



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/ 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**El enfoque de activos en salud. Actuaciones de
Enfermería ante los nuevos retos de la Salud
Comunitaria**

Autor/a: Àngel Gasch Gallén

Directora: Dra. Concepción Tomás Aznar

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
DESARROLLO.....	11
Proceso Enfermero desde el enfoque de Activos en Salud.....	11
Valoración.....	11
Diagnóstico.....	13
Planificación.....	14
Ejecución.....	15
Evaluación.....	16
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS.....	24
Anexo I. Recursos Generales de Resistencia.....	24
Anexo II. Escala Sentido de Coherencia SOC-13 (Cuestionario de Orientación ante la Vida- OLQ13).....	25
Anexo III. Pautas para la elaboración del Diagnóstico de Enfermería, Resultados e Intervenciones según el enfoque de Activos en Salud.....	28

RESUMEN

Introducción: Los nuevos enfoques en Salud Comunitaria incorporan el concepto de activos en salud: recursos que los individuos y comunidades tienen a su disposición para protegerles ante problemas de salud y/o promover estados saludables. Los estudios sobre envejecimiento y salud incorporan conceptos como resiliencia y vulnerabilidad, relacionados con el enfoque de activos en salud. Entre las actuaciones de Enfermería en Atención Primaria destaca la promoción de salud, que puede beneficiarse de las potencialidades que ofrece el enfoque de activos en salud en la atención a las personas mayores.

Objetivo: Incorporar el enfoque de activos en salud en las intervenciones de Promoción de Salud que Enfermería lleva a cabo en los cuidados a las personas mayores.

Metodología: Revisión bibliográfica sobre el enfoque de activos y la promoción de salud en personas mayores y elaboración de un plan de actuación que incorpora los activos en salud en el Proceso Enfermero (PE).

Desarrollo: En las etapas del PE se plantean herramientas de valoración: Escala del Sentido de Coherencia, identificación de recursos generales de resistencia y activos en salud en niveles individual, comunitario e institucional. Éstas orientan, mediante la inclusión de estrategias basadas en el enfoque de activos, el diseño de los planes de cuidados. Se propone el registro de dichos activos y sus cambios en todas las fases del Proceso Enfermero.

Conclusiones: El modelo de activos complementa al de identificación de necesidades y problemas. Existen herramientas desde este enfoque que pueden ser incorporadas al PE, cuyas estrategias tienen repercusión en otras áreas del trabajo de Enfermería Comunitaria.

Palabras clave: activos en salud, promoción de salud, vulnerabilidad en salud, resiliencia, envejecimiento, enfermería comunitaria.

ABSTRACT

Introduction: New approaches in Community Health incorporate the concept of assets: resources that individuals and communities have at their disposal to protect them against health problems and / or promote healthy states. Studies on aging and health incorporate concepts such as resilience and vulnerability, related to health assets approach. Among the actions in Primary Care Nursing emphasizes health promotion, which can benefit from the potential offered by the assets approach in health care for the elderly.

Objective: To incorporate the assets approach in the nursing health promotion interventions targeting elderly nursing care.

Methodology: Literature review on asset approach and health promotion in older people and development of an action plan incorporating assets in the Health Nursing Process (NP).

Development: In the different stages of the NP assessment tools arise: Sense of Coherence Scale, identification of general resistance resources and assets in health in individual, community and institutional levels; guiding, by including strategies based on assets approach, the design of care plans. Registration of such assets and changes in all phases of the Nursing Process is proposed.

Conclusions: The assets model complements the identification of needs and problems model. There are tools from this approach that can be incorporated into the NP, whose strategies have an impact on other areas of Community Nursing work.

Keywords: asset, health promotion, health vulnerability, resilience, aging, community nursing.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas han aparecido cambios en los enfoques en Salud Pública, pasando de la tendencia tradicional basada en la protección de la salud, prevención de la enfermedad y reducción de los factores de riesgo, hacia un enfoque positivo de la salud¹, enmarcado en la Promoción de la Salud. El enfoque salutogénico² se concibe como una guía para la promoción de la salud, centrándose en su origen y no en el origen de la enfermedad, como haría el modelo de déficit.

Desde este enfoque se han identificado los Recursos Generales de Resistencia (RGR en adelante), entendidos como factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Autoestima, autoeficacia, optimismo, apoyo familiar y redes sociales protegen a las personas de los efectos negativos de las situaciones adversas. Disponer de estos recursos en el entorno inmediato ofrece mayores oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida, pero lo más importante es que la persona sea capaz de utilizarlos, lo que se conoce como Sentido de Coherencia (SOC)³. Este concepto está formado por la comprensión y manejabilidad de lo que sucede y por la significatividad o capacidad de dar sentido a los hechos cotidianos. Las personas con alto SOC se enfrentan ante las situaciones comprendiéndolas, controlando y manejándolas de forma correcta y dotando de sentido aquello que hacen en respuesta a dichas situaciones, obteniendo una mayor salud percibida y mejorando su calidad de vida¹.

Se ha desarrollado un modelo de actuación que define los "activos en salud" como aquellos factores o recursos que los individuos y las comunidades tienen a su disposición para protegerles ante problemas de salud y/o promover estados saludables⁴. Esta perspectiva ha facilitado la creación de una metodología para el desarrollo de las fortalezas de las comunidades^{5,6}, conocida como mapeado de activos⁷, centrada en descubrir las capacidades individuales, colectivas y ambientales existentes en un contexto antes de intervenir. Se considera como un proceso de

empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad de las personas y comunidades, más que un inventario de problemas o necesidades de las comunidades para la asignación de recursos, sustentados en el modelo experto o profesional¹. El enfoque de activos en salud proporciona el aumento del control sobre la propia salud por parte de las familias y comunidades y permite hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable¹. Se han realizado intervenciones desde este en las diferentes etapas de la vida, como en escolares de países nórdicos⁸ y en jóvenes en nuestro entorno⁹. En personas mayores se ha estudiado la relación entre este enfoque y la calidad de vida, la salud física y psicológica¹⁰.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2014 en España un 18,1% de la población tenía 65 y más años, de los que el 5,7% eran octogenarias/os cuya proporción crece. El sexo predominante en la vejez es el femenino, existiendo un 34% más de mujeres que de hombres. Además los apoyos y recursos familiares serán cada vez menores para atender a estas personas mayores¹¹. Observando las tendencias sobre envejecimiento en España, entre 1992 y 2012 la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 73,9 a 79,4 años y la de las mujeres de 81,2 a 85,1 años¹². Algunos estudios remarcan las repercusiones que tienen las situaciones socio-económicas sobre la salud de las personas mayores, indicando por ejemplo que, en 2004 el 31,8% de las mujeres y el 26,7% de los hombres mayores de 65 años en España se situaban bajo el umbral de la pobreza (6.280 euros al año). Además, vivir solo aumenta el riesgo de pobreza: el 51,8% de las personas mayores que viven solas subsisten en condiciones de pobreza¹³. Es importante la gran demanda de apoyo y atención a la dependencia en las personas mayores¹⁴.

