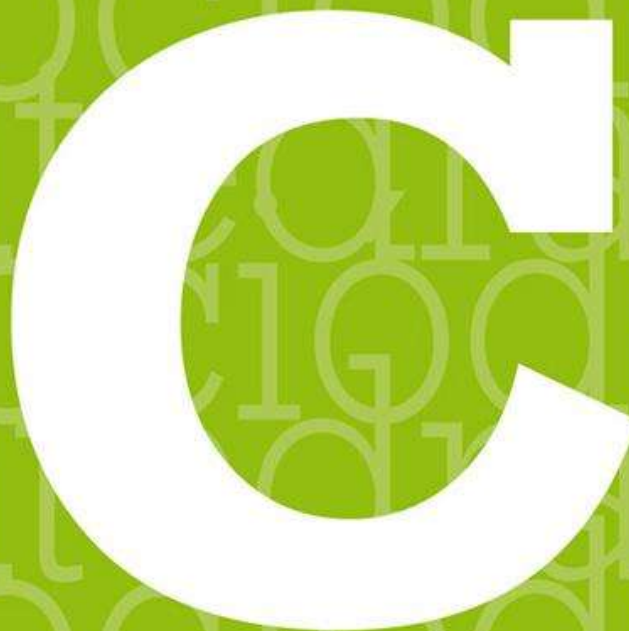

GUÍA DEL AUTOESTOPISTA SALUTOGÉNICO

Camino salutogénico hacia
la promoción de la salud

Bengt Lindström
Monica Eriksson



Documenta
Universitaria

GUÍA DEL AUTOESTOPISTA SALUTOGÉNICO

CAMINO SALUTOGÉNICO HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Bengt Lindström
Monica Eriksson

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios para aquéllos que reprodujeran, plagiaran, distribuyeran o comunicaran públicamente, en su totalidad o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

Dirección de la colección: Dolors Juvinyà

The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis, Folkhälsan, 2010

Traducción: Violeta León Herrero

Revisión de la traducción: Dolors Juvinyà, Nora Figueras, Maribel Arévalo

© del texto: los autores

© de la edición: Càtedra de Promoció de la Salut, de la Universitat de Girona

© de la edición: DOCUMENTA UNIVERSITARIA ®

www.documentauniversitaria.com

Depósito legal: Gi. 698-2011

ISBN: 978-84-9984-058-1

Girona, març de 2011

Índex

Presentación de los autores.....	5
----------------------------------	---

Prólogo.....	7
Introducción.....	8
Prólogo de la edición inglesa.....	9
Introducción de la edición inglesa.....	11
Un cambio de perspectiva. La creación de los hombres ciegos.....	13
Cómo describe gráficamente Antonovsky su teoría.....	14
Investigación salutogénica – una cuestión global.....	16
Del Río de la Salud al Río de la Vida.....	16
Aproximación salutogénica original.....	20
Sentido de Coherencia (SOC).....	20
Recursos de Resistencia Generalizada (GRR).....	21
Cuestionario de orientación a la Vida – el SOC.....	22
La estructura del SOC.....	22
Una nueva generación del cuestionario SOC.....	24
La estabilidad a lo largo del tiempo.....	24
Promoción de la Salud.....	28
La Carta de Ottawa: historia, valores y principios, y la relación con la salutogénesis.....	28
Interpretación salutogénica de la Carta de Ottawa.....	32
Base de la evidencia global contemporánea.....	34
Salud y calidad de vida.....	34
Comportamientos de salud.....	35
Vida laboral.....	37
Efectos de un SOC fuerte sobre la salud y la economía.....	39
SOC y Enfermedades No Transmisibles.....	41
Enfermedades Cardiovasculares.....	41
Diabetes.....	42
Cáncer.....	42
Salud mental.....	43
Conclusiones.....	43
Investigación y práctica de la Salutogénesis.....	44
Sociedad y SOC.....	44
Nivel individual y de grupo.....	45
Investigación.....	46
Crítica a la teoría salutogénica.....	47
Aspectos sobre las cualidades psicométricas.....	47
Falta de evidencia de la estabilidad en el tiempo.....	47
Débil relación entre el SOC y la salud física.....	48
Otros conceptos disponibles que explican la salud.....	48
Aprendizaje saludable.....	50
Introducción de la aproximación salutogénica de la educación para la salud: el “aprendizaje saludable”.....	52
1. El individuo (la cola).....	52
2. Campo de la interdisciplinariedad (el círculo).....	54
Algunos conceptos relacionados con el SOC.....	56
Resiliencia.....	56
FloreCIMIENTO como expresión de la salud mental.....	57
Conectividad.....	58
Empoderamiento.....	58
Conclusión.....	60
Página web y base de datos sobre Salutogénesis.....	
El Grupo de Trabajo Mundial sobre Salutogénesis.....	
El futuro.....	
Referencias.....	

Presentación de los autores



Bengt Lindström, Doctorado, Doctor en Salud Pública, Médico (Salud Infantil y Adolescente), Profesor de Promoción de la Salud en la Escuela Nórdica de Salud Pública, Suecia y en la Universidad de Buskerud, Noruega. Director del Grupo de Trabajo Mundial sobre Salutogénesis de la UIPES en el Centro de Investigación Folkhälsan, Helsinki, Finlandia. “Niños con enfermedades terminales me contaron una historia diferente sobre la salud a la de toda mi educación y formación en medicina y pediatría. Me dio la sensación de que estábamos yendo en una dirección equivocada y me centré en la más amplia cuestión de la calidad de vida”. Esto lleva a una introducción de la calidad de vida como concepto contextual en promoción de la salud a través de la tesis doctoral “La Esencia de la Existencia – Sobre la Calidad de Vida de Niños y Familias en Países Nórdicos” (Lindström 1994). “La Calidad de Vida puede ser vista como la medida resultante de la promoción de la salud. Además, la cuestión más interesante, cómo conseguirlo, puede encontrarse en la aproximación salutogénica de la salud. Discusiones personales con Aaron Antonovsky me dieron la comprensión, la dirección y la motivación para profundizar en esta cuestión. Esto me dio la voluntad para intentar cambiar la perspectiva de la práctica e investigación de la salud. Mi conocimiento actual se puede expresar en una simple fórmula lógica (abajo).

$$PS(CO) = (SAL+ QoL) \times DDHH$$

Promoción de la Salud (PS) basada en la Carta de Ottawa (CO) es entender la salutogénesis (SAL) la cual proporciona los medios y dirección para que las personas alcancen una calidad de vida global (QoL). Todo sobre la base del cumplimiento de los derechos humanos (DDHH) en la práctica.

E-mail: bengt.lindstrom@folkhalsan.fi o bengt.lindstrom@nhv.se



Monica Eriksson, Master y Licenciatura en Políticas Sociales, Doctora en Políticas Sociales (promoción de la salud), profesora de salud pública en la División de Salud y Cultura del departamento de Enfermería, Salud y Cultura de la Universidad West, Trollhättan, Suecia, y administradora y editora de la página web www.salutogenesis.fi en el Centro de Investigación Folkhälsan, Investigación en Promoción para la Salud, Helsinki, Finlandia. Tesis doctoral en 2007, basada en una síntesis de investigación analítica sistemática de la investigación internacional sobre salutogénesis, titulada “Descubriendo el Misterio de la Salutogénesis” (Eriksson 2007). Ahora, continúa el análisis y actualización hasta 2010. La investigación mayoritariamente se centra sobre la salutogénesis en la salud pública y en la práctica e investigación en promoción de la salud donde las habilidades, potenciales, competencias y recursos de las personas son esenciales para la salud y bienestar, y complementarán la aproximación tradicional de riesgos y enfermedades. Previamente trabajó como trabajadora social con sede en un hospital, como directora operativa de una organización “paraguas” para gente con discapacidades, más tarde como investigadora del Consorcio Investigador de Enfermedades Neuro-oftalmológicas (NORDIC) sobre la movilidad de personas con discapacidades. Autora del informe de salud pública de las Islas Aland, Finlandia. “Mi experiencia y práctica clínica me han convencido de que la perspectiva de los recursos en salud pública y promoción de la salud son la dirección a seguir tanto para la investigación como las intervenciones efectivas”.

E-mail: monica.eriksson@hv.se y monica.eriksson@folkhalsan.fi

Prólogo

Josep Marigó i Costa

Presidente de Dipsalut

Diputació de Girona

Hace aproximadamente un año que la señora Dolors Juvinyà, catedrática del Departamento de Enfermería y directora de la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona me habló por primera vez del concepto de Salutogénesis y, unas semanas más tarde el doctor Bengt Lindström impartió una magnífica conferencia en el Máster Universitario en Promoción de la Salud de la UdG.

Desde Dipsalut, compartimos totalmente las bases de Salutogénesis ya que nuestra misión es justamente la protección y la promoción de la salud en los 221 municipios de la provincia para evitar que las personas estén en una situación de riesgo o de enfermedad.

Desde la entrada en funcionamiento de Dipsalut, en el año 2009, ha habido un cambio radical en los recursos técnicos y económicos. Por otro lado, los municipios gerundenses han tenido a su alcance programas ofrecidos por Dipsalut para garantizar que las instalaciones municipales, deportivas, cívicas, escolares... y los espacios públicos como playas o parques, tuvieran garantías suficientes de salubridad y el menor riesgo posible para sus usuarios.

Para Dipsalut, la protección de la salud ha sido importante antes de conocer las propuestas y criterios de la Salutogénesis, además los programas en promoción de la salud no han sido olvidados. Bajo este concepto de promoción se trabajan temas de hábitos y de cambio de estilo de vida que van desde la salud bucodental, para escolares, hasta temas de promoción de la actividad y el ejercicio físico con la instalación de 181 parques de salud en 130 municipios gerundenses y más de 1.000 km de itinerarios saludables para caminar.

Otro de los programas de Dipsalut se concreta en la instalación de 650 desfibriladores de uso público para afrontar con éxito las muertes súbitas. Este programa garantiza que todos los municipios gerundenses, 221, tengan como mínimo un desfibrilador con la información y formación necesaria y conectados permanentemente con el Sistema de Emergencias Médicas de los servicios sanitarios.

Dipsalut promueve cambios a favor de un nuevo y mejor estilo de vida y el control adecuado de los puntos de riesgo sanitario para las personas de la demarcación de Girona, hecho que nos hace ser líderes en este aspecto. Es por esto, que se deben aplicar las observaciones y las sugerencias de expertos como los que hacen los autores de este libro.

Animo a todas las autoridades y organismos públicos a seguir esta línea en beneficio de la salud de las personas y de su bienestar.

Introducción

Dolors Juvinyà i Canal

Directora de la Cátedra de Promoción de la Salud
Universitat de Girona

La Cátedra de Promoción de la Salud de la Universitat de Girona es una unidad estructural de la universidad que cuenta con la colaboración de Dipsalut, organismo autónomo de salud pública de la Diputación de Girona.

Nuestro objetivo principal es dar una mayor visibilidad y autonomía a las acciones realizadas en términos de salud, formación e investigación en promoción de la salud tanto en el ámbito nacional como internacional. Así como ofrecer un punto de encuentro donde instituciones, empresas sanitarias, otros organismos relacionados con la salud y profesionales, puedan explicitar sus necesidades de formación, investigación y difusión, dando respuesta desde la Universidad.

Desde la Cátedra de Promoción de la Salud creemos en la importancia de introducir la salutogénesis en las áreas de promoción de la salud, para dar a las personas estrategias que les permitan utilizar sus propios recursos para mejorar su salud a través de aumentar su **Sentido de Coherencia (SOC)** y sus **Recursos de Resistencia Generalizada (GRR)**. Con este libro queremos dar a conocer los avances en salutogénesis realizados por el Profesor Bengt Lindström y la Doctora Monica Eriksson, autores originales del libro, después del temprano fallecimiento del principal promotor de la salutogénesis Aaron Antonovsky en 1994.

A finales de los años 70 Aaron Antonovsky introdujo el concepto de salutogénesis promoviendo una mirada del concepto de salud en positivo. Antonovsky dio la vuelta al concepto de salud exponiendo que: *“Debemos mirar aquello que crea salud más que a las limitaciones y causas de enfermedades”*.

Tal y como mencionan la Doctora Eriksson y el Profesor Lindström en el libro *“La aproximación salutogénica se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud”*. Pero a pesar de las similitudes teóricas con las intenciones descritas en 1986 en la Carta de Ottawa y la promoción de la salud, aún no se ha explorado lo suficiente el potencial de la teoría salutogénica. Es necesario promover el enfoque centrado en la salud en vez de en la enfermedad.

Deseamos que la lectura les oriente hacia una visión positiva de la salud, cambiando el paradigma de comprensión de la enfermedad por un enfoque centrado en identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar la salud y en consecuencia la calidad de vida.

Prólogo de la edición inglesa

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 de la salud (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 una aproximación salutogénica.

Este libro está escrito para explicar la salutogénesis mayoritariamente en términos del modelo teórico de Antonovsky, porque es ahí donde comenzó y donde tenemos el mejor conocimiento y evidencia hoy, y es uno de los modelos y teorías más fuertes de la promoción de la *salud*. El texto se mantiene simple y directo, explicando la salutogénesis en todo su recorrido desde la teoría, pasando por la evidencia, hasta la práctica. Más que entrar en demasiado detalle, se intenta mantener el texto simple, explicando el núcleo, proporcionando referencias cruzadas de libros y artículos científicos de la evidencia existente. Además, explica la salutogénesis por medio de imágenes y metáforas, algunas de ellas originadas por el propio Aaron Antonovsky.

Se ha dicho que la salutogénesis es complicada y difícil de entender. Sin embargo, no hay misterio, este libro intenta hacerlo claro y fácil de entender. Algunos proclaman que la salutogénesis no merece la pena el esfuerzo, pero la evidencia habla por sí sola. Aquí se presenta la evidencia actual demostrando que es una aproximación efectiva a la promoción de la salud.

El texto está basado en nuestra continua revisión sistemática del concepto SOC (Sentido de Coherencia) 1992-2003, finalizado en una tesis doctoral (Eriksson 2007) y en su continuación posterior hasta 2010. Presentamos algunas evidencias de las últimas revisiones hasta donde ha avanzado la síntesis.

Es importante entender que la salutogénesis es un concepto más amplio que la simple medida del SOC. También hay muchas otras teorías y conceptos que contribuyen a explicar la salud y el bienestar. Algunas se muestran en la figura del paraguas salutogénico. No decimos que la aproximación salutogénica y la investigación presentada en este libro sean la solución definitiva y puedan resolver todos los problemas de salud. Sin embargo, nos damos cuenta de que hay mucho más en ello de lo que se ha mostrado antes. Basándonos en la evidencia que hemos recogido y analizado vemos que la salutogénesis realmente podría contribuir a la investigación y práctica de la salud si se implementara de forma extensiva. Vemos consistentemente que las personas y sistemas que desarrollan capacidades salutogénicas tienen mejores resultados de salud de lo que pueden demostrar otras aproximaciones. Para estimular al lector, la salutogénesis merece un lugar mucho más central en la investigación y práctica. Sin embargo, si encuentras una solución mejor, te seguiremos humildemente.

Una cosa debe quedar clara desde el principio. No existen atajos sencillos. No puedes simplemente comenzar el viaje y llegar directo a la salutogénesis. La implementación de la salutogénesis requiere un cambio de mentalidad y una rigurosa integración de pensamiento y acción. Requiere algún tiempo poner a punto tus nuevas coordenadas y avanzar a través de esta reorientación de la mente, pero esta podría ser una de las cosas más significativas que hagas para mejorar tus actuaciones promotoras de salud. Pensamos que lo que pone en este libro puede proporcionar una buena guía, y una vez cojas el truco, ya no tiene marcha atrás.

¡Buen viaje!

Helsinki, Octubre de 2010
Bengt Lindström Monica Eriksson

Introducción de la edición inglesa.

El origen de la Salutogénesis

“¿Qué crea salud?” Esta simple pregunta fue planteada por Aaron Antonovsky hace alrededor de treinta años. Se convirtió en un momento decisivo en la historia de la investigación para la salud.

A finales de los años 70 la salutogénesis era introducida por Aaron Antonovsky, un médico sociólogo interesado en la teoría del estrés, quien llevó a cabo un estudio epidemiológico tradicional sobre los efectos de la menopausia en mujeres que habían estado sometidas a eventos extremadamente estresantes en sus vidas, algunas eran supervivientes del Holocausto. Comparadas con el grupo control, la mayoría de estas mujeres padecía mucho más estrés y sufría más síntomas relacionados con la menopausia. Sin embargo, había un pequeño grupo de mujeres quienes, a pesar de estas experiencias vitales extremadamente negativas, afrontaban la vida tan bien como las mujeres normales (Antonovsky 1979). Si Antonovsky hubiera ignorado los resultados y los hubiera encontrado no significativos en términos estadísticos, probablemente no tendríamos esta aproximación para la salud completamente nueva, la salutogénesis, dando respuesta a la pregunta del origen de la salud. Sin embargo, sintió curiosidad sobre como era posible que personas que habían estado sometidas a condiciones tan extremas como el Holocausto fueran capaces de amar, llevar una vida ordinaria, establecer buenas relaciones sociales y tener hijos, familia y trabajo, sin llevar una esperada vida disfuncional, como la mayoría de ellas llevaba. Antonovsky dijo: “¡Aunque sólo hubiera sido una mujer, también habría sido importante averiguar por qué!” Las mujeres fueron entrevistadas en profundidad. Sobre la base de un análisis cualitativo de los resultados, Antonovsky comenzó a formar una nueva aproximación teórica para la salud, la salutogénesis, y dentro de ésta su concepto Sentido de Coherencia. Además creó un instrumento para medir este fenómeno, el Cuestionario de Orientación a la Vida.

Poco antes de su desafortunada muerte prematura se reunió con los personajes clave del nuevo movimiento de promoción de la salud para discutir sobre como la promoción de la salud podía sacar provecho de la aproximación salutogénica. Las conclusiones se publicaron después de su muerte, y en cierto modo, se convirtieron en su último testamento al movimiento de promoción de la salud (Antonovsky 1996). Ya en ese momento era evidente que la salutogénesis podría formar una aproximación teórica sólida para la promoción de la salud, algo que era necesario desde hacía mucho tiempo, ya que la promoción de la salud tenía dificultades para dar un paso real hacia el estudio de la propia salud. Previamente, la mayor parte de la investigación en salud pública y en promoción de la salud había continuado como anteriormente, a pesar de los valores y principios de la Carta de Ottawa de la OMS (OMS 1986), centrándose principalmente en la salud en relación con los riesgos y enfermedades a través de la comprensión de los determinantes de la mala salud. Antonovsky buscaba algo bastante diferente. Poco antes de su muerte,

Antonovsky, con su gran sentido del humor, se percató de que el término salutogénesis se utilizaba sin hacer referencia a él, esto le resultó satisfactorio y divertido: “Ahora sé que la salutogénesis vivirá y tendrá vida propia después de mí”.

Tuvimos la suerte suficiente para poder discutir la salutogénesis en profundidad personalmente con Antonovsky, y seguir durante un tiempo sus enseñanzas e investigaciones. Empezamos la investigación, doctorados internacionales y cursos de formación basados en la salutogénesis en 1995. Sin embargo, siguiendo la bibliografía posterior a Antonovsky pronto nos percatamos de que el área de investigación estaba bastante dispersa y descontrolada. Además, había muchas interpretaciones erróneas, por tanto había algunas conclusiones que inducían a error exponiendo algunos diseños de investigación más bien poco críticos. Nadie se había sentado en serio para llevar a cabo un análisis sistemático del área de investigación en su conjunto. Esto se convirtió en nuestra misión. El primer paso se completó en 2007, cuando se presentaron los resultados en un libro también defendido como tesis doctoral (Eriksson 2007). Esto probó que merecía la pena, pudimos poner todas las piezas del puzzle y sacar conclusiones que nadie había sacado antes. Aunque es solo el comienzo, ahora disponemos de evidencia convincente de que la promoción de la salud puede ser efectiva si sigue el camino salutogénico (Eriksson y Lindström 2005, 2006, 2007, 2008). Las personas y sistemas que se adaptan a la aproximación salutogénica pueden desarrollar poblaciones e individuos que viven más, son más propensos a elegir comportamientos positivos de salud y en caso de contraer enfermedades, agudas o crónicas, se enfrentan mejor a ellas y afrontan mejor el estrés. Además, perciben que tienen una mejor salud, buena calidad de vida y salud mental.

Además, en 2007 la UIPES nos pidió que formáramos el Grupo de Trabajo Mundial sobre la Salutogénesis. Desde entonces hemos continuado el análisis sistemático y hemos creado una nueva página web www.salutogenesis.fi donde investigadores de todo el mundo pueden registrarse y ver las conclusiones de la investigación actual y continuada sobre salutogénesis.

Un cambio de perspectiva. La creación de los hombres ciegos

Aaron Antonovsky a menudo usaba metáforas para explicar la salutogénesis. Una de sus historias favoritas era la historia de “La creación de los hombres ciegos” (Scott 1981). La historia es así: Un hombre, a la edad de 35 años, en lo mejor de la vida, se queda completamente ciego. A partir de ese momento a su alrededor se refieren a él como al hombre ciego. Lo tratan como a una persona completamente discapacitada y desorientada. La gente deja de escuchar sus opiniones y lo ven solamente como “el hombre ciego”. Por supuesto existía la buena voluntad de ayudar, pero lo convirtieron en “el hombre ciego”. Al principio le resultó difícil encontrar su camino en el mundo de los videntes, pero aprendió a arreglárselas intentando y equivocándose, y con la ayuda de familia, amigos y profesionales. Viéndose a sí mismo con otros ojos, todavía mantuvo la mayoría de sus capacidades y funciones. Esto es lo importante, decía Antonovsky, y le dio la vuelta a la pregunta de la salud, *diciendo que debemos mirar a lo que crea salud más que a las limitaciones y causas de enfermedad*. Al sacar esta cuestión obtenemos diferentes respuestas, encontramos soluciones diferentes e identificamos recursos de salud. En vez de convertirlo en el hombre ciego debería, en términos salutogénicos, ser definido de acuerdo con sus capacidades: “Ahí está el hombre, el hábil ingeniero y gran gerente, un buen padre y buen marido. Es guapo, agradable y educado, pero tiene la dificultad de no distinguir objetos nítidamente porque carece de visión.”

