuatro dominios, esto quiere decir que cuando aumenta el sentido de coherencia aumenta también la calidad de vida, pero en diferente proporción; se constata una alta relación sobre todo entre el sentido de coherencia y el dominio psicológico y una relación moderada con el dominio del entorno. Contrariamente a lo anterior se comprueba como existe una relación inversa entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en la cuarta edad, esto quiere decir que aumenta el sentido de coherencia, pero disminuye la calidad de vida en sus cuatro dominios o viceversa. El hecho de que la calidad de vida y el sentido de coherencia aumenten en la tercera edad, puede ser debido a las mejores condiciones de salud, a que son activos y participativos. La relación del sentido de coherencia y calidad de vida en la cuarta edad es inversa, lo cual significa que a medida que aumenta el sentido de coherencia la calidad de vida disminuye o viceversa. El hecho de que la calidad de vida disminuya en esta edad es debido sobre todo a las situaciones de fragilidad y dependencia, que influyen en su estado de salud y en la disminución de las relaciones interpersonales, incluidas las relaciones sexuales o el aislamiento que muchas de estas personas padecen.

Se ha podido observar como entre los dos subgrupos etarios el sentido de coherencia y la calidad de vida presenta sobre todo una alta relación en los dominios psicológicos y del entorno, esta situación tiene una explicación y es que el sentido de que el SOC, aborda temas como la habilidad mental, Social y espiritual de afrontar la vida además tiene relación estrecha con teorías de afrontamiento psicológicas como son la resiliencia, empoderamiento, así como también con teorías conductuales; por otra parte, el modelo salutogénico es más investigado dentro del campo de la Psicología (salud, clínica, social). En la presente investigación también se constata como el sentido de coherencia tiene una débil correlación con la salud física en la tercera ($r=0.086$) y cuarta edad($r=0.591$), en esta última es moderada. A pesar que en el SOC directamente Antonovsky no incluye la salud física, tampoco la subestimo sino que la teorizo definiéndola en el continuo bienestar enfermedad donde incluye el dolor, las habilidades y limitaciones funcionales, todas esenciales para la salud física (Antonovsky 1979). En cuanto a que el dominio del entorno posea una correlación alta con el SOC en los dos grupos puede ser debido a que el SOC tiene algunos ítems en los que se evalúa, si el llevar a cabo las actividades de día a día constituye una fuente de placer o de aburrimiento y el cuestionario de calidad de vida evalúa la satisfacción de las actividades de la vida diaria y de ocio que efectúan las personas mayores.

Por otra parte el Sentido de coherencia y la calidad de vida en su dominio de relaciones interpersonales posee una ínfima correlación entre la tercera ($r=0.023$) y cuarta edad ($r=-0.039$); ya que el sentido de coherencia no evalúa directamente las relaciones personales, apoyo Social o la

actividad sexual; la no inclusión de la actividad sexual el SOC es una crítica añadida por Flensborg y colaboradores, el cual dice que el cuestionario del sentido de coherencia debería incluir emociones tales como enojo, alegría, pena y deseo sexual. En definitiva se puede decir que el sentido de coherencia en estos dos grupos subetarios es normal, esto quiere decir, que son proclives a asumir conductas saludables, establecer previsiones y evitar comportamientos no saludables y por lo tanto al orientar su salud en un sentido positivo lo que daría como resultado una mejorara en su calidad de vida.

CAPÍTULO V

10. CONCLUSIONES

Del presente trabajo se han podido extraer los siguientes resultados, que dan respuesta a las hipótesis correlacionales, previamente planteadas:

- ▶ La correlación del sentido de coherencia en la tercera y cuarta edad es positiva($r=0.090$), pero dicha relación es muy baja, lo cual evidencia que el sentido de coherencia aumenta en la tercera y cuarta edad; por otra parte también se aprecian cambios temporales o fluctuaciones en torno a la media, para la tercera edad esta es de 69,3 y para la cuarta es de 62; estos datos dejan entrever como el sentido de coherencia aumenta con la edad pero en diferentes proporciones, además los cambios que se dan en las medias pueden estar influidos por factores personales, ambientales, económicos, estado de salud etc.
- ▶ Se ha constatado que de los tres constructos del sentido de coherencia, solo el de la manejabilidad es estable a lo largo de la vida, ya que su correlación($r=0.444$) es positiva, es decir que este constructo aumenta con la edad, o se mantiene estable con el paso del tiempo, lo cual significa que las personas comprenden cómo está organizada su vida y como están situadas frente a lo que le rodea; contrariamente a esto, la significatividad presenta una correlación negativa ($r=-0.0234$) esto quiere decir que aumenta en la tercera edad y disminuye en la cuarta edad, lo cual significa que las personas de la cuarta edad tienen menos perspectivas de futuro, menos motivaciones frente a la vida y se proponen menos metas a alcanzar, este es un dato negativo para este colectivo, debido a que este constructo es el más importante de los tres (Lisdtröm y Eriksson 2007). Por último la comprensibilidad no se mantiene tan estable a lo largo de la vida, debido a que presenta una correlación negativa o inversa, (-0.073), lo cual deja entrever que aumenta en la tercera edad, pero disminuye en la cuarta edad, es así como las personas de la cuarta edad tienen más dificultades para manejar las situaciones sobrevenidas en diferentes ámbitos.
- ▶ Las correlaciones en los cuatro dominios de la calidad de vida son inversas, debido a que los dominios salud física, psicológico, relaciones interpersonales aumentan en la tercera edad y disminuyen en la cuarta edad, mientras que el dominio entorno, aumenta en la cuarta edad, pero disminuye en la tercera edad. Se puede ver como la calidad de vida en la cuarta edad disminuye en todos los dominios menos en el de entorno, siendo los más

marcados los que corresponden al dominio de salud física, debido a la mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad y dependencia de las personas de este colectivo, el otro dominio acentuado es el de relaciones interpersonales, principalmente por su inactiva vida sexual. Por su parte la calidad de vida en la tercera edad aumenta en los dominios de salud física, psicológico, relaciones interpersonales pero disminuye en el entorno, principalmente debido a que en el presente estudio las personas de la cuarta edad tienen un alto nivel de ingresos económicos, mientras que las de la tercera edad presentan más dificultades económicas, pero esta situación no es extensible, ya que podrían existir casos contrarios que hicieran que este dominio fuera mayor en la tercera edad; en definitiva se puede decir que la tercera edad mantiene una mejor calidad de vida que la cuarta edad.

- ▶ Los anteriores resultados denotan que el sentido de coherencia y la calidad de vida en la tercera edad, son directamente proporcionales, es decir que las correlaciones entre sentido de coherencia y calidad de vida son positivas, en sus cuatro dominios, esto quiere decir que cuando aumenta el sentido de coherencia aumenta también la calidad de vida, pero en diferente proporción. Contrariamente a lo anterior se comprueba como existe una relación inversa entre el sentido de coherencia y la calidad de vida en la cuarta edad, esto quiere decir que aumenta el sentido de coherencia, pero disminuye la calidad de vida en sus cuatro dominios o viceversa.
- ▶ Se ha podido contrastar como el sentido de coherencia en la tercera y cuarta edad, presentan una estrecha relación con dos de los dominios de la calidad de vida: psicológico y entorno, debido a que el SOC aborda temas como la habilidad mental, Social y espiritual de afrontar la vida. Por otra parte el SOC presenta una débil relación con la salud física y las relaciones interpersonales, ya que no las aborda de manera explícita.

11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las principales líneas de investigación en las que se puede profundizar para desarrollar con mayor claridad el sentido de coherencia y la calidad de vida son las siguientes:

- ▶ Realizar estudios donde se respondan a preguntas acerca de la causalidad, a través de Investigaciones longitudinales innovadoras que examinen los procesos salutogénicos del envejecimiento. Para llegar a cabo esta línea de investigación se podría tomar una muestra representativa aplicando el modelo de ecuaciones estructurales (Mes), el cual es una técnica estadística multivariante que ayudaría a probar y estimar relaciones causales a partir de datos estadísticos y asunciones cualitativas sobre la causalidad. El objetivo de estos estudios sería poder explicar la causalidad, ya que la mayoría de estudios que se realizan son estudios transversales correlacionales y estos presentan análisis limitados, porque solo miden la relación entre las variables.
- ▶ Otra línea de investigación aplicada a las políticas públicas sería la posibilidad de aplicar el potencial del modelo salutogénico en el marco de la construcción de políticas públicas saludables. Esto significa que es posible utilizarlo para construir la coherencia necesaria para crear una sociedad de promoción de la salud. Dicha sociedad se vuelve salutogénica no sólo en los servicios de salud, sino también en sus funciones y servicios generales. Aquí, es importante fortalecer los recursos generales de resistencia existentes, crear otros nuevos o que ya estén disponibles para que los ciudadanos puedan identificarlos y beneficiarse de ellos.
- ▶ La salutogénesis podría ser visto como una base teórica para la investigación en promoción de la salud en general, implementado como una orientación sistemática, la cual se utilice en las actividades y acciones diarias de los profesionales.
- ▶ Tratar de definir de forma común y consensuada la calidad de vida, para que en las diferentes investigaciones se conciba un mismo concepto, no en que cada estudio se oriente de forma divergente y así poder elaborar un marco teórico y práctico claro de la relación del sentido de coherencia con la calidad de vida.
- ▶ Otra línea de investigación con población mayor no sólo es el envejecimiento saludable, sino que también se realicen estudios con el envejecimiento que lleva asociado la enfermedad y la dependencia. Por esta razón, una muestra representativa de ancianos sería de especial importancia. Por otra parte también sería interesante investigar el caso inverso, es decir, personas de la tercera edad que no son autónomas y personas de la cuarta que no son dependientes ni frágiles.
- ▶ Cómo última línea de investigación sería interesante, desarrollar una investigación longitudinal con una muestra representativa, para poder comparar personas mayores de

la tercera y cuarta edad (Baltes y Smith 2003). A pesar de que el presente estudio piloto trata de dar una pequeña aproximación, se necesita que se lleve a cabo una investigación, cuyos resultados puedan ser generalizables al resto de la población; en este sentido también se podría barajar la posibilidad de incluir un análisis multivariante que estime relaciones causales entre sentido de coherencia y calidad de vida.

12. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Dardet, C. Y OTROS. (2011). Patrimonio en salud ¿son posibles las políticas salutogénicas?, Revista española de Salud Pública, Volumen 85 Nº J2J. Pp. 131-135

Bazo Mª, T. (1989). Personas ancianas: salud y soledad. Revista REIS 47/89. Universidad del País Vasco, Bilbao. Pp. 57-79

Bénito Lauherta, Mª P. (2005). Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente: editorial Mc Graw Hill .Madrid. Pp. 231-260

Castañeda García, J. (2009). Vejez, dependencia y salud: guía práctica de gerontología, Editorial Pirámide, Madrid.

Fernández Ballesteros, R. (2009). PsicoGerontología perspectivas europeas para un mundo que envejece: Pirámide. Madrid.

Fernández Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología: Pirámide. Madrid.

Fernández, E. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis doctoral del departamento de psicología, sociología y filosofía de la universidad de León.

Freire de Oliveira, M. (2007). Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36. Tesis doctoral de la Universidad de Granada: Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte y escuela de ciencias de la salud.

García Martínez, A. (2009). Educación y Promoción de la salud: Una mirada contextual. Editorial: haciendo camino. Murcia.

Hernández Zamora, Z. (2010). Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. Universidad Veracruzana, México. Revista Costarricense de Psicología, Vol. 29, nº 43, 2010. Pp.17-34.

Hernández Zamora, Z. (2011). Actividad física, salud y sentido de coherencia y salud en personas mayores. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Congreso Andaluz de Psicología de la Actividad Física y el Deporte Sevilla España, 17-19 de Noviembre de 2011

Lindstrom B. Y Eriksson M. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review". Journal of Epidemiology &Community Health 2005;59:6 437

Lindstrom B. Y ERIKSSON M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development, Health Promot Int, 2006 Sep;21(3):238-44.

Lindstrom B. Y Eriksson M. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal Epidemiology & Community Health. 2007 Nov;61(11):938-44.