A la vista de estas tendencias, se han incorporado a la investigación, enfoques como el del envejecimiento a lo largo de la vida¹⁵ que destaca que éste es un proceso que se construye durante toda la vida, que tiene componentes fisiológicos y sociales. Se considera que para tener buena salud en la vejez es necesario haber gozado de buena salud en las etapas

anteriores de la vida. Algunos conceptos clave de este enfoque son la vulnerabilidad¹⁶ y la resiliencia¹⁷.

La vulnerabilidad en personas mayores se ha relacionado con la pobreza¹⁸, falta de apoyo social y familiar¹⁹⁻²⁴, la discapacidad²⁴ y con dificultades en el acceso y adecuación de los servicios de salud para atender a personas mayores²⁵⁻²⁷. La identificación de situaciones de vulnerabilidad en las personas mayores es una estrategia para conocer las necesidades de cuidados²⁸ y las prácticas de salud que ellas desarrollan, centrando la prevención y promoción de salud hacia las susceptibilidades de estas poblaciones que demandan respuestas sociales y profesionales²⁹, precisando además un enfoque multidisciplinar³⁰.

La resiliencia en las personas mayores se ha relacionado con la mayor calidad de vida¹⁷, de bienestar percibido³¹, comportamientos de búsqueda de salud³²⁻³⁴ y disposición para la mejora y desarrollo de la red de apoyo social^{31,35,36}. También como factor predictor de una adecuada funcionalidad física en personas mayores^{37,38} y como estrategia para afrontar de forma más positiva las dificultades con las que se encuentran las personas mayores que viven en entornos rurales³⁹.

Estos trabajos muestran la importancia de afrontar el cuidado y la promoción de la salud de las personas mayores mediante enfoques que incidan en las desigualdades, la vulnerabilidad y las capacidades de las poblaciones para enfrentarse a la adversidad, desde una visión holística⁴. La vulnerabilidad, pobreza y exclusión social, se relacionan con las desigualdades en salud, lo que hace necesario aplicar intervenciones específicas con poblaciones en situación de vulnerabilidad⁴⁰.

La Enfermería tiene un papel destacado en la Promoción de la Salud, aspecto que se prioriza desde las bases teóricas de la disciplina⁴¹. Además desde organizaciones internacionales, se ha reconocido el compromiso que tiene Enfermería en el cuidado a poblaciones vulnerables como las personas mayores⁴². Aunque algunos trabajos muestran de la utilidad del modelo basado en activos para la promoción de la salud⁴³⁻⁴⁸, existen escasos estudios que determinen las implicaciones de Enfermería en dicho enfoque.

Algunos estudios consideran a las enfermeras como activos, recursos o bienes de la comunidad para contribuir a su mejora, a la promoción de su salud y a la erradicación de desigualdades⁴⁹⁻⁵¹.

Dadas las potencialidades del enfoque de activos en salud para Enfermería, así como las intervenciones que realizamos en promoción de salud y teniendo en cuenta la situación de las personas mayores a las que cuidamos, podemos aplicar sus herramientas en estas poblaciones. Puesto que no se dispone de estudios que describan cómo incorporar las bases de los activos en salud al trabajo de Enfermería Comunitaria de Atención Primaria, se propone un plan de actuación que plantea actuaciones específicas a incorporar en el Proceso Enfermero.

2. OBJETIVOS

Objetivo General: Incorporar el enfoque de activos en salud en las intervenciones de Promoción de Salud que Enfermería de Atención Primaria lleva a cabo en los cuidados a las personas mayores.

Objetivos específicos:

- Identificar la existencia de aplicaciones de este enfoque en la Enfermería Comunitaria a través de la revisión bibliográfica.
- Diseñar un plan de actuación para la incorporación del enfoque de activos en salud en las actuaciones de Enfermería Comunitaria en Atención Primaria, en el caso de los cuidados a personas mayores: Proceso Enfermero.

3. METODOLOGÍA

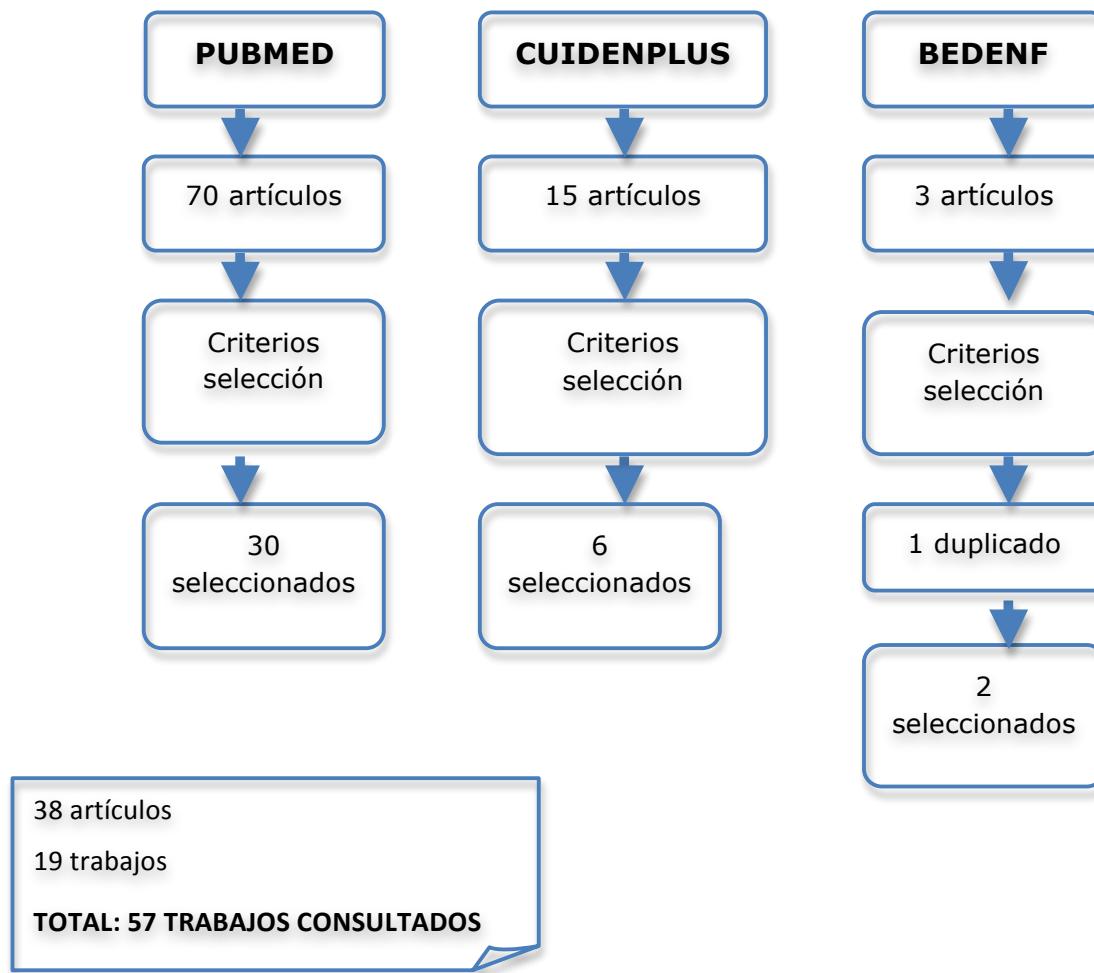
Se realizó una revisión bibliográfica para actualizar el conocimiento sobre el enfoque de activos en salud, aplicado a las personas mayores y a la disciplina enfermera.