Otra historia que usaba en sus clases es una historia breve, “Como matar a un niño”, por Stig Dagerman, autor sueco que escribía prosa y poemas sobre diferentes temas y momentos de la vida (Dagerman 1952). Esta historia comienza en una bonita mañana de verano. Una familia se da cuenta de que no le queda azúcar para el café del desayuno y manda a su hijo a cruzar la carretera para ir a buscar azúcar a casa de sus vecinos. Al mismo tiempo, un joven conduce su coche junto a su prometida hacia la costa para disfrutar de este precioso día. El niño finalmente es atropellado de forma accidental por el coche. Una lúgubre historia con un final que nadie quería o esperaba. Antonovsky nos quería decir que nunca se puede controlar la vida completamente. En cierto modo tenemos que vivir con lo impredecible. Para mantenernos sanos debemos preservar nuestra habilidad para confiar en la vida. Nuevamente, esto forma parte de la aproximación salutogénica, ser capaces de afrontar la incertidumbre y caos a pesar de lo mucho que nos gustaría creer que estamos en absoluto control de nuestras vidas.

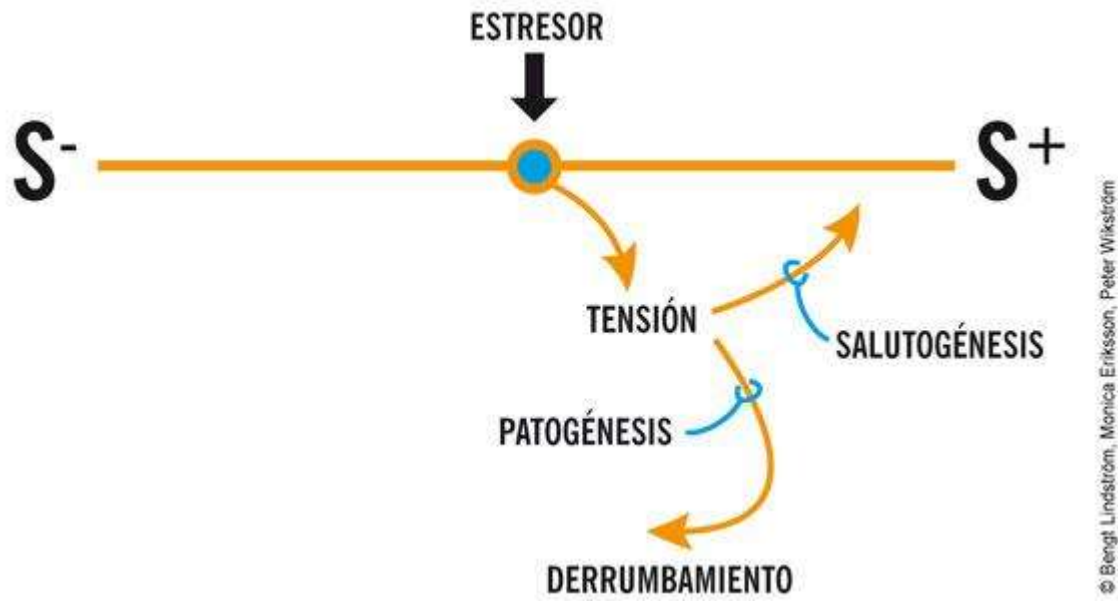


Figura 1. Continuum de la salud “bienestar-enfermedad”

Cómo describe gráficamente Antonovsky su teoría

Originalmente el objetivo de su teoría era ser la teoría del estrés, y el estrés una parte natural de la vida. Así pues, los factores que pueden alterar nuestra posición se llamaron “*estresores*”. Bajo la influencia de los estresores nos ponemos en tensión y después, o bien sucumbimos a estos estresores llevándonos a un derrumbamiento en la dirección patogénica, o superamos la presión y nos movemos hacia el extremo de la salud en el continuum, es decir, hacia la dirección salutogénica. La figura 1 está basada en la forma original de dibujar de Antonovsky. Ponía énfasis en que la mayoría de las veces la investigación se había interesado en los mecanismos que había detrás del derrumbamiento (u orientación patogénica), mientras que su enfoque era sobre qué recursos, condiciones y factores pueden hacer que nos movamos en la dirección de la salud (orientación salutogénica).

El propio Antonovsky dibujó el continuum de salud, o como él lo denominó, el término completamente apropiado “continuum bienestar-enfermedad”, como una línea horizontal entre la ausencia total de salud (S-) y la salud total (S+) y explicaba que todas las personas están posicionadas en algún punto en esta línea (Antonovsky 1987). Todos los días nos encontramos con estresores a los que tenemos que enfrentarnos. Los estresores pueden alterar nuestra posición y nos ponemos en tensión. Aquí hay dos opciones, o bien nos vemos superados por las fuerzas patógenas y nos derrumbamos, o recuperamos nuestra salud por medio de la salutogénesis y nos movemos hacia el extremo S+. Conceptualmente, la salutogénesis es la dirección hacia la S+.

“¿¿¿Cómo puede alguien conseguirlo y mantenerse sano???”

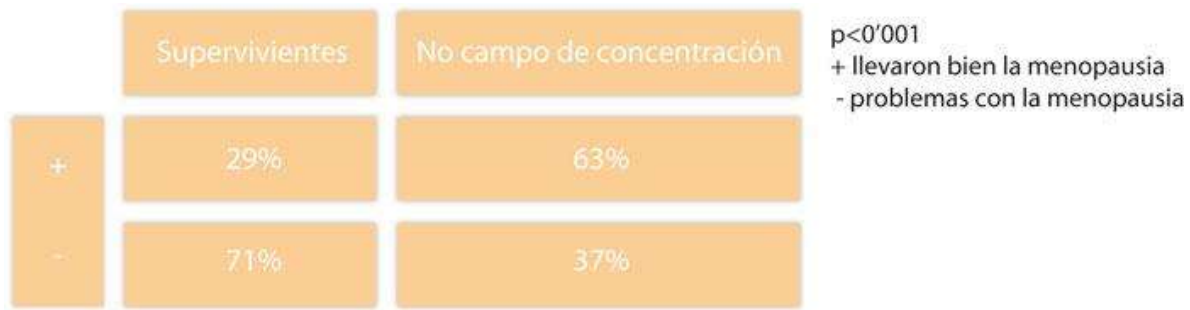


Figura 2. Descripción de la muestra original estudiando los efectos de la menopausia en mujeres israelíes.

Una de las claves de la aproximación salutogénica era describir la *salud como un continuum* entre “la salud total y la ausencia total de salud” o *continuum bienestar – enfermedad*. Cada uno de nosotros puede estar situado en cualquier momento en algún punto de este continuum. Antonovsky también dijo que en este continuum se pueden tener simultáneamente tanto componentes de salud como de ausencia de salud. Por tanto, la salud se convierte en algo más relativo que en la definición de salud de la OMS (como un completo estado de bienestar y no la simple ausencia de enfermedad). Conceptualmente él definió el derrumbamiento o continuum bienestar-enfermedad de la salud “como un estado o condición multifacético del organismo humano” (Antonovsky 1987, p. 64).

Antonovsky definió el continuum de salud bienestar-enfermedad como sigue.

Medición de la Salud en un Continuum

Definición del continuum de la salud Bienestar/Enfermedad a través de un mapa de frases

A. Dolor

Derrumbamiento es cualquier estado o condición del organismo humano que el individuo siente que es

$\left\{ \begin{array}{l} 1. \text{ nada} \\ 2. \text{ levemente} \\ 3. \\ \text{moderadamente} \\ 4. \text{ severamente} \end{array} \right\}$	doloroso.
---	-----------

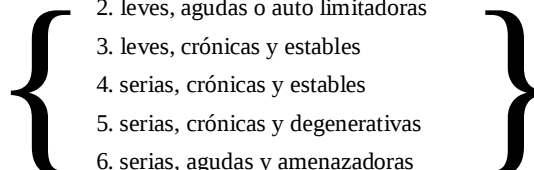
B. Limitación Funcional

El individuo siente (una)

$\left\{ \begin{array}{l} 1. \text{ ninguna} \\ 2. \text{ leve} \\ 3. \\ \text{moderada} \\ 4. \text{ severa} \end{array} \right\}$	limitación para el desempeño de actividades vitales que él define como apropiadas.
---	--

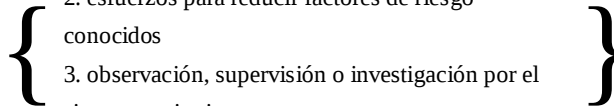
C. Implicaciones del pronóstico

Esto se definiría por las autoridades profesionales sanitarias como condiciones

- 
- 1. no crónicas o agudas
 - 2. leves, agudas o auto limitadoras
 - 3. leves, crónicas y estables
 - 4. serias, crónicas y estables
 - 5. serias, crónicas y degenerativas
 - 6. serias, agudas y amenazadoras para la vida

D. Implicación de la acción

Y esto podría ser visto por tales autoridades como un requerimiento de

- 
- 1. ninguna acción particular relacionada con la salud
 - 2. esfuerzos para reducir factores de riesgo conocidos
 - 3. observación, supervisión o investigación por el sistema sanitario
 - 4. intervención activa terapéutica

Investigación salutogénica – una cuestión global

La aproximación salutogénica ha recibido cada vez más atención. Solamente la búsqueda de artículos en inglés y en lenguas escandinavas en PubMed muestra claramente el creciente interés en la investigación. En la figura 3 se muestra la distribución de estudios que utilizan el cuestionario SOC de 1985 a 2010 (septiembre).

Después de una búsqueda suplementaria en otras bases de datos (ISI, Cinahl, Bibsys, PsychInfo, Libris, Compendio de los Servicios Sociales, Compendios Sociológicos) entre 2004 y 2010 se encontraron 800 artículos nuevos adicionales. Los artículos fueron publicados en muchos artículos científicos representando a científicos de diferentes disciplinas y no sólo de ciencias de la salud.

Del Río de la Salud al Río de la Vida

Tradicionalmente, las diferencias entre el modelo biomédico y la salud pública han sido descritas metafóricamente como un río. Los siguientes estadios se describen río arriba: (i) cura o tratamiento de enfermedades, (ii) protección de la salud/prevención de enfermedades, (iii) educación para la salud y, finalmente, encima de todo la promoción de la salud. La promoción de la salud tiene una perspectiva más bien diferente en relación a los recursos para la salud y la vida, no específicamente sobre los riesgos y enfermedades. Todas las aproximaciones finalmente tienden a mejorar la salud, pero desde perspectivas diferentes. Esta es una imagen clásica llamada *El Río de la Vida* (figura 4) donde “la diagonal de la corriente del río” se centra en los procesos donde la exposición al riesgo ya

puede haber causado daños (cura, protección, prevención y a menudo educación para la salud) (Eriksson y Lindström 2008). El concepto de salud en este paradigma se forma desde la comprensión de la enfermedad, afección y riesgo. Sin embargo, en la aproximación de la promoción de la salud la atención se centra río arriba encontrando recursos, iniciando procesos no sólo para la salud, sino para el bienestar y calidad de vida. Esta imagen clásica explica las diferencias entre cuidado, protección, prevención y educación para la salud, y se abre a la promoción de la salud. El río de la salud es una forma sencilla de mostrar el escenario de acciones para la salud.

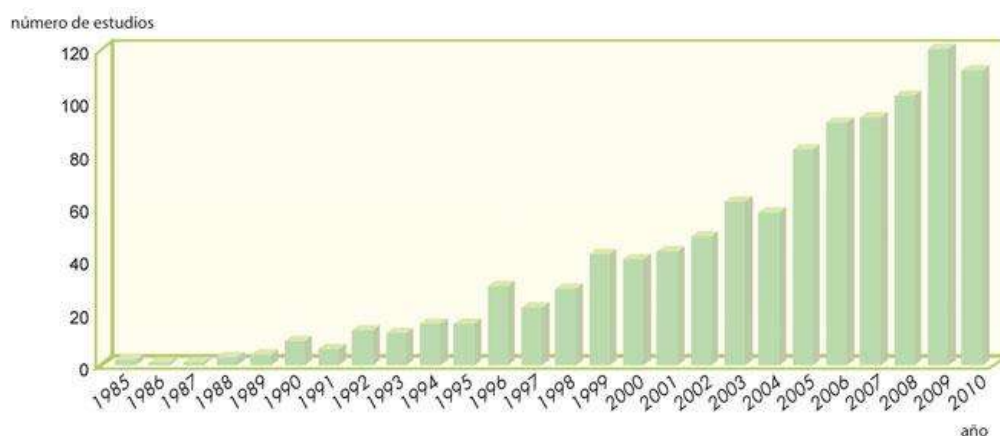


Figura 3. Distribución de estudios que usan el cuestionario SOC, 1985 – 2010 (Enero – Septiembre).
(Búsqueda en PubMed, 30 de septiembre de 2010 N=1060)



Figura 4. El Río de la Salud

La aproximación salutogénica se centra en la dirección hacia la salud. El objetivo final de las actividades de promoción de la salud es facilitar prerequisites para una buena vida. La percepción de una buena vida es un determinante para la calidad de vida.

Antonovsky no vivió lo suficiente para elaborar sobre estas imágenes. En nuestra lectura y pensamiento sobre salutogénesis hemos cambiado el Río por una aproximación más salutogénica situando la *Salud en el Río de la Vida* (figura 5). Aquí la corriente principal sigue la dirección de la *vida*, mientras que la enfermedad, afección y riesgo se ven como fuerzas perjudiciales con las que uno se encontrará en la vida, pero la vida como tal continúa siendo la fuerza principal y la principal dirección. Antonovsky hablaba explícitamente de los recursos para la vida y creó un cuestionario de orientación a la vida, el cuestionario SOC. El continuo bienestar – enfermedad de Antonovsky se sitúa de forma vertical.

Para explicar el cambio de paradigma de la aproximación salutogénica, la metáfora del río tiene que ser diferente. Esto es *Salud en el Río de la Vida* (Eriksson y Lindström 2008). Aquí el río fluye de forma vertical desde una visión frontal. En la parte frontal del río hay una cascada continua que transcurre a lo largo de toda la extensión del río, significando que no importa donde te encuentres siempre existe la posibilidad de encontrar riesgos, enfermedades y la muerte. Sin embargo, el flujo y dirección principal del río no va cascada abajo, sino que transcurre verticalmente en la dirección de la vida. Cuando nacemos caemos en el río y fluimos con la corriente, y en el transcurso de la vida aprendemos a nadar. Algunos nacen en el *bienestar* donde el río fluye de forma suave, donde hay tiempo para aprender, donde se puede flotar y los prerequisites para la vida son buenos con muchos recursos a su disposición, naciendo en una sociedad del bienestar. Otros nacen cerca de la cascada, en la *enfermedad*, donde la lucha por la supervivencia es difícil y el riesgo de caer por el borde es mucho mayor. El río, como la vida, está lleno de riesgos y recursos, sin embargo, el resultado se basa en nuestra orientación y aprendizaje a través de nuestras experiencias, adquiriendo así una habilidad para identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar nuestras opciones para una mejor salud y, en consecuencia, vida.

El proceso de la salud es un proceso de aprendizaje donde se refleja lo que creará salud y cuales son las opciones para la vida y mejorar la calidad de vida. Si nunca preguntamos estas cuestiones nunca sabremos las respuestas y nunca aprenderemos. Anteriormente a Antonovsky estas preguntas no eran formuladas de forma sistemática en las ciencias de la salud.



Figura 5. Salud en el Río de la Vida

Nota: Las perspectivas descritas en el Río 1 y Río 2 no son contradictorias, sino complementarias, significando que la salud pública y la medicina pueden muy bien usar una perspectiva de promoción de la salud y viceversa. Es la síntesis y sinergia lo que será más efectivo. La Salutogénesis y la patogénesis trabajan al mismo tiempo tal y como se presenta aquí en la figura del Grupo de Trabajo de Desarrollo de Indicadores de Promoción de la Salud (Bauer, Davies et al. 2003)



Figura 6. Situando la salutogénesis: modelo de desarrollo de salud (Bauer et al. Publicación de Oxford Health Promotion International 2006)

Aproximación salutogénica original

El nombre Salutogénesis viene de las palabras Salus (del latín, salud) y génesis (del griego, origen) significando origen de la salud. Conceptualmente la salutogénesis se define como

“el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo de bienestar – enfermedad”

(Antonovsky 1993a).

Hablaba sobre procesos para la salud excluyendo una dicotomía entre salud y enfermedad.

En lo que se refiere a la semántica hablamos de investigación salutogénica y no “salutogenética”. Salutogenética se refiere a factores genéticos, ¿tal vez existe un gen salutogenético? ¿Quién sabe? Existe muy poca investigación sobre la relación entre factores genéticos y el sentido de coherencia. Hansson y colaboradores informaron de los resultados en un estudio recientemente publicado sobre gemelos suecos, hasta el momento el único estudio que incluía el factor genético (Hansson, Cederblad et al. 2008). El Estudio de Madres de Gemelos examinaba las influencias de los ajustes maternos, especialmente la importancia relativa de la genética, y de los factores del entorno para la salud mental. Encontraron que el 35 por ciento del SOC dependía de factores genéticos y el 57 por ciento dependía de factores del entorno no compartidos (ibídem, p.544). Esto resulta interesante y necesita más investigación.

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.

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 que punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de que (1) los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; (2) los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos; y (3) estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos.”

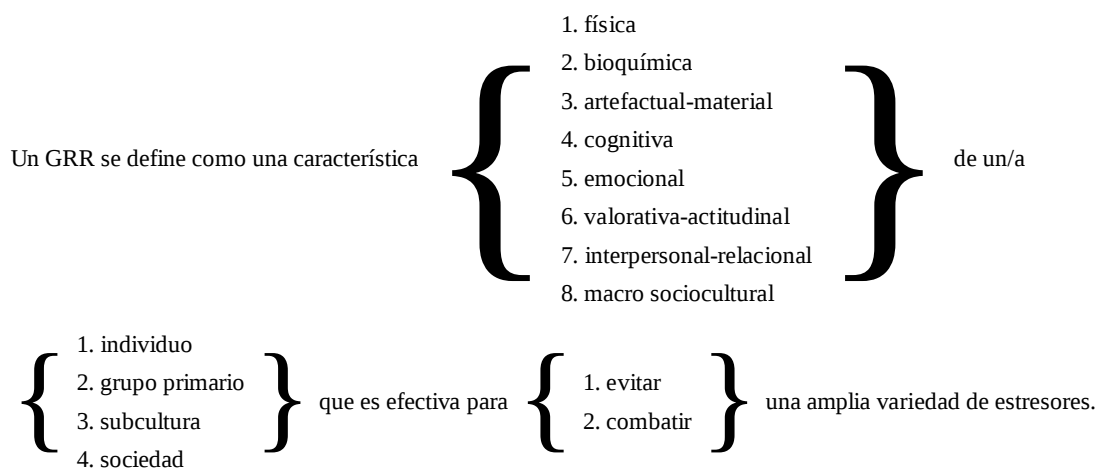
(Antonovsky 1987, p. 19)

El SOC está compuesto por tres dimensiones, que son la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad. 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 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 *quéda* sentido a la vida lo que importa, sino el hecho de que existe una fuerte creencia de que la vida de uno *tiene* significado.

De acuerdo con Antonovsky, (1993d) el SOC no se considera 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.

Recursos de Resistencia Generalizada (GRR)

El segundo concepto clave son los Recursos de Resistencia Generalizada (GRR). Los GRR se definen de la siguiente manera:



Y por lo tanto la prevención de transformar la tensión en estrés.

Los GRR proporcionan prerequisites para el desarrollo del SOC. Se pueden encontrar dentro de las personas como recursos 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 la 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.

Cuestionario de orientación a la Vida – el SOC

Originalmente Aaron Antonovsky desarrolló el Cuestionario de Orientación a la Vida para medir el sentido de coherencia (SOC) que consistía en 29 ítems que medían tres dimensiones de la salud, 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 2003 se han encontrado al menos 15 versiones modificadas del cuestionario SOC, 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. Obsérvese que las preguntas en las versiones modificadas de la escala SOC son las mismas que en los cuestionarios originales, pero las alternativas de puntuación y el número de ítems incluidos varía.

Además, una escala SOC de 3 ítems (Lundberg y Peck 1995) fue validada en estudiantes universitarios suecos de trabajo social y se compararon además con las dos escalas originales (SOC-29 y SOC-13) (Olsson, Gassne et al. 2007). Los resultados mostraron que comparada con las escalas originales, la escala de 3 ítems tenía serios problemas de distribución.

La estructura del SOC

De acuerdo con Antonovsky (1993d) 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. En otras palabras, la escala SOC era un instrumento unidimensional para medir la salud (ver la figura 7).



Figura 7. La estructura de la escala SOC con un factor general de tres dimensiones. Antonovsky, 1987.

Sin embargo, 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.

La armonía podría verse como una dimensión del componente de la significatividad. En un estudio sobre dos muestras representativas de Swedes Larsson y Kallenberg (1999) discriminando un factor general (todos los 13 ítems) y dos factores específicos residuales, la comprensión y compromiso social, y las emociones y tensiones internas desagradables. El factor general aquí explicaba la mayor parte de la varianza en ambas muestras. La comprensión y compromiso se refieren al componente de la comprensibilidad de Antonovsky, mientras que las emociones y tensiones internas desagradables se refieren a la dimensión de la significatividad. El componente de la manejabilidad en el modelo salutogénico no apareció en el estudio sueco. Larsson y Kallenberg concluyeron sus descubrimientos de modo que se puede hacer referencia al SOC como una medida de afectividad negativa. Esto no invalida el SOC como concepto teórico, pero indica que la escala SOC tal vez mida algo diferente. Descubrimientos más recientes denuncian sobre la estructura de la escala SOC (Klepp, Mastekaasa et al. 2007). Una versión de nueve ítems del cuestionario SOC se evaluó usando análisis de confirmación de factores sobre datos epidemiológicos de un estudio de salud mental en noruegos adultos. Esta versión respaldaba bien el modelo de tres factores (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) y respaldaba aceptablemente el modelo de un factor (sentido de coherencia). Su conclusión condimentaba un modelo de un factor. Sin embargo, se han

denunciado algunos descubrimientos contradictorios. Los análisis de confirmación de factores no respaldaban la hipótesis de un único factor común, ni de los tres componentes SOC en muestras clínicas y no clínicas suecas (Sandell, Blomberg et al. 1998). Los dos primeros factores denunciados en este estudio fueron básicamente equivalentes a la significatividad y comprensibilidad de Antonovsky. La significatividad se interpretaba aquí como una dimensión de entusiasmo-depresión y la comprensibilidad como intolerancia versus tolerancia en conflictos emocionales. El tercer factor se reflejaba sólo distantemente en la manejabilidad, reflejando confianza y desconfianza.