Lindstrom B. Y Eriksson M. (2008). A Salutogenic Interpretation of the Ottawa Charter. Journal of Epidemiology &Community Health Vol. 23, No. 2, pp.190-199

Linddström B. Y Eriksson M. (2011). Guía del autoestopista Salutogénico, Documenta Universitaria: Universitat de Girona. Cátedra de promoció de la salut. Girona.

Martín Lesende, I. (2004). Atención a las personas mayores desde la atención primaria: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc ediciones. Barcelona.

Ministerio de sanidad política social e igualdad. (2011). Libro blanco del envejecimiento activo. 1ra edición p. 115

Moreno Jiménez, B. Y OTROS (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Gualberto Buela Casal, y col (Eds), Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, pp. 1045-1070.

Moreno Jiménez, B. Y OTROS (1997). Sentido de la coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. Revista de Psicología de la Salud, 13(2),185-207

Moreno Jiménez, B. Y OTROS (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica,(4)3, 163-180.

Organización Mundial de la Salud. (1978) Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma- Ata. Ginebra.

Pérez Cano, V. (2006). Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida: Editorial Libros Dykinson, Madrid.

Rivera de los santos, F. Y OTROS. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Revista Española de Salud Pública, Volumen 85 Nº 1 y 2

Sánchez Vera, P. (1994). Tercera y Cuarta Edad en España desde la perspectiva de los hogares. Revista Reis 73/96. Universidad de Murcia. Pp. 57-79

Ureña Bonilla, P. (2008). Calidad de vida, sentido de coherencia y niveles de sedentarismo en académicos(as) y administrativos (as) del campus presbítero Benjamin Nuñez. Universidad Nacional de Costa Rica. Revista MH Salud, vol. 5 núm 2. (2008) Pp. 1-15

Ureña Bonilla, P. (2009). Sentido de coherencia y satisfacción laboral en profesores (as) de colegios técnicos en la dirección regional de heredia. Revista electrónica EDUCARE VOL 13. Nº 1

Virués ortega, J. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Revista de Medicina Clínica Barcelona, volumen 128, Issue 13 pages 486-492

Wiesmann Ulrich. (2010). A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons. Institute for Medical Psychology, University of Greifswald, Germany. Sage Journals vol. 32 no. 3 349-371

13. WEBGRAFÍA

51^a Asamblea Mundial de la Salud, 1998. (Consultada el 8 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/resolucion.htm>.

Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Canadá, 1986. (Consultado el 12 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>

Conferencia de Adelaida, sur de Australia, 1988. (Consultado el 8 de abril de 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/adelaide.html>.

Declaración de Jakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI, Indonesia, 1997. (Consultado el 12 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jakarta.html>.

La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. (Consultado el 11 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/evidencia.htm>

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad: Barómetro de sanitario 2010. (Consultado el 11 de junio de 2013). Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>

Noticias jurídicas: consulta de los diferentes textos legislativos. (Consultado el 15 de junio de 2013). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I39-2006.html

OMS Promoción de la Salud. (Consultado el 8 de mayo de 2013). Disponible en: http://www.who.int/topics/health_promotion/es/

Organización Mundial de la Salud: Promoción de la salud. (Consultado el 12 de mayo de 2013). Disponible en: http://www.who.int/topics/health_promotion/es/

Página del Instituto de mayores y asuntos sociales. (Consultado el 15 de mayo de 2013). Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm

Página oficial de la salutogénesis: (consultado el 20 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.salutogenesis.fi>

Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People. (Consultado el 10 de junio de 2013). Disponible en:

http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/older_salutogenesis.pdf

Tercera Conferencia: ambientes de apoyo para la salud - Conferencia de Sundsvall, Suecia, 1991. (Consultado el 10 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sundsvall.html>.

14. ANEXOS

14.1 ANEXO 1: Formato cuestionarios SOC-13 Y WHOQOL Bref

14. 2 ANEXO 2: Análisis del cuestionario de datos generales

14.3 ANEXO 3: Puntuaciones del cuestionario del sentido de coherencia (SOC-13)

14.4 ANEXO 4: Puntuaciones del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-Bref)