Las palabras clave utilizadas fueron descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y en aquellos casos en los que no se encontraron las palabras en este lenguaje se utilizó la terminología Medical Subject Headings (MeSH). Los DeCS utilizados fueron aging, resilience, health vulnerability, aged, health promotion y los MeSH community nursing, asset, elderly.

Los criterios de selección de los trabajos fueron: publicado en los últimos 10 años; incluir en el título, abstract y/o palabras clave el tema de estudio; publicados en español, inglés o portugués. En las búsquedas en las que se incluyó el grupo de población "personas mayores", se limitó la selección a aquellos trabajos que se centraron en este grupo.

La revisión fue completada con búsquedas manuales en las referencias de los estudios seleccionados y la consulta de libros, guías profesionales y formativas, recomendaciones e informes específicos sobre los temas tratados en este trabajo. En la figura 1 se muestra la secuencia de búsqueda y selección de artículos en función de las distintas fuentes de información utilizadas.

Fig.1. Diagrama de flujo revisión bibliográfica



Para el diseño del plan de actuación se partió de la revisión bibliográfica y del trabajo que la Enfermería Comunitaria lleva a cabo en Atención Primaria⁵², describiéndose las intervenciones propuestas en el marco del Proceso Enfermero. Es imprescindible recordar que el enfoque de activos no debe dejar de lado la identificación de los problemas de salud así como la prevención de los mismos³. Por este motivo este enfoque complementa, desde la promoción de salud, las intervenciones llevadas a cabo en Enfermería Comunitaria con el fin último de la mejora de la salud de la población.

4. DESARROLLO

La revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto que, dado que el enfoque de activos en salud es una perspectiva emergente en el terreno de la Salud Pública, existen escasos estudios que pongan sobre la mesa las actuaciones concretas que desde Enfermería se pueden llevar a cabo en relación con este enfoque. Por otro lado, son numerosos los trabajos que desde el enfoque de activos en salud destacan la importancia de los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia en las personas mayores, aspectos a incorporar en las intervenciones destinadas a estas poblaciones.

Las actuaciones de Enfermería en relación con el enfoque de activos que a continuación se describen, pueden ser observadas en los actos asistenciales cotidianos de atención y cuidados a personas mayores, sus familias y la comunidad.

PROCESO ENFERMERO

VALORACIÓN

La etapa de Valoración está centrada en la recogida de información para conocer la situación actual de la persona a la que se cuida, identificando los problemas, capacidades y recursos⁵³.

Desde un enfoque de activos, el objetivo es identificar aquellos recursos de los que la persona dispone para hacer frente a los problemas y mejorar su salud y bienestar. Partimos de la identificación de los RGR (ANEXO I) y el Sentido de Coherencia. Los Recursos Generales de Resistencia (RGR) son considerados como los ingredientes para la mejora de la salud y el Sentido de Coherencia (SOC) es la capacidad para utilizarlos⁵⁴. El Sentido de Coherencia es una disposición personal hacia la valoración de las experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado¹⁰. En España se validó la Escala de Sentido de Coherencia en ancianos mayores de 70 años, identificando potencialidades que muestran que el SOC favorece el estado objetivo y percibido de salud física, mental y social¹⁰.

En las personas mayores, podemos identificar herramientas personales que favorecen el desarrollo de su resiliencia, afrontando de forma más sana las adversidades que pueden existir en su vida y durante el proceso de envejecimiento: enfermedades crónicas, pérdidas de personas queridas, riesgo de soledad y/o aislamiento social, pérdida de funcionalidad, falta de apoyos o recursos económicos entre otros. El hecho de controlar las situaciones adversas, permite hacer frente a imprevistos de forma más adaptada y así tener mayor disposición para involucrarse en actividades preventivas como ejercicio físico, alimentación saludable, contactos adecuados con el sistema de salud, incorporación en la vida cotidiana de cambios necesarios tras diagnósticos de enfermedades crónicas o pérdida de funcionalidad y participación activa en la comunidad, entre otros.

Los tres componentes del SOC son comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, que pueden ser tomados como subescalas para mejorar aquellos aspectos en los que las personas mayores obtengan menor puntuación. En el ANEXO II se reproduce la escala validada de 13 ítems y las instrucciones para su aplicación y cálculo de las puntuaciones. Permite identificar personas que manifiestan una disposición positiva ante la salud y la vida, los activos existentes a nivel individual. Pero también identifica a las personas con riesgo de desarrollar un nivel bajo de SOC, con lo que priorizaremos intervenciones para mejorarlo.