Una nueva generación del cuestionario SOC

Hay una nueva tendencia en la investigación SOC, se trata de 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 Salud (SHIS) (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 (SWPS) (Becker, Dolbier et al. 2008). Esta es una escala de 26 ítems que mide la presencia de factores promotores de 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 SWPS, pero todavía se tiene que continuar evaluando empíricamente.

En tercer lugar, un instrumento de automedición que mide el proceso de construcción de significado entre pacientes que sufren cáncer, la Escala de Coherencia China del Cáncer, es un instrumento basado en la teoría salutogénica (Chan, Ho et al. 2006). Este instrumento se puede ver como más contextual y situacional que la escala SOC original, el objetivo de la cual es medir la orientación global a la vida. Sin embargo, todas las nuevas escalas tienen que continuar evaluándose.

En la actualidad se llevan a cabo 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, tal y como se muestra en el mapamundi (julio 2010).

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, 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 del tiempo. Sin embargo, no

La variación sobre el tiempo muestra pequeñas diferencias (ver tabla 1). No se registraron diferencias o muy pocas en una perspectiva de entre 3 y 5 años. Se dio la misma situación en un estudio llevado a cabo entre empleados finlandeses con un seguimiento de 13 años de duración, y en el periodo de seguimiento más largo hasta el momento, siguiendo a finlandeses desde la edad adolescente hasta la edad adulta (Hakanen, Fedt, 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 reasuma su estabilidad después del estrés en comparación con otros fenómenos a corto plazo.

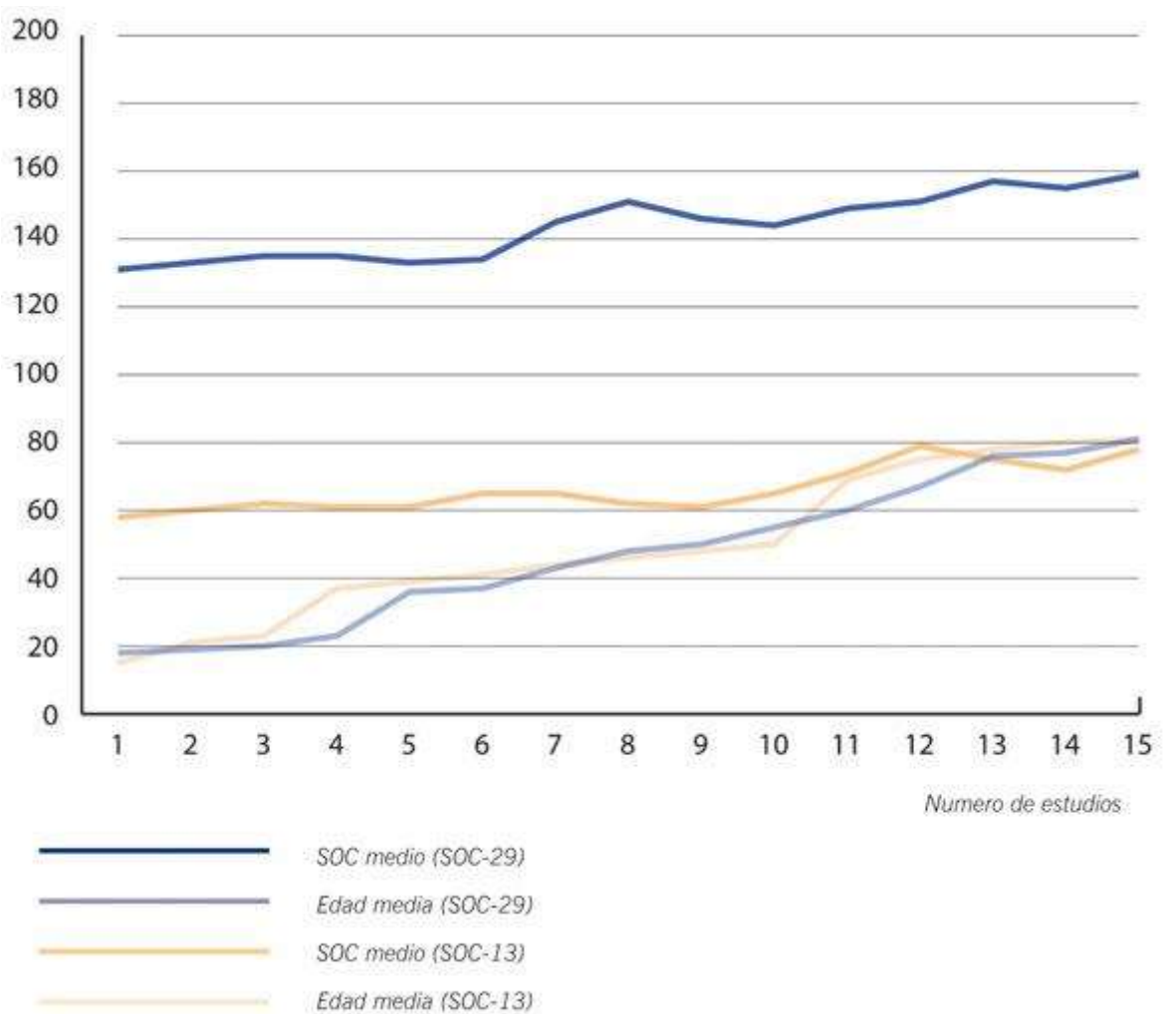


Tabla 1. Estabilidad del SOC a lo largo del tiempo. Algunos resultados de estudios longitudinales 1992-2009

Periodo de seguimiento (años)	Cuestionario SOC	Muestra	Puntos de crecimiento/ decrecimiento	Autores
1,5	SOC-29	Adultos mayores no diabéticos	0.3	(Zhag, Vitaliano et al. 2001)
2	SOC-13	Estudiantes	0.2	(Virtanen y Koivisto 2001)
3	SOC-13	Adolescentes	0.1	(Honkinen, Suominen et al. 2008)

3	SOC-6	Empleados municipales y diseñadores técnicos	0.1	(Kivimäki, Feldt et al. 2000)
3	SOC-28	Estudiantes	14.2	(Kuuppelomäki y Utriainen 2003)
4	SOC-13	Población canadiense general	3.0	(Richardson, Ratner et al. 2007)
4	SOC-16	Finlandeses	+/-	(Suominen, Helenius et al. 2001)
5	SOC-13	Empleados finlandeses	1.4	(Liukkonen, Virtanen et al. 2009)
5	SOC-13	Finlandeses	1.6	(Volanen, Suominen et al. 2007)
5	SOC-13	Diseñadores físicos finlandeses	4.7	(Feldt, Leskinen et al. 2003)
5	SOC-13	Suecos	-2.0	(Nilsson, Axelsson et al. 2001)
10	SOC-13	Finlandeses	2.7	(Kalimo, Pahkin et al. 2002)
10	SOC-13	Suecos	-3.0	(Hendrikx, Nilsson et al. 2008)
13	SOC-13	Empleados finlandeses	0.4	(Hakanen, Feldt et al. 2007)

Una forma de ver el desarrollo del SOC a lo largo del tiempo es explorar los resultados de los estudios utilizando las escalas SOC originales sobre muestras diferentes de población (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 disponemos de tales estudios. En consecuencia tenemos que confiar en otras técnicas y comparaciones. La figura siguiente muestra la *tendencia* del desarrollo del SOC a lo largo del tiempo utilizando el SOC medio y la edad media de la población general como variables en el periodo de tiempo 1992-2009. La tendencia es un crecimiento del SOC a lo largo de la edad, excluyendo algunas fluctuaciones.



© Bengt Lindström, Monica Eriksson, Peter Wikström

Figura 9. Distribución del SOC medio por edad media de población general 1993-2009

Promoción de la Salud

La Carta de Ottawa: historia, valores y principios, y la relación con la salutogénesis

El documento central de la promoción de la Salud, la Carta de Ottawa (CO), se constituyó en una conferencia internacional de salud de la OMS en Ottawa en 1986 (OMS 1986a). 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. En cierto sentido la OMS fue establecida para defender 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. Se inició y puso en marcha un gran cambio de perspectiva por el visionario director de la OMS Halfdan Mahler. Lo que estaba por llegar ya podía 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 de la OMS 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). Sin embargo, la Carta de Ottawa de 1986 es un documento coherente que incluye una serie de cinco áreas de acción. El desarrollo del movimiento de promoción de la salud después de Ottawa se presenta en una serie de informes de la OMS (OMS 2009).

Un código genético no tiene sentido si no se puede traducir en una secuencia comprensible. Por tanto es necesario visualizar el significado de la siguiente manera:

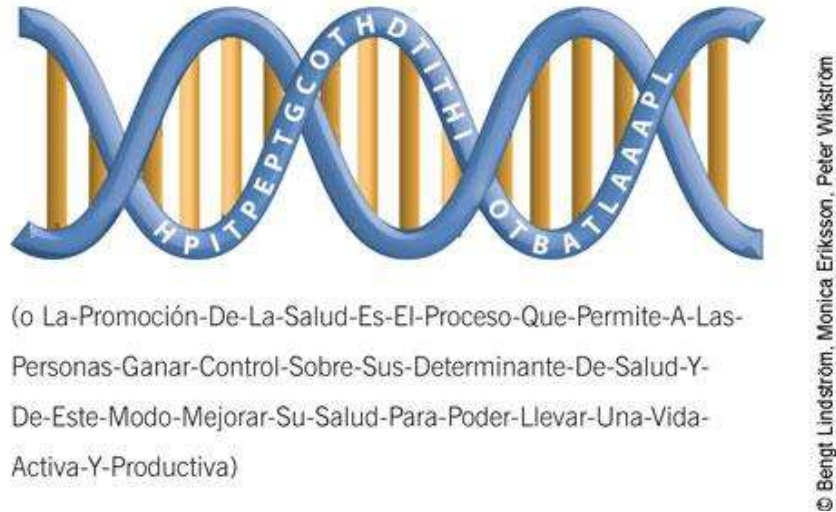


Figura 10. El “código genético de la promoción de la salud”

(ó La Promoción De La Salud Es El Proceso Que Permite A Las Personas Ganar Control Sobre Sus Determinante De Salud Y De Este Modo Mejorar Su Salud Para Poder Llevar Una Vida Activa Y Productiva)

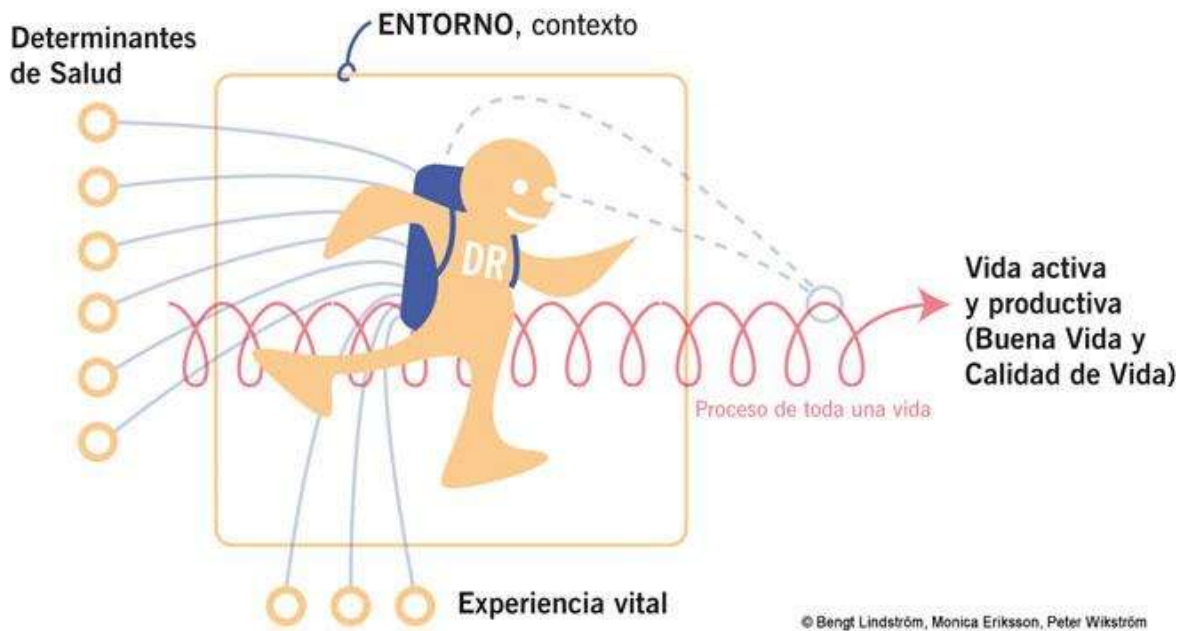


Figura 11. El núcleo de la Carta de Ottawa
– El individuo como sujeto activo y participativo

Esta figura representa visualmente la Carta de Ottawa. En el centro el ser humano, representando a la humanidad. En términos de la Declaración de los Derechos Humanos

(DDHH) y el principio central de la Carta de Ottawa, el empoderamiento, funcionamos como *sujetos activos participativos en nuestras propias vidas*. La espiral representa el proceso de aprendizaje de salud a lo largo de toda la vida. A la izquierda los determinantes de salud (DS) que fueron decisivos en su nacimiento (tales como genética, condiciones socioeconómicas, familia y capital social, cultura, tradiciones...). Nuevamente, a lo largo de la vida nos enfrentamos a eventos nuevos y ganamos experiencia vital (EV) que dan forma a la coherencia de nuestras vidas y a los recursos de nuestra habilidad de afrontar la vida. En la imagen la línea punteada apunta a un fenómeno (podría tratarse de un problema de salud) que necesitamos resolver. Para resolverlo sacamos nuestros recursos de la mochila que contiene nuestros recursos individuales. Éstos también pueden encontrarse en nuestro entorno o contexto de donde podemos extraer nuestros recursos externos. O bien tenemos éxito, o no, en resolver el problema. Ambas experiencias pueden convertirse en recursos de salud para el futuro cuando nos encontremos con un fenómeno similar. El objetivo principal de todo el proceso de salud es ser capaces de llevar una vida activa y productiva (VAP) en términos de la Carta de Ottawa. Esto bien podría llamarse también una Buena Vida o Calidad de Vida. Así, calidad de vida puede verse como el resultado implícito del proceso de salud. En el núcleo, la salud se ve como el proceso que permite a las personas desarrollar salud a través del control de los determinantes de salud, y de este modo darnos la oportunidad de llevar una vida activa y productiva. El enfoque comunitario y las políticas dirigidas a sociedades saludables se convirtieron en el centro, expandiendo así el enfoque de individuos y grupos al contexto de la vida.

Sin embargo no existía ninguna aproximación teórica que respaldara la Carta. Posteriormente esto causó problemas a los movimientos de promoción de la salud. Sin embargo, si convertimos este razonamiento en términos salutogénicos, el proceso es acerca de comprender qué 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 clave del Sentido de Coherencia, comprensibilidad (el componente cognitivo), significatividad (el componente motivacional) y manejabilidad (el componente de comportamiento). Los principios de la Carta de Ottawa se pueden transformar fácilmente dentro de una aproximación salutogénica (Forbech Vinje 2007).

Veinte años después de esta Carta se les pidió a algunos de los actores clave involucrados en el desarrollo e implementación de la Carta de Ottawa que comentaran sobre el desarrollo de la promoción de la salud durante los últimos 20 años. Estas reflexiones sobre la realización de la Carta de Ottawa se publicaron antes de la XIX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la UIPES celebrada en junio 2007 (Hills y Mc Queen 2007; UIPES 2007).

El tema de la promoción de la salud puede ser abordado desde un punto de vista filosófico explorando teorías que mejoran la vida. 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. La aproximación salutogénica, sin embargo, se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud. Sin embargo, todo el potencial de la teoría salutogénica no ha sido explorado tanto como se esperaba a pesar de las similitudes teóricas con las intenciones de la Carta de Ottawa y promoción de la salud. La investigación de la promoción de la salud se basa principalmente en teorías de comportamiento organizativo, sociología, psicología social, antropología, educación, economía y ciencias políticas. Mucha de la investigación ha quedado limitada a riesgos y comportamientos relacionados con la salud (Dean 1996). La diversidad de disciplinas refleja el hecho de que la práctica de la promoción de la salud no sólo trata el comportamiento de individuos, sino también las formas en que la sociedad está organizada y las políticas que sustentan la organización social (Nutbeam, Harris et al. 2010). La falta de teoría ha sido un problema para muchos líderes en la investigación de la promoción de la salud (Kickbusch 2006; Mc Queen, Kickbusch et al. 2007). Sin embargo, la dirección está clara, es decir, la ventaja de centrarse en la salud más que en la enfermedad (Kickbusch 2006; Morgan y Ziglio 2007; Eriksson y Lindström 2008; Morgan, Davies et al. 2010).

Se requieren ciertos prerequisites para permitir un desarrollo saludable. Estos también se listan en el preámbulo de la Carta de Ottawa (OMS 1986): paz, cobijo, educación, alimento, ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad, guiado por los siguientes valores y principios centrales. 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 profesionales de la salud juegan un papel importante en cuidar y permitir la promoción de la salud (Gregg y O'Hara 2007).

Los elementos clave de la promoción de la salud son los siguientes: 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 (el resultado medible) (OMS 2009).

Interpretación salutogénica de la Carta de Ottawa

Esta sección comienza con una tabla donde se muestran algunos denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa.

Tabla 2. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

	SALUTOGENESIS	CARTA DE OTTAWA
Preludio	El Holocausto	Declaración de los Derechos Humanos de la ONU/ declaración de 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
Conceptos clave	Sentido de Coherencia (SOC) y Recursos de Resistencia Generalizada	Promoción de la salud
Recursos	Recursos de Resistencia Generalizada (GRR)	Determinantes de 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	Comprensibilidad, 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 GRR	Facilitador, permitir a las personas
Concepción errónea	Sólo medir el SOC	Sólo una aproximación de riesgo centrándose en los comportamientos de salud

La promoción de la salud tenía enormes ambiciones e intentó abarcarlo todo. Esta diversidad ha dificultado dejar claros los puntos centrales. Además, la falta de teoría ha convertido la promoción de la salud en un gigante con pies de barro. Si se usa la perspectiva salutogénica la promoción de la salud se puede reducir a un núcleo fuerte de

sólo cuatro puntos que se tienen que fijar para que la promoción de la salud sea efectiva. Esto se puede expresar como una fórmula filosófica lógica:

Primero existe la necesidad de entender

- *promoción de la salud* (PS) en base a la Carta de Ottawa de la OMS (CO),
- *salutogénesis* (SAL) como el proceso que lleva hacia la salud.
- *calidad de vida* (QoL) como el resultado de todo el proceso

$$PS(CO) = SAL + QoL$$

La única adición necesaria es construir sobre los derechos humanos (DDHH) como conversor fundamental del valor del ser humano *en sujeto activo participativo* como norma. Para niños y jóvenes esto significaría nuevamente una utilización activa del Comité de los Derechos del Niño como base del valor (UNCRC).

$$PS(CO) = (SAL + QoL) \times DDHH$$

La promoción de la salud y la Carta de Ottawa están fundamentadas sobre la OMS y la ONU las cuales en el núcleo trabajan sobre la base de la Declaración de los Derechos Humanos. Por consiguiente es de suma importancia incluir explícitamente los Derechos Humanos como la base ética tanto de la promoción de la salud como de la salutogénesis. Esta base es incuestionable y lo invalida todo. A menudo nos formamos una idea falsa pensando que las personas con buena salud o personas que han desarrollado un fuerte sentido de coherencia son automáticamente buenos seres humanos. Sin embargo no existe moral conectada a la buena salud o al fuerte sentido de coherencia. No hay nada automático, se tiene que hacer explícito.

Carta de Ottawa (CO)	Salutogénesis (SAL)
Aproximación de proceso exhaustiva hacia “toda la CO y sus áreas de acción”	En términos salutogénicos aproximación de sistema coherente
En el centro de los Derechos Humanos	Desarrollo de un Sentido de Coherencia (SOC) basado en valores de promoción de la salud
Se centra en los recursos para la salud (determinantes de salud)	Comprensibilidad, creando condiciones estructuradas y comprensibles
Empoderamiento como mecanismo clave para el proceso de promoción de la salud	Manejabilidad, con la habilidad para usar los recursos de resistencia generalizada (GRR) en el proceso salutogénico y en consecuencia desarrollando un fuerte Sentido de Coherencia
Se centra en el contexto, no sólo en los individuos	Significatividad, creando condiciones que dan significado y hacen que las tareas merezcan la energía y compromiso invertidos (fuerza conductora)

Resultado en términos de Calidad de Vida, no sólo “salud”	Adopta una aproximación sistemática caracterizada por el pensamiento sostenible y medioambiente ecológico
---	---

Tabla 3. Comparación descriptiva de los elementos clave de la Carta de Ottawa y la Salutogénesis.

Para concluir, los elementos simples del modelo salutogénico para PS/CO son los Recursos, Significado, Motivación y Competencias de Actuación.

Base de la evidencia global contemporánea

Salud y calidad de vida

Un SOC fuerte se asocia a una buena salud, especialmente salud mental. La base de la evidencia global contemporánea muestra que un SOC fuerte protege de la ansiedad, depresión, agotamiento y desesperanza, se relaciona fuerte y positivamente con recursos de salud tales como el optimismo, fortaleza, control y capacidad de afrontamiento, predice una buena salud y QoL desde la infancia hasta la edad adulta, y cuanto más fuerte sea el SOC menores son los síntomas de enfermedades mentales (Eriksson y Lindström 2007).