Es importante considerar las situaciones de vulnerabilidad en las que estos activos se degradan (pobreza energética y económica en general, la falta de apoyo social, de habilidades de afrontamiento de nuevas situaciones, la existencia de pobre autoestima y autoeficacia o experiencias negativas a lo largo de la vida). Se trata de dificultades o limitaciones en los RGR, pero que pueden ser mejoradas, minimizadas o eliminadas. Cuando estos factores de riesgo tienen un origen social o estructural, hay que centrarse en intervenciones a nivel de la comunidad, desde la participación y el empoderamiento.

Por último, es imprescindible el registro en la Historia Clínica (OMI-AP) tanto la escala SOC y sus puntuaciones, como el inventario de los activos que hayamos identificado a nivel personal, comunitario e institucional¹⁻⁴.

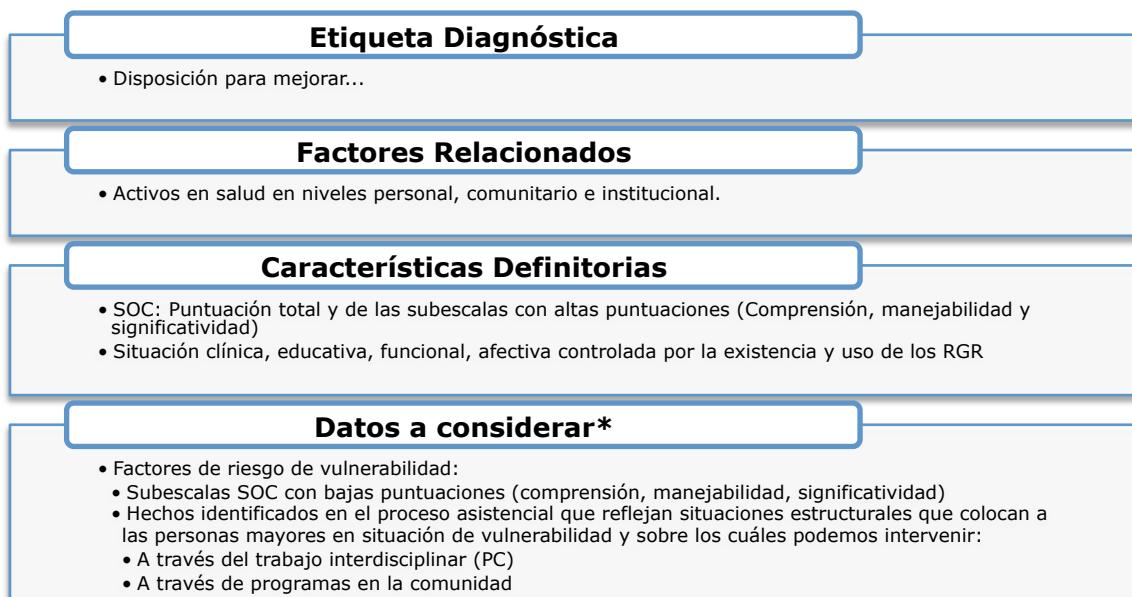
DIAGNÓSTICO

Esta etapa persigue establecer un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia y comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales⁵⁵. En la selección de etiquetas diagnósticas se incluirá la priorización de recursos existentes y mejorables y de aquellos no identificados por la persona, familia y persona de apoyo principal, pero que por nuestra experiencia profesional y humana sabemos que pueden ser utilizados en una comunidad concreta.

Los diagnósticos NANDA-I⁵⁵ de disposición para mejorar diferentes procesos relacionados con la salud, son útiles para este enfoque. Aunque se recomienda la formulación de estos diagnósticos con la etiqueta solamente⁵⁵, dado que se sustentan en las características definitorias, es importante registrar los datos y factores que influyen en dichos diagnósticos. En el ANEXO III se ejemplifican algunas de las etiquetas diagnósticas. Las características definitorias de cada uno de los diagnósticos se manifiestan por los registros de la escala SOC, por las situaciones clínicas de las personas mayores y por los activos en salud identificados en la etapa de valoración, que estarán relacionados con la situación y manejo de los RGR identificados y evaluados para cada usuaria/o.

En la selección de prioridades se incluye la presencia de factores de riesgo, que muestran posibles situaciones de vulnerabilidad que debemos intentar reducir y/o eliminar, mediante intervenciones propias y partiendo del trabajo interdisciplinar. La figura 2 es un esquema sobre la realización de los diagnósticos enfermeros desde el enfoque de activos en salud.

Fig.2. Diagnóstico de Enfermería según el Modelo de Activos en Salud en los cuidados a las Personas Mayores



*Según modelo de Virginia Henderson, los datos a considerar son aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos -personales, familiares, económicos...- de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades⁵⁶. Aunque se establecen en la valoración, se propone registrarlos y tenerlos presentes, puesto que pueden suponer un Problema de Colaboración o una base para el diseño de programas.

PLANIFICACIÓN

En esta etapa se diseñan estrategias para controlar las situaciones, prevenir, eliminar o reducir los problemas identificados⁵³. Priorizamos intervenciones para fomentar los activos identificados, mejorarlos o poner en marcha el aprendizaje de aquellos no reconocidos, fomentando el desarrollo y uso de los activos existentes en cada persona. Se remarca que el personal de Enfermería debe considerar que la educación sanitaria debería ser sustituida por el aprendizaje a cerca de la salud, a partir de la reciprocidad de un diálogo en salud³.

Los objetivos irán en relación con el entrenamiento de habilidades personales de mejora de la salud, en los ámbitos cognitivo, motor y afectivo. Los resultados esperados deben ser realistas partiendo de los activos en salud identificados en la persona mayor, teniendo presente que desde este enfoque tenemos la ventaja de contar con los recursos asociados

a la resiliencia desarrollada por las personas mayores, para lograr dichos objetivos.

Por último, si hemos identificado factores de vulnerabilidad que puedan dificultar la eficacia de los activos en salud, podemos poner en marcha un plan de actuación interdisciplinar y de coordinación con recursos comunitarios e institucionales.

EJECUCIÓN

Supone la puesta en marcha del plan diseñado, incorporando a las personas responsables de la movilización de activos: la persona mayor, persona de apoyo principal, familia, comunidad y/o instituciones, según los casos. Los trabajos que indican el papel específico de Enfermería en el desarrollo de activos en salud, destacan la importancia de ofrecer a las personas un mayor control, contacto y confianza; hacer sus vidas más comprensibles, manejables y con sentido y reducir el estrés crónico de las comunidades^{50,51}. La escala SOC, la identificación de activos personales, RGR, comunitarios e institucionales, son estrategias que ayudan a la enfermera/o a conseguir estos resultados en las personas mayores. En la siguiente tabla se muestran cinco pasos para el bienestar que Enfermería puede potenciar en sus intervenciones con las personas mayores.



Los cinco pasos para el bienestar que Enfermería puede potenciar en las personas mayores

PASO 1. Conexión con las personas de alrededor	Esta conexión se puede desarrollar a través de la potenciación de la intergeneracionalidad, del conocimiento y utilización de los recursos comunitarios e institucionales y de la valoración positiva de lo que las personas mayores ofrecen a la comunidad.
PASO 2. Ser activos.	El ejercicio físico favorece el bienestar, mejora la autoestima, previene enfermedades y genera interacción social positiva, entre otras ventajas. Promover la realización de ejercicio en las personas mayores como una estrategia para mejorar su bienestar.
PASO 3. Tomar nota	Significatividad en la vida cotidiana (SOC). Apreciar los aspectos positivos que se pueden extraer de cada experiencia, tomar conciencia de lo que se vive y se siente. Cuando la persona mayor requiere incorporar nuevos hábitos, afrontará mucho mejor los cambios si los ubica en su vida cotidiana, les encuentra sentido y le sirven para mantener el bienestar.
PASO 4. Continuar aprendiendo	Conocer cosas o personas nuevas, redescubrir antiguos intereses, tomar responsabilidades o asumir nuevos retos, favorecen la autoestima, la confianza en uno/a mismo/a y la auto eficacia y también divertirse, mejorando la función cognitiva y afectiva. La etapa de envejecimiento puede ser una época privilegiada para fomentar estas situaciones.
PASO 5. Dar	Pertenecer a grupos, apoyar iniciativas comunitarias y valorar la importancia de posicionarse de manera positiva ante las demás personas. Algunos programas de voluntariado han mostrado la gran capacidad de las personas en estas edades para ofrecer distintos tipos de apoyos.

Adaptado de Heather H. An asset-based approach to creating health. Nurs Times. 2013; 109(4): 19-21.

Se registrarán los cambios que se produzcan aprovechando las consultas, visitas domiciliarias o actividades existentes en los diferentes programas. La/el enfermera/o valorará los cambios en los activos identificados en la valoración, las mejoras conseguidas con la movilización de los activos y los nuevos aprendizajes.

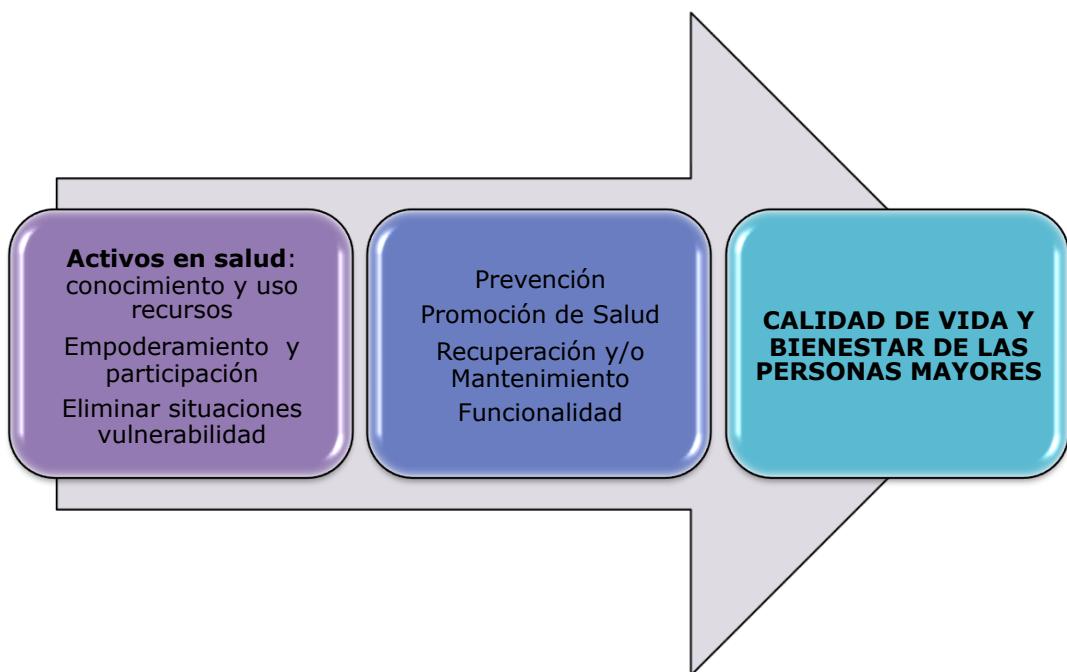
EVALUACIÓN

En esta etapa se determina la consecución de los objetivos y sirve para valorar la idoneidad de las intervenciones enfermeras⁵³. Es el escenario en el que evaluar si las intervenciones destinadas a identificar los activos en salud de las personas mayores son eficaces. También aquí se podrá medir la efectividad de los activos en las poblaciones concretas de personas mayores atendidas. La enfermera obtendrá indicadores y activos aplicables a otros mayores y al diseño de programas específicos que sentarán la base para evaluación de efectividad y utilidad de los recursos y los programas. Se registrarán periódicamente los cambios observados en la escala SOC y los nuevos activos personales, comunitarios e institucionales que se identifiquen durante el la puesta en marcha de los planes de cuidados de las personas mayores de una comunidad concreta.

La etapa de Evaluación sentará las bases para las actuaciones de Enfermería desde el enfoque de activos en salud en el resto de áreas de intervención en las que la disciplina trabaja en Atención Primaria: el diseño de Programas de Salud Específicos, donde iniciar el mapeado de activos en salud de una comunidad^{1,4,57} y las intervenciones en los programas dependientes de las Administraciones.

5. CONCLUSIONES

1. El modelo de activos complementa, mediante la identificación de recursos existentes, al modelo de identificación de necesidades y problemas.
2. Son escasas las aplicaciones del enfoque de activos en salud a las intervenciones de Enfermería.
3. Desde el enfoque de activos en salud, existen herramientas de valoración de los recursos con los que pueden contar las personas mayores que pueden ser incorporadas al trabajo de Enfermería en Atención Primaria (SOC, RGR).
4. Las estrategias aplicadas en el Proceso Enfermero repercuten en otras áreas del trabajo de Enfermería Comunitaria, especialmente en el diseño y ejecución de programas de salud específicos en los que participen comunidades concretas, como las personas mayores.
5. El enfoque activos en promoción de salud permite diseñar, evaluar y aplicar intervenciones para garantizar, desde la intersectorialidad e interdisciplinariedad, la capacidad funcional de nuestras personas mayores durante el mayor tiempo posible.