El SOC no es una estrategia de afrontamiento en sí mismo, sino un recurso de afrontamiento contra el estrés vinculado a eventos vitales negativos, tales como el desmoronamiento familiar (Ungar y Floria 2004; Richardson y Ratner 2005; Ritkari, Sourander et al. 2008), ser víctima de abusos sexuales (Renck y Rahm 2005; Priebe, Hansson et al. 2009), sufrir intimidación (Birkeland Nielsen, Berge Matthiesen et al. 2008), ser testigo de violencia escolar (Janosz, Archambault et al. 2008) y guerra (Ebina y Yamazaki 2008), son amenazas al SOC propio. Descubrimientos de un estudio longitudinal de cinco años mostraban que eventos vitales negativos reducían el nivel de SOC en ambos sexos. Cuanto más reciente fuera el evento vital, menor era el SOC (Ebina y Yamazaki 2008).

Ha habido mucha preocupación sobre la salud adolescente debido a la creciente exposición al estrés en la vida diaria, particularmente en las escuelas. Sin embargo, igual que en otros grupos, un SOC fuerte parecía modificar el estrés para los adolescentes. Un estudio transversal sobre aproximadamente 3000 adolescentes daneses demostraba que las chicas con un SOC bajo sometidas a estrés denunciaban enfermedades recientes dos veces más de las que lo hacían chicas sin estrés (Nielsen y hansson 2007). Adolescentes viviendo en áreas en guerra o conflictos armados son especialmente vulnerables. ¿Cómo contribuye el SOC a la manejabilidad de este tipo de estrés? ¿Cómo pueden los adolescentes mantener su salud en tales condiciones de amenaza? Algunos descubrimientos de la investigación salutogénica dan una explicación. El SOC parecía ser un recurso de afrontamiento entre adolescentes israelíes durante la Segunda Guerra del Líbano (Sagy y Braun-Lewensohn

2009). Aquí el SOC tenía claramente un impacto más fuerte en la disminución de las reacciones de estrés en el estado crónico (siete años) comparado con el estado agudo. Se dan resultados similares entre mujeres jóvenes croatas, es decir, un SOC fuerte parecía ser un importante recurso de salud para afrontar el estrés causado durante la guerra de 1991-1995 en Croacia (Ebina y Yamazaki 2008).

Un SOC fuerte se asocia a la buena salud, particularmente salud mental, un concepto que solapa parcialmente la calidad de vida. La mayoría de estudios han usado cuestionarios específicos, desafortunadamente midiendo un aspecto bastante limitado de la calidad de vida llamado calidad de vida en relación con la salud (CVRS) en diferentes muestras (pacientes). Esto está más conectado con la medición de aspectos negativos de salud, es decir, enfermedad. En general, un SOC fuerte está relacionado con una buena QoL. Resultados de estudios longitudinales confirmaban los resultados de los estudios transversales. Resultados tanto de estudios cuantitativos como cualitativos respaldan que el SOC es un factor que mejora una buena QoL (Eriksson y Lindström 2007).

Comportamientos de salud

La asociación entre un SOC fuerte y comportamientos saludables es interesante. Promotores de salud están muy preocupados por los comportamientos individuales (alcohol, abuso de drogas, comportamientos sexuales, especialmente entre jóvenes, comportamientos alimenticios y selección de alimentación saludable, ejercicio físico). Muchas de estas actividades en la práctica de la promoción de la salud han sido implementadas para observar cambios individuales de comportamiento, subestimando la dificultad para lograr un cambio real de comportamiento a largo plazo. Antonovsky no utilizó el término de comportamiento de salud, sino un término relacionado, “una orientación saludable”, que servía como GRR. Combinado con otros GRR una orientación saludable sirve como prerrequisito para el desarrollo de un SOC fuerte (Antonovsky 1987).

La evidencia en la investigación salutogénica demuestra que el SOC tiene un impacto en los comportamientos de salud, cuanto más fuerte sea el SOC más saludable el comportamiento, lo que habla empíricamente a favor del concepto de Antonovsky de la orientación saludable (Posadzky, Stockl et al. 2010). Una persona con un SOC fuerte consume menos alcohol, tabaco y drogas (Andersen y Berg 2001; Kuuppelomäki y Utriainen 2003; von Ah, Ebert et al. 2005; Bergh, Baigi et al. 2006), hace ejercicio con más frecuencia (Hassmén, Koivula et al. 2000), elige comida más saludable (Lindmark, Stegmayr et al. 2005), tiene un mejor comportamiento bucal relacionado con la salud (Bernabé, Kivimäki et al. 2009). Además, el SOC de los padres tiene un impacto sobre el patrón de ingestión de alimentos de los hijos, un SOC débil de los padres se asocia a hijos con patrones alimenticios no saludables (Ray, Suominen et al. 2009). Adicionalmente, un SOC fuerte se relacionaba con un consumo más bajo de medicamentos para el dolor de cabeza (Koushede y Holstein 2009).

Independientemente de la clase social y del nivel de educación hay diferencias individuales en un estilo de vida saludable asociado al SOC (Wainwright, Surtees et al. 2007). Este resultado está basado en el estudio EPIC-Norfolk sobre la población adulta en el Reino Unido (n = 18287). Las personas con el SOC más fuerte tenían un 28 por ciento menos de probabilidades de fumar en la actualidad (OR 0.72), era un 36 por ciento menos probable que fueran físicamente inactivas (OR 0.64), de promedio consumían más fruta, verdura y fibra por día que aquellos con el SOC más débil. Adicionalmente, parece importante identificar qué factores causan comportamientos de salud ya desde la infancia temprana. Honkinen y colaboradores (Honkinen, Aromaa et al. 2009) mostraron en un estudio de 15 años de seguimiento en adolescentes que un comportamiento destructivo a la edad de 3 años, problemas de atención y problemas (interiorizando/exteriorizando, retracción, quejas somáticas, ansiedad/depresión, social, pensamientos, comportamiento delictivo y comportamiento agresivo) a la edad de 12 años y problemas de atención, ansiedad/depresión y quejas somáticas a la edad de 15 años predecían un SOC pobre a la edad de 18 años. Otro descubrimiento importante fue que los problemas denunciados por los propios adolescentes explicaban un SOC pobre con mucha más frecuencia que los problemas sobre los jóvenes denunciados por los padres. Además, el enfoque de la mayoría de los programas de promoción de la salud ha sido la prevención del tabaquismo y consumo de alcohol, todos basados en las preocupaciones de los padres. Los esfuerzos para cambiar los comportamientos de salud de los adolescentes son una intervención importante de promoción de la salud, sin embargo, necesitamos tener una aproximación más amplia y trasladar el enfoque al mundo conceptual de los adolescentes. Olsson y colaboradores encontraron que a los escolares suecos les preocupaba su situación social y sus relaciones personales, mientras que los padres a menudo estaban más preocupados por los comportamientos destructores de salud (inicios de tabaquismo y consumo de alcohol) (Olsson, Fahlén et al. 2008). Qué podemos aprender de tal estudio: existe al menos una necesidad de escuchar más activamente a los adolescentes e involucrarlos en el desarrollo de programas de promoción de la salud.

La investigación de salud bucal basada en la aproximación salutogénica es nueva y en desarrollo para la promoción de la salud. Descubrimientos de estudios utilizando el cuestionario SOC han mostrado que es más frecuente que una persona con un SOC fuerte se cepille los dientes (Ayo-Yusuf, Reddy et al. 2008) y esté involucrada en otros comportamientos bucales de salud.

Vida laboral

El estudio de como un SOC fuerte contribuye a afrontar y reducir el estrés en el contexto de la salud en el lugar de trabajo se ha vuelto más habitual desde mediados de los 90, es decir, cómo los principios de la promoción de la salud y la aproximación salutogénica pueden

aplicarse en los lugares de trabajo (Winroth y Rydqvist 2008). En la actualidad hay muchos estudios que demuestran que un SOC fuerte tiene un efecto promotor de salud.

El SOC tiene un impacto en como afrontar el estrés en el lugar de trabajo (Albertsen, Nielsen et al. 2001; Holmberg, Thelin et al. 2004; Hogh y Gemzoe Mikkelsen 2005; Bildt, Backstig et al. 2006, Kinman 2008; olsson, Hemström et al. 2009). El SOC tiene un efecto principal, moderado y mediador sobre la salud en el lugar de trabajo. Estudios longitudinales explorando el impacto promotor de la salud del SOC combinado con la exposición a condiciones laborales adversas han mostrado una asociación entre el SOC y factores psicosociales relacionados con el trabajo (Holmberg, Thelin et al. 2004). El mayor descubrimiento fue que el SOC estaba fuertemente relacionado con la demanda-control del trabajo, indicando que el SOC tiene una correlación con las características psicosociales del trabajo. Además, enfermeras en Lituania empleadas en servicios de salud mental denunciaron tener un alto riesgo para desarrollar síntomas de angustia causados por el estrés ocupacional (Malinauskiene, Leisyte et al. 2009). Un SOC fuerte servía aquí como amortiguador, protegiendo a las enfermeras contra el desarrollo de problemas de salud mental.

La atmósfera organizacional y la habilidad salutogénica tienen una correlación significativa con el SOC (Cilliers 2001; Cilliers 2003). La atmósfera se midió aquí por medio de estructuras, políticas, objetivos, prácticas de gestión, especialización de tareas, toma de decisiones, estándares y recompensas, identidad, necesidades de los empleados, responsabilidad, comunicación interactiva, compartimento de la información, apoyo y cercanía, y gestión de problemas. Las dimensiones organizacionales observadas fueron, por ejemplo, la toma de decisiones, la estructura laboral/organizacional, claridad de roles, estándares laborales, gestión de problemas, efectividad de los supervisores, comunicación, construcción de equipos, responsabilidad, satisfacción laboral y ausencia de tensión laboral. Los resultados mostraron que la experiencia de los individuos de una atmósfera organizacional positiva estaba relacionada con una alta habilidad salutogénica (comprensibilidad, manejabilidad, significatividad). Además, el SOC tiene impacto a nivel individual y de grupo en organizaciones. El SOC se utilizó en el entrenamiento de relaciones de grupo con gerentes (Cilliers 2001). Las personas con un SOC fuerte tenían una mejor comprensión de las dinámicas de grupo, se les daba mejor usar sus recursos de resistencia generalizada para afrontar la ansiedad y, finalmente, encontraban sus experiencias más estimulantes y significativas que las personas que puntuaban un SOC débil. A nivel de grupo, la división entre alto y bajo llevaba a una identificación proyectiva: los individuos con un SOC alto eran competentes, y los que tenían un SOC bajo, incompetentes. Como conclusión, este conocimiento resulta alentador y será útil para la promoción de la salud en los lugares de trabajo.

Ser sujeto de violencia en el trabajo tiene consecuencias tanto para el personal laboral como para el lugar de trabajo (Hogh y Gemzoe Mikkelsen 2005; Hogh y Viitasara 2005).

Descubrimientos de un estudio sobre trabajadores daneses demostraban que empleados sujetos a violencia tienen un SOC más débil que el resto de los encuestados. Aquí el SOC funcionaba como un mediador, no como un moderador, entre la exposición a la violencia y reacciones de estrés psicológicas, psicosomáticas y cognitivas. Contrario a estos resultados, Albersten y colaboradores, también sobre empleados daneses, demostraron una media, un papel mediador y moderador del SOC. Personas con un SOC fuerte afrontaban más eficientemente situaciones de tensión laboral que personas con un SOC débil (Albersten, Nielsen et al. 2001). También se encontró respaldo para un efecto medio del SOC y alguna evidencia del papel moderador del SOC entre empleados académicos del Reino Unido (Kinman 2008).

En conclusión, generalmente los resultados de investigación sobre la salutogénesis y la salud en el lugar de trabajo son alentadores y serán útiles en la práctica de la promoción de la salud en los lugares de trabajo.

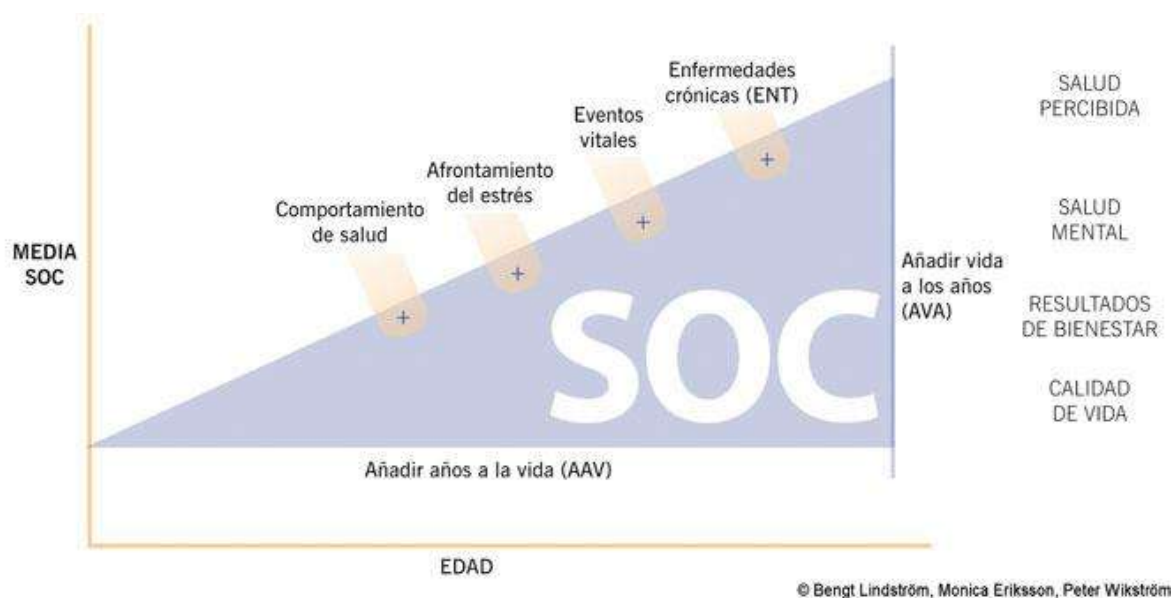


Figura 12. Impacto del SOC a lo largo de la vida.

El SOC medio se incrementa a lo largo de la vida, en consecuencia encontramos los SOC más elevados en los grupos de población de mayor edad. De los resultados podemos decir que un SOC fuerte responde de forma positiva a los eslóganes de Salud para Todos de la OMS, Añadir Años a la Vida (AVV) y Añadir Vida a los Años (AVA), ya que las personas que desarrollan un SOC fuerte no solamente viven más, sino que tienen una tendencia a elegir comportamientos de vida positivos (menos tabaco y alcohol, más actividad física y mejores hábitos alimenticios), afrontan el estrés y los eventos vitales negativos mejor, se enfrentan mejor si caen en una enfermedad aguda o crónica (tales como algunas de las principales enfermedades no transmisibles (ENT), diabetes, enfermedades cardiovasculares,

cáncer y enfermedades mentales). Respecto a los resultados de bienestar, un SOC fuerte está fuertemente correlacionado con una buena salud mental, percepción de salud y calidad de vida.

Efectos de un SOC fuerte sobre la salud y la economía

No existen muchos análisis económicos directos sobre el efecto de la aproximación salutogénica de la salud. Generalmente tenemos información mucho mejor de lo opuesto, de cuales son las consecuencias económicas de la mala salud y la enfermedad. Por tanto en la actualidad sólo podemos hacer estimaciones y deducciones sobre los posibles efectos económicos a través de análisis lógicos basados en los detalles de la evidencia existente relacionada con el efecto de la aproximación salutogénica.

En general, a nivel de sistema existe evidencia de que la aproximación salutogénica 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 y menos frecuentemente, y afrontan mejor el estrés. Además, perciben una mejor salud, disfrutan de una buena calidad de vida y se encuentran mejor mentalmente. Piensa en lo que esto significaría a nivel económico sobre una base de población.

Se puede encontrar una estimación del efecto económico en el área laboral de la vida. El SOC tiene impacto en la presencia en el trabajo, absentismo por enfermedades de corto y largo plazo, y en la incidencia de pensiones por discapacidad. Descubrimientos sobre los datos de un estudio regional sueco ($n = 7670$) demostraron que un SOC fuerte contrarrestaba el absentismo por enfermedades tanto a largo como corto plazo (Engström y Janson 2009). Tener una puntuación SOC en el cuartil más bajo predecía el absentismo por enfermedad a largo plazo. ¿Qué factores son importantes para volver al trabajo tras una baja por enfermedad? Hansen Falkdal y colaboradores investigaron las experiencias de personas durante el proceso de su baja por enfermedad en un estudio de diseño cualitativo (Hansen Falkdal, Edlund et al. 2006). Aquí se observó que un SOC fuerte predecía considerablemente la vuelta al trabajo, en oposición a una jubilación anticipada por discapacidad.

Se ha mostrado que un SOC débil en personas de ≤ 50 años en el momento de entrar en este estudio longitudinal estaba asociado con una incidencia creciente de pensión por discapacidad (Suominen, Gould et al. 2005). Bajas por enfermedad a largo y corto plazo en muchas ocasiones llevan a una última salida de la vida laboral a través de programas jubilación anticipada. Como ejemplo, esto supone un coste anual de 25 billones de Euros a

nivel nacional en Finlandia. El efecto general sobre el PNB significa que toda la población podría trabajar un día menos a la semana durante el resto de su vida laboral si este coste se evitara (Guy Ahonen, comunicación personal, 2010). En otras palabras, pensar y actuar de forma salutogénica también merece la pena en términos económicos.

Un análisis a nivel de políticas y a nivel nacional demuestra efectos similares cuando los principios de promoción de la salud, aproximaciones salutogénicas y análisis de calidad de vida colectivos o brutos han sido usados a nivel de sistema. Tales esfuerzos fueron llevados a cabo en los países bálticos a finales de los 90, donde políticas nacionales de promoción de la salud se construyeron sobre los principios de una política pública saludable. En la actualidad sólo podemos hacer referencia a una evidencia retrospectiva histórica y más bien pobre. En uno de los países bálticos tales planes se presentaron en un Proyecto del Banco Mundial. Se llevo a cabo un análisis salutogénico y de QoL Nacional Bruta y se analizaron las áreas macro-económicas prioritarias sobre una base salutogénica. Se presentaron estrategias sobre una visión prospectiva a 10 años de lo que podría lograrse. Sin embargo, discrepancias políticas internas, codicia y esperanzas de prosperidad económica a corto plazo estrellaron estos planes. Diez años después este país ha tenido el desarrollo económico más devastador de la región al borde de la bancarrota forzándolos a incrementar sus deudas (Linsdtröm y Eriksson 2009).

SOC y Enfermedades No Transmisibles

Uno de los temas centrales de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS en Nairobi 2009 era la cuestión de la integración de la promoción de la salud de acuerdo con las Políticas Internacionales de Salud y los Objetivos de Salud del Milenio. El plan es centrarse en como afrontar las enfermedades de mayor mortalidad dentro de las enfermedades no transmisibles (ENT). Para llevar esta cuestión adelante queremos presentar cinco de las ENT más importantes y demostrar como están unidas a la salutogénesis. La relación entre el SOC y las enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes, cáncer y salud mental se explora cuidadosamente. Sin embargo, los estudios sobre el impacto que el SOC tiene en enfermedades crónicas de pulmón son limitados. En primer lugar, las enfermedades de mayor mortalidad: ECV, diabetes y cáncer reflejadas en comportamientos de riesgo para la salud subyacentes, consumo de alcohol y tabaquismo, y finalmente un breve análisis de la salud mental.

Si añadimos enfermedades y afecciones relacionadas con la salud mental nos encontramos con un grupo de enfermedades que tienen un gran impacto tanto sobre la morbilidad como la mortalidad en enfermedades crónicas. Todas ellas se están incrementando en sociedades occidentales desarrolladas y también mundialmente incluyendo a países con bajas economías. Además de muerte y sufrimiento a largo plazo el impacto económico en los individuos, en el sistema sanitario, incluyendo a la sociedad como un todo convierte esto en una importante amenaza y preocupación global de salud. Limitar las ECV no sólo tendría un impacto sobre la salud y la economía, sino también sobre el desarrollo sostenible de todo el mundo. En consecuencia la OMS, en sus esfuerzos de integrar la promoción de la salud, ve las ECV como un área prioritaria (OMS 2008). Con todo, a nivel general, el SOC tiene un impacto general sobre el afrontamiento del estrés en relación a las enfermedades crónicas. Debido a todo esto nos centramos especialmente en la base del conocimiento relacionada con las ECV y la salutogénesis.

Enfermedades Cardiovasculares

El número de estudios sobre enfermedades cardiovasculares y el SOC es bastante limitado. Sin embargo, se informa de algunos hallazgos. Los resultados del Estudio del Corazón de Helsinki demuestran que el impacto del SOC en enfermedades coronarias del corazón difiere dependiendo de la ocupación (Poppius 2007). En entornos de empleados de oficina un tercil de SOC bajo tenía una incidencia alta de ECC, 20.1 por 1000 personas-años, mientras que las incidencias en los terciles de SOC moderado y alto eran 10.9 y 12.3 respectivamente. Este efecto no se observó en el entorno obrero. Se han mostrado factores psicológicos para determinar el cumplimiento de los medicamentos antihipertensivos (Nabi, Vahtera et al. 2008). Un SOC fuerte parecía estar asociado con menores probabilidades de ser completamente no adherentes en contraste con ser completamente adherentes (OR 0.55, IC 0.31-0.96), es decir, un SOC fuerte tiene influencia en los comportamientos de salud. Tenemos evidencia convincente de la Investigación Prospectiva Europea sobre el Cáncer. El estudio EPIC-Norfolk en Reino Unido (Surtees, Wainwright et al. 2007; Wainwright,

Surtees et al. 2007) demostró que un SOC fuerte estaba relacionado con una menor incidencia de apoplejías (RR 0.76; 95% IC) tras el ajuste por edad, sexo, infarto de miocardio preexistente, diabetes, tratamientos de diabetes, antecedentes familiares de apoplejías, tabaquismo, presión arterial sistólica, obesidad, clase social, educación, hostilidad y depresión.