BIBLIOGRAFÍA

1. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 21 Abr 2015]. Disponible en: www.easp.es
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996; 11(1): 11-14.
3. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:129-139.
4. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion and Education. 2007; 2:17-22.
5. McKnight J. (co-director). A Basic guide to ABCD community organizing. Asset Based Community Development Institute [Internet]. School of Education and Social Policy. Northwestern University, Evanston, Illinois; 2010 [citado 15 abr 2015]. Disponible en: <http://www.abcdinstitute.org/docs/A%20Basic%20Guide%20to%20ABC%20Community%20Organizing-1.pdf>
6. Foot J, Hopkins T. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. [Internet]. London: Improvement and Development Agency's (IDeA); 2010 [citado 20 Febr 2015]. Disponible en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>
7. Kretzman JP, McKnight JL. Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets. ACTA Publications. 1993: 1-11.
8. Lindstrom B, Eriksson M. The salutogenic approach to the making of HiAP/Healthy public policy: illustrated by a case study. Global Health Promotion. 2009; 16:17-28.
9. Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, Hernán-García M. Sentido de Coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. Rev. esp. sanit. penit. 2013; 15(3): 87-97.
10. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JI, Lozano ML. Validación transcultural de la Escala de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Med Clin. 2007; 128: 486-92.

11. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. [Internet] Madrid: Informes Envejecimiento en red. 10. [citado 22 en 2015]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/index.htm>
12. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Esperanza de vida. [citado 25 abr 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
13. Zunzunegui MV, Béland F. Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24(Suppl 1):68-73.
14. Portal de la dependencia, SAAD. [Internet]. Avance de la Evaluación Anual del ejercicio 2014 de los resultados de la aplicación de la Ley de Dependencia. Madrid: IMSERSO [citado 19 abr 2015]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/evalu_doc/eva_2014/index.htm
15. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Halqvist JU, Power C. Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2003; 57: 778-783.
16. Monod S, Sautebin A. Aging and becoming vulnerable. Rev Med Suisse. 2009;5(226):2353-7.
17. Butler J, Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. Qual Life Res. 2007; 16(4): 607-15.
18. Costa RS, Brito, TRP, Viana, AS; Pavarini, SCL. Apoyo social en el contexto de pobreza: un estudio acerca de ancianos con alteraciones cognitivas y sus cuidadores familiares. [Internet] 2013 [citado 18 abr 2015]; 5(2):3787-3794. Disponible en: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>
19. Marín MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de enfermería en ancianas carentes de un programa de salud de la familia. Av. Enferm. 2009; 27(1): 69-81.
20. Wu L, Hu Y, Yu X, Zhang T, Cao ZQ, Wang YJ. Association between social support and mistreatment on elderly in the rural community of Hubei province. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2011; 32(10): 978-82.

21. Cardona-Arango D, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona AM, Ordoñez-Molina J, Osorio-Gómez JJ. Dignified social support for elderly institutionalised adults in Medellín, 2008. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2010; 12(3):414-24.
22. Dong X, Beck T, Simon MA. The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: the modifying effect of social support. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 50(2):202-8.
23. Min LC, Reuben DB, MacLean CH, Shekelle PG, Solomon DH, Higashi T, Chang JT, Roth CP, Kamberg CJ, Adams J, Young RT, Wenger NS. Predictors of overall quality of care provided to vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(10): 1705-11.
24. Velasquez VF. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Localidad de Kennedy, Bogotá. *Av. Enferm*. 2009; 27(1): 69-81.
25. Gill TM. Elder self-neglect: medical emergency or marker of extreme vulnerability? *JAMA*. 2009; 302(5): 570-1.
26. Arora VM, Plein C, Chen S, Siddique J, Sachs GA, Meltzer DO. Relationship between quality of care and functional decline in hospitalized vulnerable elders. *Med Care*. 2009; 47(8): 895-901.
27. Rocha L, Budó ML, Beuter M, Silva RM, Tavares JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2010; 14(4): 690-696.
28. Berardinelli LM, Santos I, Santos ML, Lima TCL, Missio AC, Berardinelli LM. Identificando vulnerabilidad para complicaciones cardiovasculares en ancianos: una estrategia para el cuidado. *Rev. enferm. UERJ*. 2011; 19(4):541-546.
29. Paz AA, Santos BRL, Eedit OR. Vulnerabilidad y envejecimiento en el contexto de salud. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3): 338-342.
30. Montonen E, Joakimson D, Ozturk C, Lichtendahl A, Henning C. Care of the elderly from an international and multiprofessional perspective. Web-based learning. *J Allied Health*. 2011; 40(4): 206-11.

31. Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. Assessment of health, well-being and social connections: a survey of women living in Western Sydney. *Int J Nurs Pract.* 2007;13(1): 3-13.
32. Smith PR. Resilience: resistance factor for depressive symptom. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009; 16(9): 829-37.
33. Smith PR. Resilience and stigma influence older African Americans seeking care. *ABNF J.* 2012; 23(4): 85-93.
34. Ward EC, Mengesha MM, Issa F. Older African American women's lived experiences with depression and coping behaviours. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014; 21(1):46-59.
35. Kushner B, Neville S, Adams J. Perceptions of ageing as an older gay man: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2013; 22(23-24): 3388-95.
36. Dorfman LT, Mendez EC, Osterhaus JK. Stress and resilience in the oral histories of rural older women. *J Women Aging.* 2009; 21(4): 303-16.
37. Torma LM, Houck GM, Wagnild GM, Messecar D, Jones KD. Growing old with fibromyalgia: factors that predict physical function. *Nurs Res.* 2013; 62(1): 16-24.
38. Resnick B, D'Adamo C. Factors associated with exercise among older adults in a continuing care retirement community. *Rehabil Nurs.* 2011; 36(2):47-53, 82.
39. Wells M. Resilience in rural community-dwelling older adults. *J Rural Health.* 2009; 25(4): 415-9.
40. Paredes-Carbonell JJ, Álvarez-Dardet C. Intervenciones en salud en poblaciones vulnerables. En: Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolúmar F, Benavides FG, Porta M et al. *Manual de Epidemiología y Salud Pública para grados en ciencias de la salud.* Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 321-326.
41. Collière MF. *Promover la vida.* Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993.
42. Kendall S. Investigación en Enfermería Comunitaria para una sociedad en cambio. *Enfermería Comunitaria [Internet].* 2006 [Citado 28 Dic 2014] Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec1507.php>