Diabetes

Descubrimientos de un estudio israelí demostraron que personas con diabetes tenían niveles más altos de aflicciones psicológicas en comparación con grupos control, a pesar de que las puntuaciones SOC estaban en el mismo nivel (Cohen y Kanter 2004). El SOC estaba indirectamente relacionado con un nivel inferior de aflicción psicológica y con una mejor adherencia. Además, un SOC débil en general se asocia con indicadores de mayor morbilidad y mortalidad. La relación entre un SOC débil y la incidencia de diabetes se examinó prospectivamente entre hombres empleados finlandeses (n = 5827 como evaluación de base) (Kouvonen, Väänänen et al. 2008). Los resultados demostraron que un SOC débil estaba asociado a un 46% más de riesgo de diabetes (≤ 50 años de edad al comienzo). Esta asociación era independiente a la edad, educación, estado marital, aflicción psicológica, autoevaluación de salud, estado de tabaquismo, elevado consumo de alcohol y actividad física. Resultados adicionales respaldaban el efecto positivo de tener un SOC fuerte si se padecía diabetes (Leksell, Wikblad et al. 2005). Personas con la combinación de un SOC fuerte y la habilidad de afrontar la vida diaria (poder) percibían una mejor salud, experimentaban una carga menor de la diabetes y llevaban un control glicérico mejor que las personas que combinaban un SOC débil y sensación de impotencia. Se observó lo mismo en sujetos diabéticos insulín dependientes (Richardson, Adner et al. 2001). Un SOC fuerte se asociaba con una mayor habilidad de afrontamiento en forma de aceptación de la discapacidad.

Cáncer

Se ha investigado mucho sobre la relación entre el SOC y el cáncer centrándose mayoritariamente en los aspectos del paciente. Aquí un SOC fuerte parece tener un fuerte impacto sobre la calidad de vida (Bruscia, Shultis et al. 2008), cuidados paliativos en el hogar (Milberg y Strang 2004, 2005), adaptación al cáncer de mama (Kulik y Kronfeld 2005), el funcionamiento de familias de niños con cáncer (Schmitt, Santalahri et al. 2008). En general un SOC fuerte parece estar relacionado con una buena QoL (Eriksson y Lindström 2007). Además, hay algunos descubrimientos interesantes de un estudio sobre el desarrollo del SOC 8 y 12 años después de la primera medición del SOC. El grupo de estudio estaba compuesto por hombres finlandeses de edad media (n = 5866, inicialmente en su vida laboral).

El objetivo era estudiar el efecto del SOC en caso de incidencia de cáncer (Poppius, Virkkunen et al. 2006). Para todas las combinaciones de cáncer en el seguimiento de 8 años, aquellos con un SOC débil tenían mayor incidencia de cáncer (ratio medio 1.52) comparado con las personas que tenían un SOC fuerte. Este efecto se debilitaba en el seguimiento de 12 años (ratio medio 1.14).

Salud mental

Los problemas de salud mental son un área difícil de definir, pero también se consideran una enfermedad no transmisible (ENT). Esta única área causa una parte significativa de las muertes prematuras y de morbilidad a largo plazo de la población global (Prince, Patel et al. 2007). Consecuencias tales como aislamiento social, privación económica y co-morbilidad son tremendas. Las personas con enfermedades mentales a menudo están expuestas al rechazo social de amigos y de la población. Descubrimientos en un estudio sobre 200 suecos muestran que hubo más experiencias de rechazo asociadas a un sentido de coherencia, empoderamiento y autoestima bajos (Lundberg, Hansson et al. 2009). Por otro lado existen informes sobre como funcionan los procesos salutogénicos, cuanto mayor sea el SOC menores son los síntomas de enfermedades mentales. Un SOC fuerte protege de la ansiedad, depresión, agotamiento y desesperanza, y está fuerte y positivamente relacionado con recursos de salud tales como el optimismo, fortaleza, control y capacidad de afrontamiento (Eriksson y Lindström 1996). Además, durante un periodo de seguimiento de 19 años de empleados industriales finlandeses se asoció un SOC fuerte con una reducción del 40% aproximadamente del riesgo de padecer trastornos psicológicos (Kouvonen, Väänänen et al. 2009).

Conclusiones

No solamente un SOC fuerte tiene una influencia positiva en el afrontamiento de estas ENT. Por otro lado, si miramos las causas de estas enfermedades hay muchos factores de estilo de vida que tienen influencia en el comienzo y afrontamiento de estas, tales como el tabaquismo, consumo de alcohol, elección alimenticia y de actividad física. Un SOC fuerte reduce el tabaquismo, consumo de tabaco y está correlacionado positivamente con los comportamientos saludables aquí mencionados. También es propicio para el bienestar mental y la calidad de vida de forma independiente y en relación con las ENT. Además, el hecho de que los niños con padres con un SOC fuerte muestren una tendencia a elegir comportamientos más saludables es importante. Empezamos a ver la imagen global del ciclo vital y a darnos cuenta del impacto que la aproximación salutogénica podría tener: afectando tanto la incidencia general como el afrontamiento de las personas que sufren ENT. Además de la reducción del sufrimiento también está la reducción del impacto económico sobre la sociedad. Nos percatamos de que tenemos entre manos algo que puede marcar una tremenda diferencia.

Investigación y práctica de la Salutogénesis

Sociedad y SOC

La perspectiva salutogénica puede ser aplicada a nivel de sociedad, de grupo (familias) y a nivel individual. Como sociólogo, Antonovsky era muy consciente del impacto de las condiciones sociales en la salud de las personas dentro de una sociedad. Existen mecanismos en una sociedad para favorecer a las personas con mayor educación, mejor economía, mejor apoyo social e integración social. Esta élite tendrá mejores oportunidades que, de nuevo, pueden influir en su SOC estructural, aunque no desarrolla de forma automática un SOC fuerte. Sin embargo, si se promueve el aspecto ético de la equidad en relación al SOC el escenario cambia. En una conferencia en la Escuela Nórdica de Salud Pública en Gothenburg en 1993 Antonovsky señaló explícitamente la responsabilidad de la sociedad de crear condiciones que produzcan las fortalezas para el afrontamiento, es decir, el SOC. Al final afrontar bien no es una cuestión de libertad de elección individual, la clave está dentro de la sociedad y de las personas que se preocupan unas por otras (Antonovsky 1993c).

Otro potencial para 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; Ståhl, Wismar et al. 2006; Lindström y Eriksson 2009). Esto significa que las aproximaciones políticas se utilizan para construir la coherencia necesaria para formar sociedades promotoras de salud basadas en la salutogénesis. El efecto social va más allá del sector de la salud afectando no solamente a los servicios de salud, sino a todos los demás sectores clave centrándose simplemente en los factores y estructuras necesarios para producir una dirección saludable, coherente y sostenible en la sociedad. Este proceso involucra fortalecer los recursos de resistencia generalizados, creando GRR nuevos y haciendo a los ciudadanos conscientes de ellos y capaces de identificarlos y utilizarlos.

Otra área en la que es necesario profundizar en el futuro es el uso del SOC como indicador de un desarrollo de salud positivo. Esto todavía hay que llevarlo a cabo. La Comisión Europea y el Programa Europeo de Monitorización de la Salud (HMP) y el Consorcio de la UE sobre el Desarrollo de Indicadores para la Promoción de la Salud han estado desarrollando una serie de indicadores de salud mental para un sistema de monitorización de salud integral (Bauer, Davies et al. 2003). En una revisión Korkeila y colaboradores listan una serie de indicadores de salud mental, entre otros incluyen factores sociodemográficos, redes sociales, eventos vitales, factores de salud mental y bienestar, experiencias subjetivas del individuo incluyendo salud y QoL, morbilidad y discapacidad (Korkeila, Lehtinen et al. 2003). Independientemente del hecho de que el concepto de sentido de coherencia de Antonovsky no se menciona como indicador de salud separado en esta lista, los autores discuten y consideran el SOC como un indicador positivo de la salud mental. Uno de los indicadores de salud mental es la discapacidad debido a la reducción de

funcionalidad. El concepto de Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad (EVAD) es un concepto utilizado frecuentemente en estadísticas vitales. El EVAD es una extensión del concepto de años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP). EVAD mide la pérdida de años de vida sana causada por discapacidad (Murray, Salomon et al. 2002).

Aunque Antonovsky utilizó la salutogénesis como un concepto sociológico y de sistema, ha sido raramente usado a nivel de sociedad (Eriksson y Linsdtröm 2007). Antonovsky publicó un artículo donde el concepto salutogénico se discutía a nivel de sociedad (Antonovsky 1993c). La base de evidencia contemporánea y su fundamento hablan a favor de tal aproximación. La salud sirve como recurso a nivel individual y todas las sociedades deberían desarrollar servicios de salud pública de alto estándar. La promoción de la salud podría ser el método para alcanzar este resultado en el que la aproximación salutogénica podría ser el medio para llegar a ésta.

Nivel individual y de grupo

El modelo salutogénico ha sido aplicado en la intervención y tratamiento de grupos e individuos en terapias de familia (Hansson y Cederblad 2004), en tratamientos de jóvenes con desorden de conducta (Hansson, Olsson et al. 2004), en terapias conversacionales de personas con problemas de salud mental (Langeland, Riise et al. 2006; Langeland 2007), en terapias convencionales de mujeres que habían sufrido abusos sexuales durante la infancia (Lundqvist, Svedin et al. 2006), en intervenciones estructuradas de enfermería para mejorar la habilidad de afrontamiento de pacientes de cáncer (Delbar y Benor 2001), en programas educativos posteriores a intervenciones de cáncer de mama (Koinberg, Langius-Eklöf et al. 2006), en rehabilitación de salud mental (Griffiths 2009), en discusiones éticas en lugares de trabajo para grupos interprofesionales (Forsgårde, Westman et al. 2000), en formación de relaciones de grupo en lugares de trabajo (Cilliers 2001), en la prevención del agotamiento entre enfermeras (Vinje y Mittelmark 2006; Forbech Vinje 2007), en programas a corto plazo de intervención de grupos para pacientes híper-sensitivos a la electricidad (Hillert, Savlin et al. 2002), en psicoeducación en esquizofrenia (Landsverk y Kane 1998) y en supervisión sistemática clínica en enfermeras (Pålsson, Hallberg et al. 1994, 1996).

Malterud ha descrito como la aproximación salutogénica puede ser desarrollada dentro de un diálogo salutogénico (Malterud y Hollnagel 1998, 1999). El concepto salutogénico ha sido aplicado en la Clínica Psiquiátrica Infantil y Adolescente de la Universidad Clínica de Lund como forma para evaluar si las acciones de los profesionales siempre habían propiciado el SOC del paciente. Además, una intervención del sistema sanitario utilizando la aproximación salutogénica en la práctica se ha llevado a cabo en la clínica Psiquiátrica del Hospital Buskerud en Noruega. Se utilizaron ítems del cuestionario SOC como base para la discusión con jóvenes con problemas de salud mental. Solamente el enfoque en los

recursos y potenciales le dieron la vuelta a la perspectiva y abrieron nuevas posibilidades para los pacientes (Dr Lars Hammer, comunicación personal, 2010).

Investigación

Antonovsky dijo “Si nunca hacemos preguntas nunca obtendremos respuestas”. La pregunta salutogénica, qué crea salud, fue su innovación y proporciona una respuesta diferente al enfoque único sobre los riesgos y enfermedades. Esto significa que la investigación debería integrar tanto riesgos como recursos *simultáneamente* para ser llamado salutogénica. Sugerimos un simple modelo para estudios en salutogénesis comenzando con un enfoque sobre la salud en relación con la vida, calidad de vida con un enfoque en individuos o sistemas, además de la exploración de riesgos y factores de protección. Esto lleva a identificar qué recursos de resistencia generalizada serían relevantes y qué mecanismos podrían mejorar el sentido de coherencia. Si esto además se pone dentro del marco de la promoción de la salud todas las piezas del puzzle encajan. Así es como la política de salud pública se construyó y concibió en uno de los países bálticos (Lindström y Eriksson 2009).



© Bengt Lindström, Monica Eriksson, Peter Wikström

Figura 13. Modelo de investigación salutogénica para la exploración de la salud.

Crítica a la teoría salutogénica

No hay teoría más sólida que su eslabón más débil, y esto también va por la teoría salutogénica. Objeciones críticas contribuyen al desarrollo de una teoría. Aquí se presentan algunos puntos de vista críticos, y posteriormente se examinan en base a los resultados de la evidencia de la continua revisión de la investigación.

Ha habido muchos aspectos de crítica: el concepto SOC es poco claro psicométricamente (Korotkov 1993, 1994; Stifoss-Hansen y Kallenberg 1996; Larsson y Kallenberg 1999; Schnyder, Büchi et al. 2000), la teoría se ve frustrada por la emotividad (Carmel y Bernstein 1989; Korotkov 1993; Flannery, Perry et al. 1994), hay otros conceptos disponibles para explicar la salud y una falta de evidencia de la estabilidad en el tiempo (Geyer 1997).

Aspectos sobre las cualidades psicométricas

El concepto SOC ha sido criticado desde un punto de vista psicométrico (Larsson y Kallenberg 1999). Sin embargo, la estructura del concepto SOC todavía no queda completamente clara. Es necesaria más investigación para aclarar la estructura y sus diferentes dimensiones. El SOC parece tener un carácter multidimensional más que unidimensional (Feldt 2000). Sin embargo, vemos que no es necesario desarrollar versiones nuevas y diferentes en el presente. Más bien es necesario tener menos y por el contrario centrarse en la estandarización de los instrumentos. En cambio sería más apropiado introducir métodos cualitativos para el análisis. Las posibles coincidencias con constructos similares a nivel individual pueden ser consideradas una debilidad de la teoría. A día de hoy existen muchos estudios que informan de resultados sobre la relación entre el SOC y constructos tales como el locus de control, fortaleza y depresión. Los descubrimientos muestran que hay similitudes y diferencias y hay algunas funciones solapadas entre estos constructos. Comentaremos sobre algunos de los conceptos relacionados en más detalle. Por ejemplo, la salutogénesis no mide solamente la ausencia de depresión, sino que añade algo diferente, la dimensión de la salud. La presente síntesis de investigación y la continua revisión sistemática demuestra la extensión contemporánea de los tests empíricos, y por medio de éstos, la base de evidencia de la salutogénesis (Eriksson 2007). Sin embargo, la salutogénesis es más que la simple medida del SOC.

Falta de evidencia de la estabilidad en el tiempo

La falta de una fuerte evidencia de la estabilidad en el tiempo del SOC ha sido criticada (Geyer 1997). En su artículo Geyer hace referencia solamente a tres estudios de 1990 con un seguimiento de un año. Antonovsky (1987) asumía que el SOC estaba completamente desarrollado a la edad de 30 años y a partir de ahí era relativamente resistente a cambiar. Sin embargo, afirmó “*también hay cambios temporales, fluctuaciones alrededor de una media*” [ibídem p.124]. A día de hoy se han conducido muchos estudios longitudinales, los

cuales muestran evidencia de la estabilidad del SOC (ver tabla 1). El SOC parece ser relativamente estable en el tiempo, al menos para personas con un SOC inicial fuerte, pero no tan estable como Antonovsky asumía. El SOC tiende a incrementarse con la edad durante el transcurso de toda la vida. La posibilidad de una fluctuación temporal se tiene que tener en cuenta. Si se intentan llevar a cabo intervenciones a corto plazo los resultados pueden confundirse por tales fluctuaciones. Por tanto es importante recordar que estamos tratando con SOC, una orientación a la vida que debería ser más bien estable.

Débil relación entre el SOC y la salud física

Flensburg y colaboradores (Flensburg-Madsen, Ventegodt et al. 2006; Endler, Haug et al. 2008) han cuestionado la validez del cuestionario SOC original, especialmente en lo que se refiere a la débil relación entre la salud física en contraste con la salud mental, y por tanto han desarrollado dos escalas nuevas, el SOC-II y el SOC-EII. La débil correlación con la salud física no resulta sorprendente, ya que el SOC habla principalmente de la habilidad mental, social y espiritual de afrontar la vida. Pensando en otra persona que abordó la significatividad, Viktor Frankl, quien también fue víctima del Holocausto, dijo que no fue el más fuerte físicamente quien sobrevivió, sino las personas que supieron encontrar y mantener un significado en este Infierno creado por hombres (Frankl 2004). Sin embargo, no debemos subestimar la dimensión física, tampoco el propio Antonovsky lo hizo. El dolor y las habilidades/limitaciones funcionales, todas esenciales para la salud física, se definieron en el continuo bienestar-enfermedad (Antonovsky 1979). Flensburg y colaboradores añadieron emociones tales como enojo, alegría, pena y deseo sexual. Más investigaciones tendrán que confirmar si esto es empíricamente razonable. El origen de la teoría salutogénica, sin embargo, surge de condiciones de cómo afrontar el estrés y la tensión, incluyendo las emociones. Antonovsky nunca excluyó las emociones, ni positivas ni negativas, del concepto SOC. Las emociones, como el enojo, y la relación con el SOC se discutieron en su segundo libro de 1987.

Otros conceptos disponibles que explican la salud

Aquí se consideran algunos conceptos aplicados a nivel individual. En la crítica de Geyer al concepto SOC (1997), como ejemplos se usaron dos conceptos que Geyer pensaba que estaban muy relacionados con el SOC, estos son la *fortaleza* (Kobasa 1982) y la *autoeficacia* (Bandura 1977). Ambos pueden explicar parte de lo mismo como el SOC. Geyer señala cuales son las similitudes y las diferencias entre estos dos conceptos, ambos actuando a nivel individual.

En primer lugar el concepto de fortaleza o constructo de propensión de la salud. En línea con la aproximación de Antonovsky, Kobasa formuló la pregunta salutogénica de por qué algunas personas expuestas a situaciones de estrés se mantenían bien, mientras que otras no. El concepto de fortaleza, derivado de la teoría existencial de la personalidad, se basa en

diferentes términos, pero está relacionado con las mismas dimensiones, estas son control (la manejabilidad de Antonovsky), compromiso (significatividad) y reto (comprensibilidad y significatividad). Antonovsky era consciente del potencial solapamiento con el concepto de fortaleza y discutió esto en detalle en su segundo libro (Antonovsky, 1987, p. 35-38). En su opinión las teorías de la fortaleza y el SOC son dos teorías separadas. Hay otros autores que han discutido la relación entre los conceptos de fortaleza y SOC posteriormente. En un estudio sobre pacientes con enfermedades cardiovasculares Kravetz utilizó cinco medidas de propensión a la salud y tres medidas de efectos negativos (Kravetz, Drory et al. 1993). Los resultados de correlación entre estas medidas y análisis de confirmación de factores indicaron que aunque las medidas de propensión a la salud estaban negativamente relacionadas con medidas de efectos negativos estas dos series de medidas y constructos podían diferenciarse la una de la otra. El SOC era más adherente a los efectos negativos que la fortaleza. En otro estudio Newton determinó la relación entre la fortaleza y el SOC, utilizando la Escala de Fortaleza Relacionada con la Salud (Newton 1999) en un estudio sobre pacientes de trasplante de hígado que se reincorporaban al trabajo. La fortaleza estaba moderadamente asociada con el SOC ($r = 0.46$). En un modelo de regresión bivariada la fortaleza explicaba el 21 por ciento de la variación del SOC. Esto significa que la información en este estudio respaldaba la teoría del SOC. Finalmente, se encontró respaldo para el solapamiento del constructo entre fortaleza y SOC entre estudiantes americanos (Smith y Meyers 1997). Aquí el SOC estaba relacionado con otras medidas de personalidad tales como la desesperación, autoeficacia, fortaleza y locus de control. Los resultados mostraron que el SOC se predecía por una mayor autoeficacia general, menor percepción de estrés, mayor fortaleza, un locus de control interno más fuerte y ser mujer, así pues en la misma dirección que Antonovsky asumía. SOC, fortaleza y autoeficacia parecen medir constructos muy similares.

El posible solapamiento conceptual con el constructo de autoeficacia formaba parte de la crítica de Geyer (1997). El propio Antonovsky discutía las similitudes y diferencias entre el SOC y la autoeficacia, concluyendo que era una explicación poco probable el considerar la autoeficacia como análoga al constructo del SOC (Antonovsky 1987, p.59). Sólo unos pocos estudios han medido la autoeficacia junto con el SOC. La correlación denunciada con el concepto de SOC tiene un rango de entre 0.10-0.66 entre los estudiantes (Smith y Meyers 1999). Ninguno de ellos ha aplicado un análisis discriminatorio para los dos conceptos. En consecuencia es necesaria más investigación para discriminar entre autoeficacia y SOC. Hasta ese momento la crítica de Geyer estará justificada.

Otro concepto que posiblemente solape el SOC es el constructo del *locus de control* (Rotter 1966). Amirkhan y Greaves exploraron los mecanismos subyacentes detrás del SOC entre estudiantes universitarios ($n = 116$) con el objetivo de discriminar entre la coherencia y controlabilidad medidas por la Escala de la Autoeficacia General y la Escala de Esferas de Control (locus de control) (Amirkhan y Greaves, 2003). Se examinaron tres mecanismos

posibles: perceptual, atribucional y conductual. Los resultados demostraron que los dos conceptos, coherencia y control, eran claramente diferentes.

La coherencia no era idéntica al control. El SOC aquí parecía operar por medio de una influencia perceptual. Las personas con un SOC fuerte percibían que la mayoría de eventos vitales eran coherentes. También había evidencia de un mecanismo conductual. Individuos con un SOC fuerte tendían a tener una capacidad de afrontamiento más adaptable.

También encontramos la crítica que afirma que hay otros conceptos que pueden explicar la salud, pero nuestro punto de vista sigue subrayando cómo de sólida es la contribución del concepto SOC a la promoción de la salud. Antonovsky nunca afirmó que el SOC fuera la única y final solución. A pesar de tener algunas indistinciones conceptuales que necesitan más investigación, el valor de la aproximación salutogénica con enfoque en los recursos de las personas es de un valor indiscutible para la investigación de la salud.

Aprendizaje saludable

El proceso de salud puede verse como un proceso de aprendizaje donde reflejamos sobre qué creará salud, qué recursos para la salud estarán disponibles y cómo mejorar la calidad de vida. Como se ha mostrado anteriormente en este libro es obvio que se puede dar a la Carta de Ottawa una interpretación salutogénica (Eriksson y Lindström 2008). Ambas pueden verse como procesos de aprendizaje a lo largo de la vida. En promoción de la salud el proceso de aprendizaje salutogénico puede verse nuevamente como el proceso de salud que lleva a mejorar la calidad de vida y bienestar. Esto significaría que la promoción de la salud podría funcionar como una *orientación saludable* general, la aproximación clave de la salutogénesis.

Otro aspecto es el hecho de que uno de los procesos clave de la promoción de la salud, el empoderamiento, es más un principio al que le falta un fundamento teórico. Nuevamente, mirando la educación para la salud con ojos “salutogénicos” y los modelos presentados en este libro, añadiendo también una fuerte base de evidencia salutogénica que lleva a resultados saludables, es obvio que el proceso salutogénico podría ser una manera efectiva de gestionar la educación para la salud. Desde esta perspectiva resulta difícil entender que este pensamiento y acción no se haya utilizado más.

Históricamente, desde comienzos del s. XIX la educación para la salud ha sido la aproximación central de la intervención de Salud Pública. La educación para la salud se ha centrado principalmente en aspectos higiénicos, pero también entró dentro del currículo escolar cuando las escuelas primarias se hicieron públicas (Butler 2001). Los dos conceptos clave “salud” y “educación” históricamente se han desarrollado de forma diferente. Las actividades de “salud” se han centrado total y principalmente en la protección, reducción de

riesgos o prevención, dejando los aspectos más amplios e integrales de la salud inexplorados. Respecto a la “educación” ha habido un desarrollo más dinámico donde se han introducido diferentes conceptos: *comunicación* para la salud, *fomento* de la salud, *pedagogía* de la salud, *conocimiento* para la salud. El último en la fila es la *alfabetización* para la salud. A la alfabetización para la salud se le han dado muchas definiciones que se centran principalmente en la habilidad para entender los mensajes o textos de salud y, por otro lado, la habilidad para navegar por el sistema sanitario (Nutbeam 2000, 2008, 2009). De estas definiciones la más completa tal vez sea la que da Kickbusch: “La alfabetización para la salud es la habilidad para tomar decisiones de salud coherentes en el contexto de la vida diaria: en casa, en la comunidad, en el lugar de trabajo, en el sistema sanitario, en el mercado y en el área política. Se trata de una estrategia de empoderamiento fundamental para aumentar el control de las personas sobre su salud, su habilidad para buscar información y su habilidad de tomar responsabilidad es una estrategia crítica de empoderamiento” (Kickbusch, Wait et al. 2005, p.8).

De hecho la OMS, en su Conferencia Mundial para la Promoción de la Salud más reciente, en Nairobi 2009, cambió el vocabulario de las áreas de acción de promoción de la salud de Ottawa y ahora utiliza “alfabetización para la salud y comportamiento de salud” sustituyendo el anterior “Desarrollo de habilidades individuales” (OMS, Llamada a la Acción de Nairobi 2009). Sin embargo es difícil cambiar la mentalidad del público, practicantes y académicos. En el fondo poco ha cambiado con el paso del tiempo, se ha visto un método para “enseñar” conocimiento -experto- de salud a grupos específicos o al público general.

Volviendo a la parte de la “salud” del concepto el conocimiento se desarrolló en línea con el creciente conocimiento de qué causa enfermedad o afección, y concebido como lo opuesto a la enfermedad durante cientos de años hasta mediados del s. XX. Dos ventanas de oportunidad se abrieron. En primer lugar, la definición de salud de la OMS, basada en el bienestar como se declaró en 1948. Sin embargo, la mayoría de actividades para la salud continúan como antes en la “edad de oro” de las intervenciones y modificaciones de los comportamientos de riesgo durante las décadas de los 60 y los 70. La política cambia después de 1977 cuando la OMS amplía la aproximación y sale del sector estrictamente sanitario lanzando su programa global de Salud para Todos en el año 2000 incluyendo su objetivo de “añadir vida a los años”, es decir, calidad de vida y bienestar (OMS 1981). Las nociones elementales de la promoción de la salud se encontraban en el documento de principios de promoción de la salud de la OMS de 1984, manifestado finalmente en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud en 1986 (OMS 1986a).

En segundo lugar, la promoción de la salud incluía una nueva dirección en salud pública teniendo un elemento fundamental de cambio para permitir la reconsideración de la salud y de la educación para la salud (Nutbeam 2009). Se introducía una nueva serie de valores tanto para la parte del concepto de “educación” como “salud”. Un fuerte énfasis para

involucrar y empoderar al propio público en las actividades y decisiones que implican a la salud donde la propia salud se ve como un proceso a lo largo de la vida y como un recurso para el bienestar, llegando así más allá de las visiones tradicionales del sector de la salud. La salud se convirtió en un recurso o activo importante para la vida.

Aunque la investigación salutogénica se utiliza en diferentes disciplinas las ciencias de la educación raramente están involucradas (Nilsson 2004; Quennerstedt 2006), con algunas excepciones tales como niños con necesidades especiales (Lindström 1999) o dificultades de aprendizaje (Margalit y Efrati 1996; Lackaye y Margalit 1996). Un estudio longitudinal sobre estudiantes universitarios japoneses (Togari, Yamazaki et al. 2008) vinculaba un SOC fuerte con un buen bienestar mental y físico futuro incluyendo un mayor interés por aprender. Lundgren (2002) ha mostrado como el concepto SOC se puede usar en el contexto de escuelas desarrollando estrategias para la habilidad de influenciar en su propia situación a los estudiantes. Aquí la habilidad para desarrollar actitud enfocada a un mayor sentido de la realidad y comprensibilidad era central. No resultó sorprendente que el proceso de aprendizaje se desarrollara como una interacción constante entre los estudiantes y el entorno escolar creando patrones globales y significativos.

Introducción de la aproximación salutogénica de la educación para la salud: el “aprendizaje saludable”

Como se afirma anteriormente los resultados de salud para las personas que generan un SOC fuerte son una vida más larga, tendencia hacia comportamientos de salud más constructivos (ejercicio, hábitos alimenticios...), menos comportamientos dañinos para la salud (alcohol, tabaquismo...), mayor tolerancia al estrés y finalmente mayor capacidad para afrontar con éxito enfermedades agudas o crónicas. Según parece las personas que aprenden a desarrollar un SOC fuerte, más o menos como un efecto secundario, experimentan una mejor calidad de vida y salud percibidas, y una mejor salud mental (Eriksson 2007). En términos salutogénicos la clave parece estar en como ellos mismos en interacción con sus entornos abordan la vida como un todo y la encuentran significativa, gratificante y alentadora a un nivel más profundo. Si la educación para la salud utilizara métodos para esto probablemente el resultado sería mejor (Lindström y Eriksson, en prensa). La palabra saludable parece apropiada ya que indica la dirección y el modo en que las personas/sistemas deberían abordar el tema de la salud. La “aproximación del entorno” en promoción de la salud ha utilizado estas palabras (ciudad saludable, escuelas promotoras de salud). También ha sido utilizada en la creación de políticas (políticas públicas saludables). El concepto *aprendizaje* se utiliza porque es un concepto de más empoderamiento, más inspirado en Freire que la educación, donde el procesamiento de eventos, hábitos y experiencias vitales se hace de forma reflectiva (los eventos de la vida se reflejan en el conocimiento y experiencia previas, encontrando las capacidades internas disponibles, o qué o a quién involucrar exteriormente para encontrar una solución. También ser capaces de proyectar posibles soluciones en el futuro, evaluando cual sería la mejor

aproximación a largo plazo, en el curso de la vida. Mantener la confianza de que el problema puede ser resuelto con o sin apoyo de personas y contexto. Este proceso desarrolla la competencia de la acción (Bruun Jensen y Schnack 1997) otorgando un repertorio más amplio para afrontar la vida (Nordenfelt 2000). Este es un proceso profundo que involucra toda la experiencia humana de la vida como tal, más bien alejada de la educación para la salud tradicional.

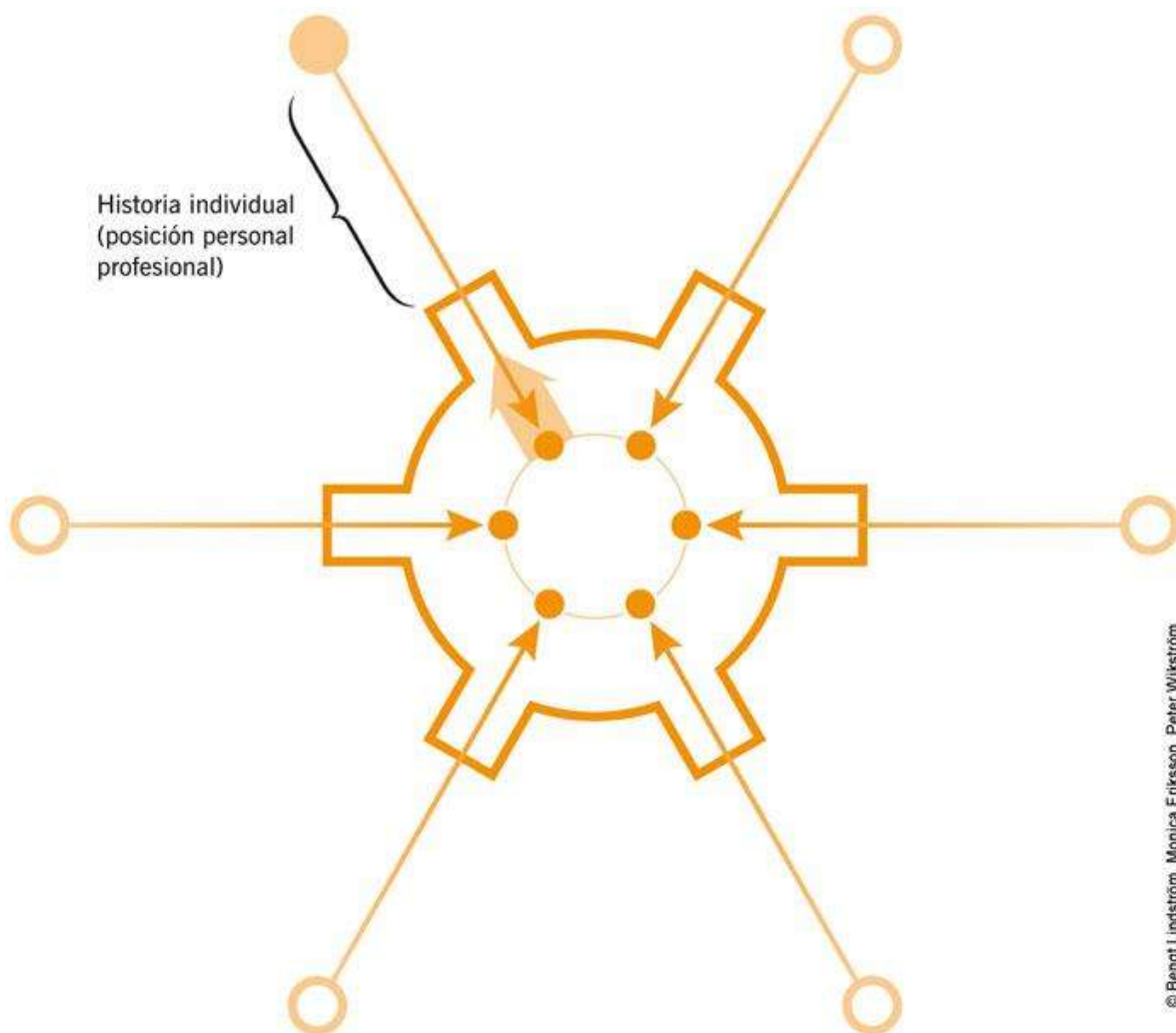


Figura 14. Modelo interdisciplinario para construir coherencia y comunidad.

Leyenda de la figura:

1. El individuo (la cola)

En primer lugar cada individuo sistemáticamente refleja cuales son los GRR personales más importantes. Se tienen que poseer al menos cuatro áreas para la formación de un SOC fuerte (apoyo social, sentimientos interiores, existenciales coordinados y una actividad

diaria significativa). Esta reflexión puede convertirse en una narrativa histórica, cómo he desarrollado estas áreas a lo largo de la vida. En segundo lugar, es necesario ponerse a uno mismo dentro del propio contexto histórico (¿qué me ha hecho lo que soy?). Para movernos por el campo profesional de la interdisciplinariedad se tiene que aclarar la propia formación profesional (educación y posición, es decir, qué disciplina y qué sector). En tercer lugar, posicionar lo anterior en un marco local y nacional: cómo encajan mis antecedentes y se relacionan en el sistema, política y estrategias generales para hacer a la persona consciente de sí misma como profesional dentro de todo el sistema. (cuadrado abierto). Un sentido coherente de sí mismo emerge, como dijo Aristóteles “Cónocete a ti mismo para conocer a los demás.”

2. Campo de la interdisciplinariedad (el círculo)

Moviéndonos hacia el campo de la interdisciplinariedad.

Llegados a este punto los individuos son conscientes de los antecedentes individuales en términos de historia y posición personal y profesional en el sistema. (cuadrado abierto del la figura). Juntos, los cuadrados forman un círculo, el campo de la interdisciplinariedad. Un paso crucial antes de la acción es contar la historia de uno mismo y compartirla con los demás. Esto crea una comprensión que es importante para el sentido de comunidad.

Ahora es posible participar e interactuar en el campo común donde cada individuo de forma activa puede reflejar tanto a nivel individual como de comunidad compartiendo los antecedentes y experiencias propias con los demás y formar una comunidad. Para hacer esto de forma productiva y activa hay ciertas reglas que hay que definir antes de entrar en acción.

Reglas interdisciplinarias para la acción

Las reglas son simples: Respeta a los demás como a ti mismo, comparte y escucha, y contribuye con tus propios antecedentes y experiencia. Céntrate en la tarea, el problema que debe ser resuelto y desarróllalo como un hecho común sobre el que todo tiene la misma influencia. La interdisciplinariedad requiere de habilidad para usar la perspectiva y disciplina personal, para compartir e integrarse con los demás. Una razón por la cual el trabajo interdisciplinar a menudo falla es simplemente porque no conocemos los antecedentes y posición de los demás dificultando esto la comprensión. A veces el trabajo está dominado y roto por otras personas o profesiones adquiriendo poder.

Para dar un ejemplo práctico: Si tienes un encargo internacional que tiene que ser resuelto de forma interdisciplinaria, digamos que quieres entender como los valores y Principios de la Carta de Ottawa funcionan en referencia a un problema/tarea específico de salud a nivel interdisciplinario e internacional. Primero necesitas pasar por todos estos pasos como preparación antes de discutir y resolver el problema en este contexto. Existen muchos modelos contextuales ecológicos en promoción de la salud que pueden servir de ayuda para

elaborar esto, por ejemplo el modelo SOC, el modelo de promoción de la salud Hancock, el modelo Bronfenbrenner de desarrollo infantil, el modelo contextual de QoL (Lindström 1993), el modelo de calidad de vida de Toronto Ser, Pertenecer y Transformarse (Renwick y Brown, 1996), el modelo del bienestar Swedner Tener-Tomar-Dar (Swedner, 1983), la Dimensión Eudemonista del modelo del florecimiento de Keyes (Keyes, 2002). Todos tienen en común intentar contextualizar sistemas e individuos utilizando modelos y procesos ecológicos de pensar.

Hemos intentado comprimir todos los elementos del documento de principios de la Carta de Ottawa y de la interpretación salutogénica en una breve lista que puede ser puesta en práctica en caso de que, por ejemplo, se vaya a llevar a cabo una evaluación de un proyecto o que debe servir de ayuda para comprobar si se han usado todos los elementos necesarios en el mismo proyecto. Lo hemos probado y funciona.

El modelo FÁCIL

- Céntrate en los *recursos* para la salud
- pon todo dentro del *contexto* (tales como niño-familia-escuela)
- *proceso, proceso, proceso*: pensar a largo plazo.
- *calidad de vida*, porque es lo que hace que tenga sentido para el grupo objetivo y proporciona una pista sobre en qué centrarse para que se involucren e interesen en el tema: un prerrequisito el *empoderamiento*
- *sujetos activamente participativos* (Derechos Humanos)

de modo que

- realmente estás buscando qué recursos crean salud
- estás considerando al grupo objetivo dentro de un contexto, la sinergia de mecanismos a un nivel mayor ayuda en lo que estés trabajando
- estás involucrado en el tema de la calidad de vida
- cómo se considera e integra el empoderamiento
- estás intentando construir todo un sistema alrededor del tema en el que trabajas (política pública saludable), están todos los mecanismos en su lugar desde una perspectiva a largo plazo
- tienes la habilidad de ver la perspectiva actual del público/sistema, esto quiere decir, que tienes un sentido PARA la coherencia que hace posible que el grupo objetivo desarrolle un sentido DE coherencia

Algunos conceptos relacionados con el SOC

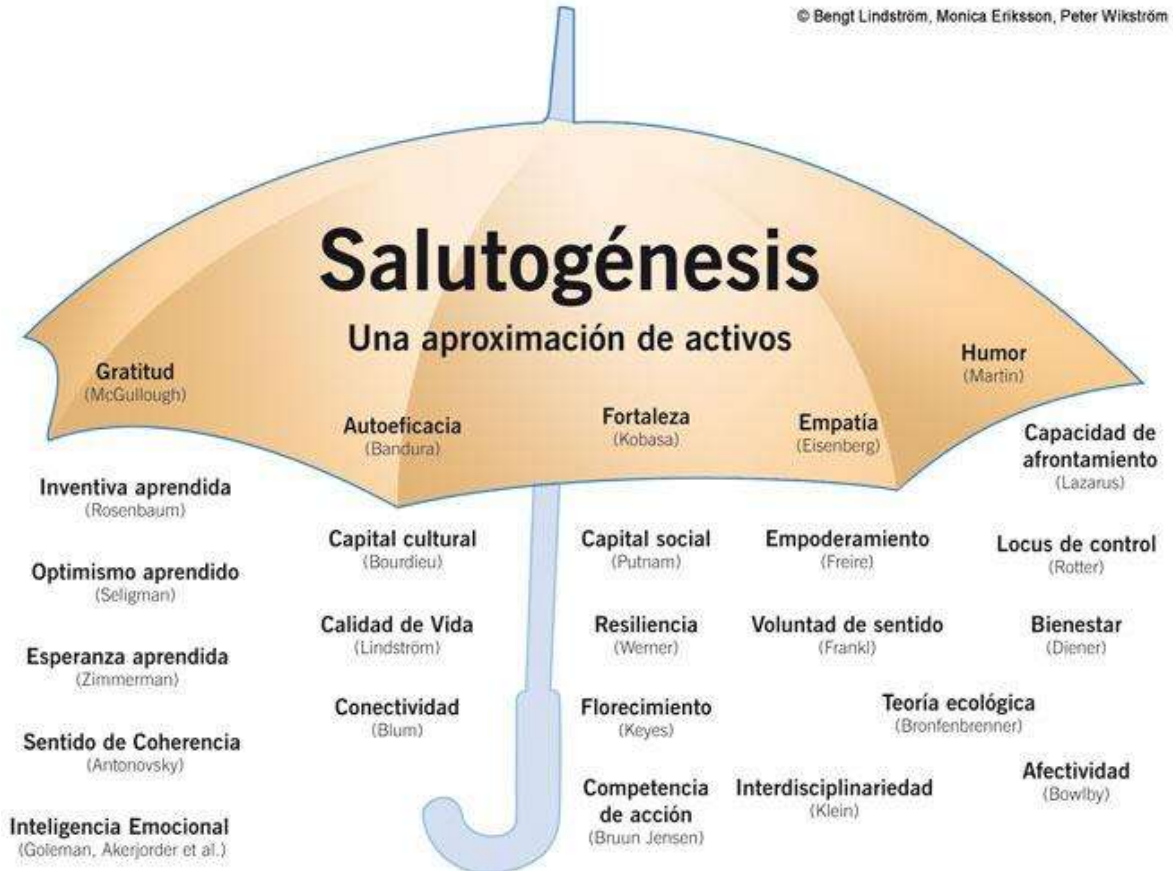


Figura 15. Paraguas salutogénico. Modificado según Eriksson y Lindström, 2010.

La Salutogénesis es mucho más que la simple medida del Sentido de Coherencia, es un concepto mucho más amplio que se centra en recursos, competencias, habilidades, activos a diferentes niveles, el individual, el de grupo como las familias, y también las sociedades. La figura 15 muestra algunas otras teorías que contribuyen a la explicación de la salud.

Existen similitudes y diferencias entre la teoría salutogénica y las teorías y conceptos de la figura. Todas las teorías mencionadas incluyen elementos y dimensiones salutogénicos. El enfoque central son los recursos para la salud y calidad de vida. La OMS utiliza el término de aproximación de activos mientras que nosotros utilizamos aproximación de recursos (Morgan y Ziglio 2007).

Resiliencia

Seguidamente se examinan algunos conceptos relacionados con el SOC. Empezamos con el concepto de resiliencia, para muchos un concepto familiar relacionado con la capacidad de afrontar adversidades (Werner y Smith, 1982, 2001; Rutter, 1985; Garmetzy y Rutter, 1988; Luthar, 2003). ¿Describen lo mismo la resiliencia y el SOC? En nuestra opinión la

respuesta es no. Sin embargo existen similitudes y diferencias entre los dos conceptos (Eriksson y Lindström, en prensa). En primer lugar, el punto de partida es completamente diferente. Mientras que Antonovsky hace referencia a un resultado positivo independiente al estrés bajo ciertas condiciones, la investigación de la resiliencia comienza reconociendo el riesgo para un resultado negativo de salud. Ambos conceptos están orientados al proceso (en un continuo), no parte de características personales. La teoría salutogénica describe recursos de resistencia generalizados, factores que crean prerequisites para el desarrollo del SOC. La investigación de la resiliencia sigue un razonamiento similar, pero los llama factores protectivos para un resultado de salud positivo. Tanto el concepto SOC como el concepto resiliencia pueden ser aplicados a niveles diferentes, el individual, de grupo (familias) o sociedades. La medición de los dos conceptos difiere. El SOC puede ser medido por medio de una de las escalas originales (SOC-29, SOC-13) o algunas versiones modificadas en cuanto a que los ítems tienen los mismos nombres pero las alternativas de puntuación y el número de ítems incluidos difieren. Dependiendo de a que nivel se esté estudiando la resiliencia es necesario usar escalas diferentes con ítems diferentes.