43. Rhodes SD, Kelley C, Simán F, Cashman R, Alonso J, McGuire J, et al. Using community-based participatory research (CBPR) to develop a community-level HIV prevention intervention for Latinas: a local response to a global challenge. *Womens Health Issues*. 2012; 22(3): 293-301.
44. Tobias CR, Downes A, Eddens S, Ruiz J. Building blocks for peer success: lessons learned from a train-the-trainer program. *AIDS Patient Care STDS*. 2012; 26(1): 53-9.
45. Kegler MC, Painter JE, Twiss JM, Aronson R, Norton BL. Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program. *Health Promot Int*. 2009; 24(4): 300-10.
46. Rütten A, Abu-Omar K, Frahsa A, Morgan A. Assets for policy making in health promotion: overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to access sport facilities. *Soc Sci Med*. 2009; 69(11): 1667-73.
47. Williams KJ, Gail Bray P, Shapiro-Mendoza CK, Reisz I, Peranteau J. Modeling the principles of community-based participatory research in a community health assessment conducted by a health foundation. *Health Promot Pract*. 2009; 10(1): 67-75.
48. Learmonth A, Pedler M. Auto Action Learning: a tool for policy change. Building capacity across the developing regional system to improve health in the North East of England. *Health Policy*. 2004 May; 68(2): 169-81. Erratum in: *HealthPolicy*. 2005; 71(2): 265.
49. Postma J. Environmental justice: implications for occupational health nurses. *AAOHN J*. 2006; 54(11): 489-96
50. Henry H. Exploring an asset-based approach to nursing. *Nurs Times*. 2013; 109(3): 15-7.
51. Heather H. An asset-based approach to creating health. *Nurs Times*. 2013; 109(4): 19-21.
52. Frías A, Palomino PA, Del Pino R, Pulido A. Modalidades de atención y organización de enfermería en la atención primaria de salud. En: Mazarrasa L, Sánchez A, Germán C, Sánchez AM, Merelles A, Aparicio V. *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p.1345-1368.

53. Almansa, P. Metodología de los cuidados enfermeros. Murcia: DM Serie tresmiles; 2002.
54. Billings J, Hashem F. Salutogenesis and the promotion of positive mental health in older people. Actas de la European Thematic conference "Mental health and well-being in older people-making it happen"; 2010 Abr 19-20; European Commission Directorate-General for Health and Consumers and the Spanish Ministry of Health and Social Affairs with support of the Spanish Presidency of the European Union.
55. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Masson; 2008.
56. Bellido JC, Lendínez JF, coords. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. [Internet] Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. [citado 12 mar 2015] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
57. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit, 2013; 27 (2): 180-3.



ANEXOS

ANEXO I. Recursos Generales de Resistencia



Fuentes: Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*. 2007; 2: 17-22; Kretzmann & McKnight "Building Communities from the inside out: a path towards finding and mobilizing a community's assets" ABCD Institute 1993. Disponible en: <http://www.acbinstitute.org> y Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 21 de abril de 2015]. Disponible en: www.easp.es

ANEXO II. Escala Sentido de Coherencia SOC-13 (Cuestionario de Orientación ante la Vida -OLQ-13).

Puntuación máxima: 91

Máximo subescala Comprensibilidad: 35

Máximo subescala Manejabilidad: 28

Máximo subescala Significatividad: 28

C Subescala Comprensibilidad: items 2, 6, 8, 9, 11

M Subescala Manejabilidad: items 3, 5, 10 y 13

S Subescala Significatividad: items 1, 4, 7, 12

Las preguntas 1, 2, 3, 7 y 10 tienen una puntuación inversa, de manera que al sumar al resto de las puntuaciones de las preguntas, su puntuación correspondiente se calculará de la siguiente manera:

Valores de la puntuación inversa

1=7 puntos; 2=6 puntos; 3=5 puntos; 4=4 puntos; 5=3 puntos; 6=2 puntos; 7=1 punto



A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 respuestas posibles. Por favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 7 indican las respuestas extremas. Si las palabras que aparecen debajo del 1 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 1. Si las palabras que aparecen debajo del 7 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 7. Si su parecer es diferente, rodee el número que mejor encaje con su idea de la pregunta. Por favor, dé sólo una respuesta por cada pregunta.

S. 1. ¿Tiene la impresión de que a vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Rara vez o nunca *Muy a menudo*

C. 2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que vd. creía que conocía bien?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

M. 3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nunca me ha pasado *Siempre me pasa*

S. 4. Hasta ahora su vida...

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

No ha tenido en absoluto objetivos o metas claras *Ha tenido objetivos metas muy claras*

M. 5. ¿Tiene vd. la impresión de que le están tratando de forma injusta?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo *Rara vez o nunca*

C. 6. ¿Tiene vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo *Rara vez o nunca*

M. 7. Hacer las cosas que vd. hace todos los días..

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Me produce una gran alegría y satisfacción *Me produce dolor y aburrimiento*



C. 8. ¿Tiene vd. sentimientos o ideas muy confusas?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Muy a menudo</i>					<i>Rara vez o nunca</i>	

C. 9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de vd. que preferiría no tener?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Muy a menudo</i>					<i>Rara vez o nunca</i>	

M. 10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados ¿Cuántas veces se ha sentido así vd. en la vida?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Nunca</i>					<i>Muy a menudo</i>	

C. 11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto vd. que...

1	2	3	4	5	6	7
<i>Le dio más importancia o menos de la que en verdad tenía</i>					<i>Dio a las cosas la importancia justa</i>	