Florecimiento como expresión de la salud mental

La salud mental de las poblaciones es una preocupación importante para las naciones y la salud mundial (OMS, 2004, 2005). Sin embargo es necesario aclarar la salud mental conceptualmente. ¿Sólo significa la ausencia de enfermedades mentales o es algo más? Una forma de aproximarnos y entender esto de forma más profunda es ver las enfermedades mentales como florecientes (Keyes, 2002, 2006, 2007). Esto significa que estamos hablando de un continuo de salud mental, derivado del marco salutogénico de salud (continuo bienestar/enfermedad) y completado posteriormente con el paradigma patogénico viendo la salud como la ausencia de enfermedad. La salud mental descrita como floreciente, opuesta a languideciente, es una nueva aproximación en la investigación del bienestar (vivir una buena vida). Han emergido dos dimensiones globales, un dimensión hedónica de bienestar (emociones positivas hacia la vida) y bienestar eudemonista (funcionamiento psicológico y social positivo en la vida) (Keyes, 2007). Son signos de salud mental sentirse felices con la vida, encontrar interés en la vida y estar satisfecho con la vida (bienestar eudemonista). Además, los signos del bienestar eudemonista son sentimientos de que se es capaz de contribuir con la sociedad, sentimientos de crecimiento y potencial social, aceptación de los demás, interés y coherencia social, y autoaceptación (Keyes, 2002, 2005). La salud mental como floreciente es un concepto y aproximación con una orientación claramente salutogénica, centrándose en el potencial y fortalezas de las personas a la vez que teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad mental. Los dos conceptos, florecer (presencia de salud mental) y languidecer (ausencia de salud mental) se aplicaron en el Estudio de la Mediana Edad en Estados Unidos de 1995 (Keyes, 2002). Los resultados demostraron que individuos en florecimiento denunciaban el menor absentismo laboral, los que menos medio día o reducciones de trabajo más largas, capacidades

psicosociales más saludables (bajo nivel de desesperación, objetivos claros en la vida, alta resiliencia y alta intimidad), el menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, el menor número de enfermedades físicas crónicas con la edad, las menores limitaciones de salud en actividades de la vida diaria, y el menor uso de la atención sanitaria (Keyes 2007, p.95). Esta es una aproximación de valor para la promoción y práctica de la salud mental que contiene muchos elementos salutogénicos. Sin embargo, a diferencia del SOC parece ser que el florecimiento decrece con el envejecimiento (Keyes 2009).

Conectividad

El concepto de conectividad está fuertemente relacionado con la salud mental y capacidades mentales (Blum, McNeely et al. 2002). Sentimientos de estar vinculado a un contexto y percibir coherencia (dimensión salutogénica) tienen impacto en la salud adolescente. El núcleo del concepto es la percepción de los adolescentes de que los adultos en un sentido profundo se preocupan por ellos, en escuelas, familias, en grupos de semejantes, en el vecindario, en sociedades. Está fuertemente asociado con los contextos culturales y sociales donde viven los adolescentes (McNeely y Falci, 2004; Bond, Butler et al. 2007; Frazer y Pakenham, 2009), con escuelas (McNeely y Falci 2004; Loukas, Ripperger-Suhler et al. 2009), con familias (Boutelle, Eisenberg et al. 2009; Dwairy y Achoui, 2010), con el apoyo de los profesores (McNeely y Falci, 2004) y, finalmente, con comportamientos más saludables en términos de resistencia ante el tabaquismo, uso de drogas y alcohol (Blum, 2003; Rasmussen, Damsgaard et al. 2005). Conceptualmente el concepto de conectividad es bastante complejo y necesita más aclaraciones conceptuales sustanciales (Barber y Schluterman, 2008). Son raras las investigaciones sobre la relación entre el concepto de conectividad y el SOC. En nuestro conocimiento existen algunos proyectos de investigación en marcha, sin embargo todavía se tienen que publicar los resultados.

Empoderamiento

El concepto de empoderamiento ha suscitado un interés considerable entre investigadores de muchas áreas diferentes tales como la psicología social, psicología de comunidades, ciencias sociales, educación y salud pública, y promoción de la salud (Eklund 1999, Herman 2004). A pesar de que el científico brasileño en educación Paulo Freire nunca utilizó el concepto de empoderamiento, continúa siendo la persona que simboliza el cambio de la práctica de la educación al empoderamiento en el sentido de posibilitar el aprendizaje para todos, especialmente para los menos privilegiados y oprimidos (Freire, 1979). Los principios se usaban como un modo de aprender centrándose en poblaciones con dificultades para aprender en las instituciones regulares de la sociedad. Su objetivo era reducir la inequidad por medio del proceso de aprendizaje y movilizar a los no educados. El núcleo se centra en la creación de un diálogo de respeto, y por medio de éste incrementar un sentimiento de comunidad social, es decir, desarrollar capital social. El empoderamiento

trata de dar a las personas control y poder sobre sus vidas, de forma similar al proceso de capacitación en promoción de la salud. Trata el desarrollo de habilidades y capacidad de afrontamiento, y proporcionar a las personas la habilidad de trabajar para la concienciación crítica y activa. También es un concepto democrático desde el punto de vista de la estructura del poder y un proceso de actividad profesional y renuncia del poder profesional. La promoción de la salud nuevamente se centra en los aspectos positivos, dinámicos y empoderadores de la salud (OMS, 1986). De acuerdo con la Carta de Ottawa, el objetivo clave era el proceso de capacitar a individuos y comunidades para empoderarlas y de este modo incrementar su control sobre los determinantes de la salud.

Existe mucha relación entre el empoderamiento y la salud (Wallerstein, 2006). Sin embargo, investigaciones sobre la relación entre el SOC y el empoderamiento son limitadas. Koelen y Lindström (2005) discuten conceptualmente el papel del empoderamiento para la promoción de la salud basado en el marco salutogénico. Apuntaron que el concepto de empoderamiento todavía sigue viéndose más como un principio o idea que como una teoría sólida. Debido a que todavía le falta una base teórica resulta difícil hacer operativo y medible el concepto (Rissel, 1994; Koelen y Lindström, 2005; Aujoulat, d'Hoore et al. 2007). Rappaport, discutiendo sobre el concepto, definiciones, condiciones y distinciones relacionadas con la prevención señala la importancia de desarrollar una base teórica coherente y elevar nuevas cuestiones para futuras investigaciones (Rappaport, 1987). Hay también muchas interpretaciones del concepto. Sin embargo, al empoderamiento se le ha dado crecientemente el significado de un constructo multinivel evolucionando de abajo hacia arriba, de individuo, grupo, organización o sociedad más que de arriba hacia abajo jerárquicamente. De acuerdo con la OMS, el empoderamiento se define en promoción de la salud “como el proceso por medio del cual las personas ganan control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.” (Nutbeam, 1998, p.6). Hay un consenso independiente al nivel de implementación (individual, grupo o sociedad) de que el empoderamiento es un proceso constante para alterar el nivel de conciencia promoviendo estrategias más efectivas para la continuación de un proceso de capacitación de salud (Rappaport, 1987; Rissel, 1994). De acuerdo con Koelen y Lindström el empoderamiento individual, basado en los elementos del pensamiento salutogénico, se define “como el proceso por medio del cual las personas ganan poder (control) sobre sus vidas, a través del cual aprenden a ver una correspondencia más cercana entre sus objetivos y un sentido de como lograr estos objetivos, y por medio del cual las personas aprenden a ver una relación entre sus esfuerzos y los resultados derivados de éstos.” (Koelen y Lindström 2005, p.512). Esta definición salutogénica del concepto se centra en los recursos, tanto internos como externos, y en el proceso de aprendizaje para crear un sentido de coherencia. Según Antonovsky las experiencias de la vida (consistencia, equilibrio de la carga, participación en la formación de los resultados, cercanía emocional) dan forma al SOC, mientras que los recursos de resistencia generalizada proporcionan al individuo una serie de experiencias significativas y coherentes en la vida (Antonovsky, 1987). La

participación en la formación de los resultados, es decir, el empoderamiento, parece ser la experiencia de la infancia más relevante relacionada con el SOC adulto (Sagy y Antonovsky, 2000). Es necesaria más investigación para examinar teórica y conceptualmente la asociación entre la teoría salutogénica y el concepto de empoderamiento.

Conclusión

Disponiendo de modelos y de evidencia de resultados de la aproximación salutogénica, resulta evidente que sería una forma efectiva de abordar temas de la salud en general. En consecuencia es difícil entender que este pensamiento y acción no se haya utilizado más en la investigación y práctica de la salud. Sir Michael Marmot, mirando la promoción de la salud desde fuera, desde su elevada plataforma de conocimiento y experiencia, refiriéndose a los determinantes sociales de la salud, expresó este dilema en su actuación durante la VII Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud de la OMS (OMS, 2009). De acuerdo con Marmot la Carta de Ottawa indica qué debe hacerse y como: ¡el problema es no llevarlo a cabo! No es una cuestión de no disponer de los medios y soluciones, es una cuestión de no llevarlo a cabo. En su análisis como científico afirmó con razonable frustración que las personas no leen ni se toman la investigación en serio, el conocimiento no se usa ni se lleva a la acción. Las personas tienden a aprender “por osmosis” haciendo lo que han estado haciendo anteriormente sin leer ni reflejar en serio como las nuevas investigaciones podrían mejorar y cambiar su práctica y en consecuencia mejorar los métodos de intervención. Por tanto existe un riesgo de que la promoción de la salud quede estancada. De acuerdo con las dos principales estrategias para el futuro de la promoción de la salud tal y como se presentaron en Nairobi, en primer lugar, “Poner la evidencia en práctica”, y en segundo lugar, “Desarrollar Competencias para la Promoción de la Salud”, creemos, en términos de lo que ha sido presentado en este libro, que es evidente que hay un potencial inexplorado en la aproximación salutogénica el cual nos trae al punto en el cual podemos demostrar como los principios y valores de la Carta de Ottawa podrían fortalecerse por medio de aspectos teóricos de la aproximación salutogénica.

De acuerdo con la principal afirmación de la Carta de Ottawa la promoción de la salud se basa en tres elementos: *los determinantes de la salud*, *el proceso de como las personas ganan control* sobre estos determinantes y como esto nuevamente puede mejorar no solamente la salud, sino también la *habilidad para llevar una vida llena y activa* como un todo. Implícitamente se afirma que todo esto debe descansar sobre los principios de equidad y sostenibilidad. Aquí es donde entra la ética de la promoción de la salud. La base descansa sobre la Declaración de los Derechos Humanos otorgando a las personas el derecho a ser sujetos activos y participativos de sus propias vidas, a involucrarse y contribuir en una comunidad global igualmente sostenible. Lo que inició nuevamente el movimiento mundial de la salud y la OMS fue la fundación de las Naciones Unidas, institución internacional

establecida para proteger los Derechos Humanos, en un mundo ideal funcionando para lo mejor de la comunidad mundial desarrollada sobre principios humanísticos en un mundo igualmente sostenible. Todo esto comenzó justo después de la II Guerra Mundial porque entonces comprendimos como de destructivos pueden ser los seres humanos construyendo sistemas enfocados a la solución final, la extinción y destrucción masiva sistemática de la vida humana, tales como cámaras de gas en campos de concentración, como se rebeló en el Juicio de Nuremberg. Esto no volverá a suceder.

No es necesaria demasiada imaginación para entender como de bien encaja esto con el origen de la salutogénesis. Algunas de las personas que participaron en el estudio original de Antonovsky fueron víctimas del Holocausto. También es increíble ver cuanto se parece el proceso salutogénico de salud a la base de la Carta de Ottawa. Ambos tienen tres elementos básicos similares:

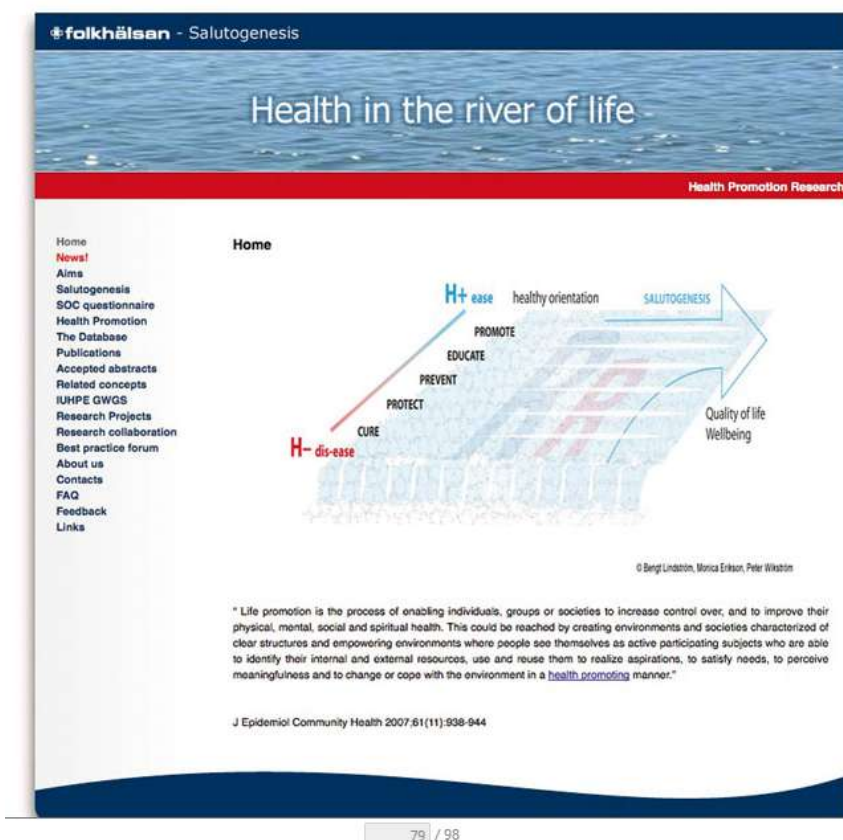
1. Fundamento en recursos para la salud, llamados determinantes de salud o recursos de resistencia generalizada.
2. Ambos están orientados al proceso: el proceso de controlar los determinantes de salud o la habilidad para utilizar y reutilizar los GRR.
3. Ambos tienen los objetivos similares de mejorar la salud y capacitar a las personas para llevar una vida activa y productiva o una vida significativa, en última instancia intentar mejorar la calidad de vida.

Para ponerlo todo junto podríamos hacer una ecuación basada en el razonamiento anterior. Esto no es una fórmula matemática, sino más bien una fórmula lógico-filosófica.

$$PS(CO) = (SAL + QoL \times DDHH)$$

Para llevar a cabo la promoción de la salud, sus valores y principios, como se explica arriba, un proceso promotor de la salud que en última instancia capacite a las personas para llevar una vida activa y productiva que esté basada en los principios de los derechos humanos, necesitamos la salutogénesis (como hemos demostrado en este libro, tenemos evidencia). La salutogénesis se puede convertir en el vehículo, la herramienta para llevar esto a cabo. Además, necesitamos una comprensión de la calidad de vida porque comprendiendo un concepto QoL ecológico entendemos la parte contextual de lo que las personas quieren y por lo que se esfuerzan en sus vidas. Y todo descansa sobre los fundamentos de los derechos humanos. Para ser conscientes de los objetivos de la promoción de la salud, en última instancia capacitar a las personas para llevar una vida activa y productiva basada en los derechos humanos, necesitamos entender qué significa calidad de vida en el contexto de las personas involucradas.

Página web y base de datos sobre Salutogénesis



La continua síntesis de investigación sistemática sobre la investigación salutogénica llevada a cabo por el Grupo de Investigación de Promoción de la Salud Folkhälsan está disponible recientemente en una página web: www.salutogenesis.fi. La página web se creó en 2009 y es de acceso gratuito. En la actualidad es sobre todo para la investigación, pero será extendida a las buenas prácticas y al público en general (ver capítulo especial). La base de evidencia son principalmente los protocolos de revisión de estudios utilizando el cuestionario SOC o utilizando la aproximación salutogénica en el diseño de estudios, pero el objetivo es incluir otros conceptos y constructos relacionados con la salutogénesis. La síntesis es sistemática en el sentido de que todos los artículos incluidos han sido examinados de forma crítica de acuerdo con una serie de criterios definidos.

La página web incluye una base de datos (resúmenes de estudios que usan el cuestionario SOC) integrando investigación y práctica de la salutogénesis y promoción de la salud.

Los objetivos de esta página web son

- crear coherencia en la investigación salutogénica sobre los recursos de salud, bienestar y calidad de vida de las personas.
- producir actualizaciones continuas, sistemáticas y analíticas de la investigación global sobre salutogénesis para respaldar la investigación y desarrollo de la aproximación salutogénica.
- desarrollar la base científica salutogénica para la salud pública y la práctica e intervención de la promoción de la salud en todos los sectores de la sociedad (política públicas de salud)

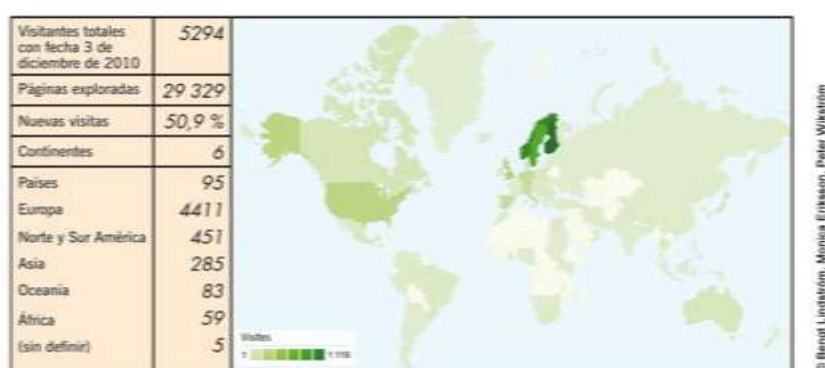


Figura 16. La extensión y distribución de visitantes de la página web www.salutogenesis.fi

El Grupo de Trabajo Mundial sobre Salutogénesis

En 2007 la UIPES le dio al Programa de Promoción de la Salud del Centro de Investigación de Helsinki en Folkhälsan la responsabilidad de poner en marcha el Grupo de Trabajo Mundial sobre Salutogénesis (GWG-SAL), dirigido y coorientado por el Profesor Bengt Lindström y la Dr. Monica Eriksson. El objetivo principal es formar un foro internacional para la Salutogénesis y explorar la efectividad de la aproximación salutogénica de la salud, coordinar los esfuerzos internacionales de investigación y práctica, y formar una plataforma de investigación que permita a los investigadores y practicantes dar evidencia a la práctica. Durante los primeros tres años se ha celebrado un seminario de investigación anual con participación de todo el mundo. Todas las presentaciones de los seminarios están disponibles en la página web www.salutogenesis.fi. Se han hecho muchas presentaciones en conferencias internacionales. Además, el GWG-SAL ha participado en los Comités Científicos Internacionales de la UIPES y ha estado involucrado en la preparación de Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud. Tiene contactos directos con las instituciones centrales de promoción de la salud OMS INT (Ginebra) y OMS EURO (Venecia). Hay estudios de doctorado y estudios de postgrado anuales llevados conjuntamente con la Escuela Nórdica de

Salud Pública (ver www.nhv.se) y el Consorcio Europeo de Formación en Promoción de la Salud y Salud Pública (ETC-PHPH), (ver www.etc-summerschool.eu). En la actualidad varios centros de investigación de promoción de la salud están estableciendo una red para la investigación sobre salutogénesis para fortalecer y ampliar su base. Además, se está formando una red para las buenas prácticas llamada la Sociedad Salutogénica. El GWG-SAL está abierto a todo el mundo. Puedes registrarte de forma gratuita en la página web y acceder a la base de datos de la página y encontrar una actualización de las actividades actuales. La mujer de Aaron Antonovsky, Helen, accedió a ser el primer Miembro Honorario en 2007 y más tarde en 2009 el Profesor Shifra Sagy, quien estaba involucrado en los comienzos de la investigación de Aaron Antonovsky, aceptó este título honorífico.

El futuro

A comienzos de la década de los 80 cuando la salutogénesis acababa de ser introducida en el mundo de las ciencias de la salud generó una amplia respuesta y una vívida discusión entre científicos y practicantes. Sin embargo, la muerte prematura de Antonovsky en 1994 dejó el área de investigación abierta en un punto sensible. Normalmente se necesitan más de 15 años desde la primera publicación hasta que un nuevo descubrimiento o paradigma se establece en la práctica (Green, Poland et al. 2000). Fue justo en este punto cuando la Salutogénesis perdió a su líder natural. Sin embargo, ahora hemos restaurado y desarrollado la plataforma salutogénica. Nos encontramos en una posición completamente nueva con una base de evidencia mucho más sustancial de la revisión sistemática demostrando el poder que puede tener la salutogénesis para la salud pública y la promoción de la salud en general, así como las áreas específicas explicadas en este libro. Ahora intentamos mirar al futuro y dar algunas conclusiones, direcciones y retos sobre cuales serían las implicaciones de la aproximación salutogénica para el futuro.

Una implementación sistemática completa tendría un fuerte efecto positivo en la sociedad más allá de las cuestiones de salud tradicionales. El gasto general de la atención sanitaria se reduciría. El bienestar mental, prosperidad y calidad de vida sobre la base de la población se incrementarían.

El análisis sistemático de esta área de investigación esperamos que esté ahora firmemente establecido. Se informa y documenta constantemente en la base de datos de la página web disponible para todo el mundo interesado o involucrado en la investigación y desarrollo salutogénico. Creemos que esto es una plataforma y un fundamento para el desarrollo de un futuro sostenible para la promoción de la salud. Sin embargo, todavía hay muchas áreas en las que es necesaria más investigación. Metodológicamente ya tenemos instrumentos fiables para medir el sentido de coherencia (SOC-29, SOC-13), pero es importante perfeccionar, desarrollar y evaluar nuevos instrumentos, lo cual ya se está llevando a cabo. La aproximación propuesta en educación para la salud, el marco del aprendizaje para la salud, necesita desarrollarse más. Todas las demás aproximaciones teóricas de recursos/activos de salud bajo “el paraguas de la salutogénesis” necesitan ser analizados con más detalle para consolidar el campo de investigación y relacionarlos

de forma concreta con la aproximación salutogénica. Especialmente es necesaria una mayor implantación de los descubrimientos y estudios de intervención.

Además esperamos que la evidencia se ponga en práctica de forma mucho más extensa. Hay áreas donde sólo hemos rascado la superficie y es necesario penetrar esta superficie e incrementar el número de intervenciones, especialmente a nivel de sistema, para establecer acciones coherentes que, por supuesto, en última instancia son beneficiosas para el individuo.