S. 12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Muy a menudo</i>					<i>Rara vez o nunca</i>	

M. 13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Muy a menudo</i>					<i>Rara vez o nunca</i>	

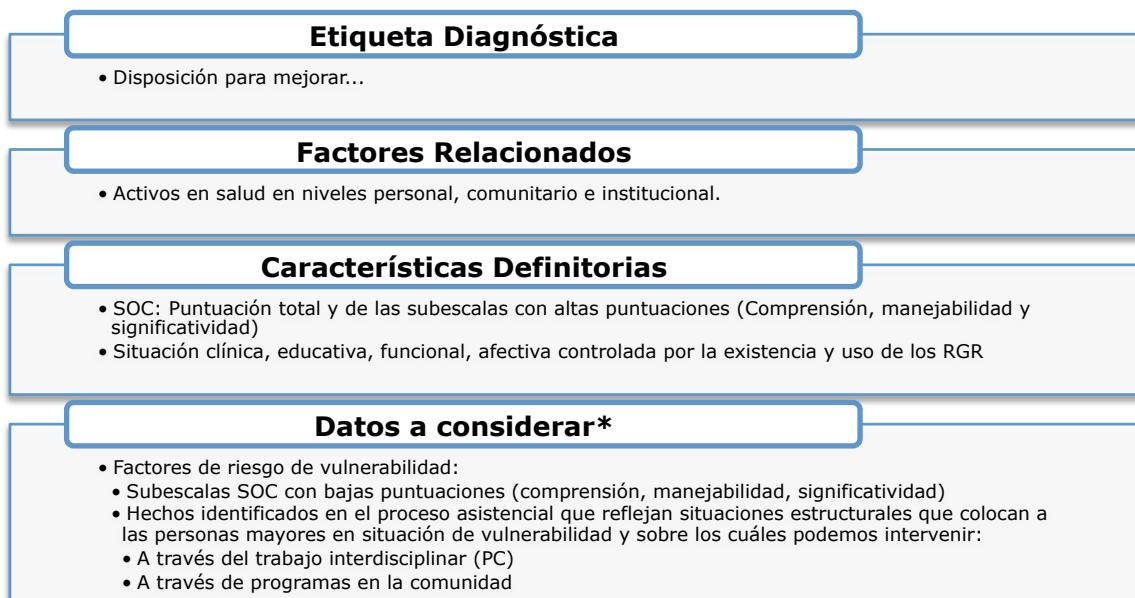
Adaptado de Virues-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JI, Lozano ML. Validación transcultural de la Escala de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Med Clin. 2007; 128: 486-92.

ANEXO III.

PAUTAS PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, RESULTADOS E INTREVENCIONES SEGÚN EL ENFOQUE DE ACTIVOS EN SALUD

Una vez elegida la etiqueta diagnóstica, en las características definitorias, se incluirán las puntuaciones de las subescalas del SOC que hayan sido altas. En los factores relacionados se identifican los activos en salud utilizados para la elección de dicha etiqueta diagnóstica. En los datos a considerar, en caso de que existan, aquellos factores de riesgo de vulnerabilidad identificados en cada persona. En este apartado también será útil identificar aquellas puntuaciones más bajas en las diferentes subescalas del SOC, para poder trabajarlas en la planificación y en las siguientes etapas del Proceso Enfermero.

Diagnóstico de Enfermería según el Modelo de Activos en Salud en los cuidados a las Personas Mayores



*Según modelo de Virginia Henderson, los datos a considerar son aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos -personales, familiares, económicos...- de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades⁵⁶. Aunque se establecen en la valoración, se propone registrarlos y tenerlos presentes, puesto que pueden suponer un Problema de Colaboración o una base para el diseño de programas.

Por ejemplo, en una persona mayor que vive sola, tiene una falta de apoyo o de recursos económicos para el manejo del hogar (ayuda para realizar la compra y conseguir los utensilios correctos para la preparación de las comidas), o desconocimiento/incomprensión de los cambios que necesita incorporar para mejorar su alimentación, serán factores de riesgo asociados en este caso al diagnóstico de disposición para mejorar la nutrición, en una persona que manifiesta voluntad y ciertos conocimientos adecuados sobre cómo deben ser las comidas, ha introducido cambios en la alimentación en otras ocasiones en su vida y han sido satisfactorios.

DdE: Disposición para mejorar la nutrición **r/c** experiencia previa positiva, conocimiento y manejo sobre a quién acudir para solicitar ayuda, SOC C=28 (mejorar comprensibilidad) **m/p** voluntad aprender los cambios necesarios, situación clínica aceptable, SOCTotal=84.

Si en este caso es necesario mejorar la situación económica o solicitar ayudas institucionales (datos a considerar como factores de riesgo de vulnerabilidad), realizaremos intervenciones interdisciplinares por ejemplo con la Trabajadora Social (Problema de Colaboración).

Ejemplos de Diagnósticos NANDA, Criterios de Resultados e Intervenciones desde el Enfoque de Activos en Salud

DIAGNÓSTICOS NANDA	CRITERIOS DE RESULTADOS
<p>(00084) Conductas generadoras de salud (especificar)</p> <p>(00167) Disposición para mejorar el autoconcepto</p> <p>(00182) Disposición para mejorar el autocuidado</p> <p>(00183) Disposición para mejorar el bienestar</p> <p>(00086) Disposición para mejorar el bienestar espiritual</p> <p>(00187) Disposición para mejorar la capacidad</p> <p>(00185) Disposición para mejorar la esperanza</p> <p>(00184) Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)</p> <p>(00082) Manejo efectivo del régimen terapéutico</p>	<p>La persona logrará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar los aspectos de su salud y su vida que puede y desea cambiar - Especificar cómo utilizar los recursos disponibles para mejorar su salud o su vida - Demostrar habilidad en las técnicas de tratamiento o autoexploración



INTERVENCIONES

- Evaluación conjunta de hábitos y conductas de salud actuales y determinar cuáles son adecuados y deben mantenerse y cuáles modificarse.
- Determinación de dificultades para el cambio y cómo prevenirlas o solucionarlas, con los recursos existentes identificados en la valoración.
- Cuando se trate de adquirir nuevas conductas, ayudar a identificar conductas actuales y acercarse desde ellas a las deseadas, en base a experiencias previas y manejo de situaciones.
- Fomento de la participación en la toma de decisiones y elección de alternativas, aumentando la autoestima y autoeficacia.
- Identificación de estrategias para desarrollar redes sociales positivas.
- Fomento de conductas preventivas para detectar precozmente problemas.
- Estimulación de la participación activa en actividades de salud de la comunidad.
- Educación sanitaria: activos en salud, los que tiene y cómo usarlos, cambios a realizar y estrategias para llevarlos a cabo, conocimientos y habilidades.
- Inclusión en programas de educación en grupos.
- Registro puntuaciones en SOC y subescalas y los cambios.
- Registro activos identificados por la personas y/o enfermera en niveles personal, comunitario e institucional.

Adaptado de Luis, MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Masson; 2008.