La promoción de la salud se beneficiaría tremendamente de este sólido fundamento teórico y práctico. Como se ha indicado anteriormente en este libro hay importantes implicaciones de que la promoción de la salud puede funcionar y se ejecuta con mayor eficacia desde una aproximación salutogénica. El efecto sobre la implementación de todas las cinco áreas de acción de la Carta de Ottawa ya se puede ver. Sería importante desarrollar especialmente aquellas que hacen referencia a niveles de sistema tales como PSP y entornos para la salud. Todas las áreas del ciclo vital deberían ser atendidas de forma detallada, una infancia salutogénica, en familia, escuela y otras instituciones de aprendizaje, tendrían un efecto positivo sobre la salud durante todo el curso de la vida. Para los adultos debe ponerse más esfuerzo en los estudios de salud en los lugares de trabajo. Hay mucho que ganar. La intención de la OMS de generalizar la promoción de la salud incrementando la colaboración con la salud pública y el sector sanitario podría modificar la curva de las consecuencias negativas de las principales enfermedades no transmisibles. Como se ha mostrado anteriormente en este libro la salutogénesis puede contribuir aquí efectivamente. En la actualidad el Grupo de Trabajo Mundial de la UIPES está discutiendo ampliar su base formando una red o consorcio de centros de investigación para consolidar la plataforma internacional para la investigación salutogénica.

Será un reto ver que nación o región será la primera en establecer sus estadísticas vitales basadas en los recursos de la población e indicadores de salud positivos. Con lo que sabemos ahora el SOC podría servir como uno de estos indicadores. Además hay discusiones en algunos países para desarrollar sistemas para la medida de la Calidad de Vida Nacional Bruta. Nosotros aplaudiríamos tal desarrollo.

Post Scriptum

El título de este libro estuvo inspirado en el libro de Adam Douglas Guía del Autoestopista Galáctico (Adams 1979). Nos tememos que este texto no es en absoluto tan divertido como el libro de Adam, sino mucho más aburrido. Sin embargo, el libro de Adam termina con una respuesta a la pregunta final, el significado de la vida. La última verdad es el número 42 el cual de hecho no tenía sentido en absoluto debido a que la pregunta original había sido olvidada. En nombre del autor de este libro sólo podemos decir que SOC 13 y SOC 29 parecen igualmente válidos. Aunque $29+13=42$ esperamos que la salutogénesis te proporcione más significado para la vida, respondiendo a la pregunta sobre el origen de la salud.

¡Esperamos que hayas disfrutado del viaje

Referencias

Adams, D. (1979). *The Ultimate Hitchhiker's Guide to the Galaxy*. New York.

Albertsen, K., Nielsen, M. L. et al. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress*;15(3):241-253.

A

mirkhan, J. H., Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*;18(1):31-62.

Andersen, S.,Berg, J.E. (2001). The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research & Theory*; 9(3):239-251.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993a). The salutogenic approach to aging. Lecture held in Berkeley, 21 January. <http://www.angelfire.com/ok/soc/a-berkeley.html>.

Antonovsky, A. (1993b). Some salutogenic words of wisdom to the conferees. Lecture held at The Nordic School of Public Health in Gothenburg, Sweden. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agoteborg.html>.

Antonovsky, A. (1993c).Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*; 37(8):969-981.

Antonovsky, A. (1993d). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*;36(6): 725-733.

Antonovsky , A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*; 11(1):11-18.

Aujoulat, I., d'Hoore, W. et al. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*;66(1):13-20.

Ayo-Yusuf, O., Reddy, P. et al. (2008). Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; 37:68-77.

Bandura, A. (1977).Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84:191-215.

Barber, B., Schluterman, J. M. (2008). Connectedness in the lives of children and adolescents: A call for greater conceptual clarity. *Journal of Adolescent Health*,43(3):209-216.

Bauer, G., Davies, J. K. et al. (2003). Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. Proposal from the EUHPID consortium. *European Journal of Public Health*; 13(3 supplement):107-113.

Becker, C., Dolbier, C. L. et al. (2008). Development and preliminary evaluation of a positive health scale. *American Journal of Health Education*; 39(1):34-41.

Bergh, H., Baigi, A. et al. (2006). Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*;120: 229-236.

Bernabé, E., Kivimäki, M. et al. (2009).The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *European Journal of Oral Sciences*;117:413-418.

Bildt, C., Backstig, L. et al. (2006). Work and health in Gnosjö: A longitudinal study. *Work*;27:29-43.
Blum, R. W. (2003). School connectedness: Non-academic factors contributing to enhanced performance (and health). Council of Chief State School Officers, July 27, Lake Tahoe, Nevada.

Blum, R. W., McNeely, C. et al. (2002). Vulnerability, Risk, and Protection. *Journal of Adolescent Health*;31S(1):28-39.

Birkeland Nielsen, M., Berge Matthiesen, S. et al. (2008). Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. *Journal of Occupational Health Psychology*;13(2): 128-136.

Bond, L., Butler, H. et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*;40:357.e359-357.e318.

Boutelle, K., Eisenberg, M. E. et al. (2009). The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*;66(4): 309-316.

Bringsén, Å., Andersson, I. H. et al. (2009). Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*;37(1):13-19.

Bruun Jensen, B., Schnack, K. (1997). The Action Competence Approach in Environmental Education. *Environmental Education Research*;3(2):163-178.

Bruscia, K., Shultis, C. et al. (2008). The sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *Journal of Holistic Nursing*; doi: 10.1177/0898010108317400.

Butler, T. J. (2001). *Principles of health education and health promotion*. London, Wadsworth.

Carmel, S. and Bernstein, J. (1989).Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Report*;65:221-222.

Chan, T. H. Y., Ho, R. T. H. et al. (2006). Developing an outcome measurement for meaning-making intervention with Chinese cancer patients. *Psycho-Oncology*;16:843-850.

Cilliers, F. (2001a). The relationship between organisational climate and salutogenic functioning. *South African Journal of Industrial Psychology*;28(1):8-13.

Cilliers, F. (2001b). The role of sense of coherence in group relations training. *South African Journal of Industrial Psychology*;27(3):13-18.

Cilliers, F. (2003). Burnout and salutogenic functioning of nurses. *Curationis*;26(1):62-74.

Cohen, M. and Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*;29:175-183.

Dagerman, S. (1952). How to kill a child (Att döda ett barn). Stockholm, Försäkringsbolagens Upplysningstjänst.

Dean, K. (1996). Using theory to guide policy relevant health promotion research. *Health Promotion International*,11(1):19-26.

Delbar, V. and Benor, D. E. (2001). Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*,19(2):57-75.

Dorri, M., Sheiham, A. et al. (2009). The relationship between sense of coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. *Journal of Clinical Periodontology*, 37:46-52.

Dwairy, M., Achoui, M. (2010). Adolescents-Family Connectedness: A first cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Family Studies*; 19(1):8-15.

Ebina, R., Yamazaki, Y. (2008). Sense of coherence and coping in adolescents directly affected by the 1991-5 war in Croatia. *Promotion & Education*,15(4):5-10.

Eklund, L. (1999). From citizen participation towards community empowerment. An analysis on health promotion from citizen perspective. Tampere, Faculty of Medicine, University of Tampere. Doctoral thesis.

Endler, C. P., Haug, T. M. et al. (2008). Sense of Coherence and physical health. A "Copenhagen interpretation" of Antonovsky's SOC concept. *TheScientificWorldJOURNAL*, 8:451-453

Engström, L.-G., Janson, S. (2009). Predictors of work presence - Sickness absence in a salutogenic perspective. *Work*; 33(3):287-295.

Eriksson, M. (2007). Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Doctoral thesis. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme, Research Report 2007:1. Turku, Folkhälsan.

Eriksson, M. and B. Lindström Life is more than survival: Exploring the links between Antonovsky's salutogenic theory and the concept of resilience, some conceptual considerations. In: Gow, K.M, Celinski, M.J. (Eds.) Wayfinding through life's challenges: Coping and survival. New York, Nova Science Publishers. In press.

Eriksson, M., Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale - a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6):460-466.

Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health - a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60:376-381.

Eriksson, M., Lindström, B. (2007a). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:938-944.

Eriksson, M., Lindström, B. (2007b). A Sense of Coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland - a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health*; 61:689-694.

Eriksson, M., Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*; 23(2):190-199.

Feldt, T. (2000). Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. Jyväskylä studies in education, psychology and social research. Department of Psychology. Doctoral thesis. Jyväskylä, University of Jyväskylä.

Feldt, T., Kokko, K. et al. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*; 10(4):298-308.

Feldt, T., Leskinen, E. et al. (2003). The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*; 35:1151-1165.

Feldt, T., Lintula, H. et al. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*; 16:483-493.

Feldt, T., Metsäpelto, R.-L. et al. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality. Conceptual relationships. *European Psychologist*; 12(3):165-172.

Flannery, R., Perry, C. et al. (1994). Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*; 50(4):575-577.

Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S. et al. (2006). Sense of Coherence and physical health. Testing Antonovsky's theory. *TheScientificWorldJOURNAL* ;6:2212-2219.

Forbech Vinje, H. (2007). Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses. Faculty of Psychology. Bergen, University of Bergen. Doctoral thesis.

Forsgårde, M., Westman, B. et al. (2000). Ethical discussion groups as an intervention to improve the climate in interprofessional work with the elderly and disabled. *Journal of Interprofessional Care*;14(4):351-361.

Frankl, V. E. (2004). *Man's search for meaning. The classic tribute to hope from the Holocaust.* London, Rider.

Frazer, E., Pakenham, K. I. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, Health & Medicine*;14(5):573-584.

Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed.* Harmondsworth, Penguin.

Garmetzy, N., Rutter, M. Eds. (1988). *Stress, coping, and development in children.* Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*; 44(12):1771-1779.

Green, L. W., Poland, B. D. et al. (2000). *The settings approach to health promotion. Settings for health promotion. Linking theory and practice.* B. D. Poland, L. W. Green and I. Rootman. Thousand Oaks, Sage Publications: 1-43.

Gregg, J., O-Hara, L. (2007). Values and principles evident in current health promotion practice. *Health Promotion Journal of Australia*;18(1): 1.

Griffiths, C. A. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*; 23(1):72-78.

Hakanen, J. J., T. Feldt, et al. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*;41(3):602-617.

Hansen Falkdal, A., C. Edlund, et al. (2006). Experiences within the process of sick leave. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*;13(3):170-182.

Hansson, K. and M. Cederblad (2004). Sense of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*;15(1/2):39-54.

Hansson, K., M. Cederblad, et al. (2008). Individual resiliency factors from a genetic perspective: Results from a Twin Study. *Family Process*;47(4):537-551.

Hansson, K., M. Olsson, et al. (2004). A salutogenic investigation and treatment of conduct disorder (CD). Results from a long-term follow-up of youths diagnosed with CD investigated and treated in inpatient psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*;58:5-16.

Hassmén, P., N. Koivula, et al. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*;30:17-25.

Hendrikx, T., M. Nilsson, et al. (2008). Sense of coherence in three cross-sectional studies in Northern Sweden 1994, 1999 and 2004 - patterns among men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*;36(4):340-345.

Hillert, L., P. Savlin, et al. (2002). Environmental illness - effectiveness of a salutogenic group-intervention programme. *Scandinavian Journal of Public Health*;30:166-175.

Hills, M. and D. V. McQueen (2007). At issue: two decades of the Ottawa Charter. *Promotion & Education*;2(2):5.

Hogh, A. and E. Gemzoe Mikkelsen (2005). Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions? *Scandinavian Journal of Psychology*;46:429-437.

Hogh, A. and E. Viitasara (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*;14(3):291-313.

Holmberg, S., A. Thelin, et al. (2004). Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*;20(4):227-236.

Honkinen, P.-L., M. Aromaa, et al. (2009). Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescents. A 15-year follow-up study. *Journal of Health Psychology*;14(4): 587-600.

Honkinen, P.-L., S. Suominen, et al. (2008). Stability of the sense of coherence in adolescence. *Int J Adolesc Med Health*;20(1): 85-91.

IUHPE (2007). The Ottawa Charter for Health Promotion: A Critical Reflection. Background to the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, "Health Promotion Comes of Age: Research, Policy & Practice for the 21st Century". 2(supplement).

Janosz, M., I. Archambault, et al. (2008). Are there detrimental effects of witnessing school violence in early adolescence? *Journal of Adolescent Health*;43(6):600-608.

Kalimo, R., K. Pakkinen, et al. (2002). Work and personal resources as long-term predictors of well-being. *Stress and Health*;18:227-234.

Kickbusch, I. (2006). The health society: the need for a theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60(7):561.

Kinman, G. (2008). Work stressors, health and sense of coherence in UK academic employees. *Educational Psychology*;28(7):823-835.

Kivimäki, M., T. Feldt, et al. (2000). Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*;50:583-597.

Klepp, O. M., A. Mastekaasa, et al. (2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*;16(1):11-22.

Kobasa, S. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. Social Psychology of Health and Illness. G. Sanders and J. Suls. New Jersey.

Koinberg, I.-L., A. Langius-Eklöf, et al. (2006). The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study. European Journal of Oncology Nursing;10(4):273-282.

Korkeila, J., V. Lehtinen, et al. (2003). Establishing a set of mental health indicators for Europe. Scandinavian Journal of Public Health; 31(6):451-459.

Korotkov, D. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence personality measure: Issues of validity and well-being. Pers Individ Dif;14(4): 575-583.

Korotkov, D. L. (1994). Clarifying some issues from Korotkov (1993): a follow-up statement concerning the validity of the sense of coherence (short-form personality measure). Pers Individ ; 16(3):499.

Koushede, V. and B. E. Holstein (2009). Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. Journal of Adolescent Health;45:149-155.

Kouvonen, A. M., A. Vaananen, et al. (2008). Sense of coherence and diabetes: a prospective occupational cohort study. BMC Public Health;8(46):doi:10.1186/1471-2458-1188-1146.

Kouvonen, A. M., A. Väänänen, et al. (2009). Sense of coherence and psychiatric morbidity: A 19-year register-based prospective study. Journal of Epidemiological and Community Health doi:10.1136/jech.2008.083352.

Kravetz, S., Y. Drory, et al. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. European Journal of Personality;7(4):233-244.

Kulik, L. and M. Kronfeld (2005). Adjustment to breast cancer: The contribution of resources and causal attributions regarding the illness. Social Work in Health Care;41(2):37-57.

Kuuppelomaki, M. and P. Utriainen (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. International Journal Nursing Studies;40(4):383-388.

Landsverk, S. S. and C. F. Kane (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. Issues Ment Health Nurs;19:419-431.

Langeland, E. (2007). Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis. Department of Public Health and Primary Health Care. Bergen, University of Bergen. Doctoral thesis.

Langeland, E., T. Riise, et al. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*;62(2):212-219.

Larsson, G. and K. Kallenberg (1999). Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modelling. *Eur J Personal*;13:51-61.

Leksell, J. K., K. F. Wikblad, et al. (2005). Sense of coherence and power among people with blindness caused by diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*;67:124-129.

Lindmark, U., B. Stegmayr, et al. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutr J*;4(9):doi:10.1186/1475-2891-1184-1189.

Lindström, B. (1994). *The Essence of Existence. On the quality of life of children in the Nordic countries - Theory and practice in public health.* Göteborg, Nordic School of Public Health.

Lindström, B. and M. Eriksson (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/Healthy Public Policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*;16(1):17-28.

Liukkonen, V., P. Virtanen, et al. (2009). Employment trajectories and changes in sense of coherence. *European Journal of Public Health*; doi:10.1093/eurpub/ckp171: 6.

Lundberg, B., L. Hansson, et al. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*;16(6):516-522.

Lundberg, O. and M. N. Peck (1995). A simplified way of measuring sense of coherence. Experiences from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health*;5:56-59.

Lundqvist, G., C. G. Svedin, et al. (2006). Group therapy for women sexually abused as children. Mental health before and after group therapy. *Journal of Interpersonal Violence*;21(12):1665-1677.

Malinauskienė, V., P. Leisyte, et al. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*;45(11):910-917.

McQueen, D. V., I. Kickbusch, et al. (2007). *Health and Modernity. The role of theory in health promotion.* New York, Springer.

Morgan, A., M. Davies, et al., Eds. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action.* New York, Springer.

Morgan, A. and E. Ziglio (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *IUHPE - Promotion & Education*;2(Supplement): 17-22.

Murray, C., J. Salomon, et al., Eds. (2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications.* Geneva, WHO.

Nabi, H., J. Vahtera, et al. (2008). Do psychological attributes matter for adherence to antihypertensive medication? The Finnish Public Sector Cohort Study. *Journal of Hypertension*; 26(11):2236-2243.

Newton, S. E. (1999). Relationship of hardiness and sense of coherence to post-liver transplant return to work. *Holist Nurs Pract*;13(3):71-79.

Nielsen, A. M. and K. Hansson (2007). Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*;23(5):331-341.

Nilsson, I., K. Axelsson, et al. (2001). Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Science*;15:203-214.

Nutbeam, D., E. Harris, et al., Eds. (2010). *Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories.* Sydney, McGraw-Hill.

Olsson, A., I. Fahlén, et al. (2008). Health behaviours, risk-taking and conceptual changes among schoolchildren aged 7 to 19 years in semi-rural Sweden. *Child Care Health Dev*;34(3):302-309.

Olsson, G., Ö. Hemström, et al. (2009). Identifying factors associated with good health and ill health: Not just opposite sides of the same coin. *International Journal of Behavioral Medicine*;16(4):323-330.

Olsson, M. B., J. Gassne, et al. (2007). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of Epidemiological and Community Health*;63:166-167.

Poppius, E. (2007). *The sense of coherence and health. The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality.* Tampere, University of Tampere.

Poppius, E., H. Virkkunen, et al. (2006). The sense of coherence and incidence of cancer - role of follow-up time and age at baseline. *Journal of Psychosomatic Research*;61:205-211.

Posadzki, P., A. Stockl, et al. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*;51:246-252.

Potvin, L. and D. V. McQueen (2007). *Modernity, Public Health, and Health Promotion.* In: McQueen, D.V. and Kickbusch, I. (Eds.) *Health and Modernity. The role of theory in health promotion.* New York, Springer.

Priebe, G., K. Hansson, et al. (2009). Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population-based study with Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* doi:10.3109/08039480903265769.

Prince, M., V. Patel, et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*;370(9590):859-877.

Ray, C., S. Suominen, et al. (2009). The role of parent's Sense of Coherence in irregular meal pattern and food intake pattern of children aged 10-11 in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*;63(12):1005-1009.

Renck, B. and G. Rahm (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *International Journal of Social Welfare*;14:127-133.

Richardson, A., N. Adner, et al. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*;33(6):758-763.

Richardson, C. G. and P. A. Ratner (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*;59:979-984.

Richardson, C. G., P. A. Ratner, et al. (2007). A test of the age-based measurement invariance and temporal stability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Educational and Psychological Measurement*;67(4):679-696.

Ristkari, T., A. Sourander, et al. (2008). Life events, self-reported psychopathology and sense of coherence among young men - A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*;62(6):464-471.

Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements, *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.

Sagy, S. (1998). Effects of personal, family, and community characteristics on emotional reactions in a stress situation. *Youth & Society*;29(3):311-330.

Sagy, S. and O. Braun-Lewensohn (2009). Adolescents under rocket fire: when are coping resources significant in reducing emotional distress? *Global Health Promotion*;16(4): 5-15.

Sandell, R., J. Blomberg, et al. (1998). The factor structure of Antonovsky's sense of coherence scale in Swedish clinical and nonclinical samples. *Pers Individ Dif*;24(5):701-711.

Schmitt, F., P. Santalahti, et al. (2008). Cancer families with children: factors associated with family functioning - a comparative study in Finland. *Psycho-Oncology*;17(4):363-372.

Schnyder, U., S. Büchi, et al. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? *Psychother Psychosom*;69:296-302.

Scott, R. A. (1981). *The making of blind men*. New Jersey, Transaction Publishers.

Smith, T. L. and L. S. Meyers (1997). The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measures. *J Soc Behav Pers*;12(2):513-527.

Stifoss-Hansen, H. and K. Kallenberg (1996). *Existential questions and health. Research frontlines and challenges*. Stockholm, The Swedish Research Council.

Ståhl, T., M. Wismar, et al., Eds. (2006). Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health Finland.

Suominen, S., R. Gould, et al. (2005). Sense of coherence (SOC) and disability pensions. A nationwide, register-based prospective population study of 2196 adult Finns. *Journal of Epidemiology and Community Health*;59(6):455-459.

Suominen, S., H. Helenius, et al. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res*;50:77-86.

Surtees, P. g., N. W. J. Wainwright, et al. (2007). Adaptation to social adversity is associated with stroke incidence. Evidence from the EPIC-Norfolk prospective cohort study. *Stroke*;38(5):1447-1453.

Tang, S., C. Li, et al. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality of Life Research*; 17(3):387-395.

Tang Tzuh, S. and C.-Y. Li (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosomatic Research*;64(2):195-203.

Ungar, L. and V. Florian (2004). What helps middle-aged widows with their psychological and social adaptation several years after their loss? *Death Studies*;28:621-642.

Wainwright, N. W. J., P. G. Surtees, et al. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiological and Community Health*;61:871-876.

Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network.

Wells, Y. D. and H. L. Kendig (1999). Psychological resources and successful retirement. *Aust Psychol*; 34(2):111-115.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

WHO (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva, World Health Organization.

WHO (1986). A discussion document on the concepts and principles of health promotion. *Health Promotion International*;1:73-76.

WHO (1986). Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17-21 1986. Geneva, World Health Organization.

WHO (2008). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva, WHO: 42.

WHO (2009). Milestones in health promotion. Statements from Global conferences. Geneva, WHO.

Vinje, H. F. and M. B. Mittelmark (2006). Deflecting the Path to Burn-out among Community Health Nurses: How the Effective Practice of Self-Tuning Renews Job Engagement. *International Journal of Mental Health Promotion*;8(4): 36-47.

Virtanen, P. and A.-M. Koivisto (2001). Wellbeing of professionals at entry into the labour market: a follow up survey of medicine and architecture students. *Journal of Epidemiology and Community Health*;55:831-835.

Volanen, S.-M., S. Suominen, et al. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*;48:433-441.

von Ah, D., S. Ebert, et al. (2005). Factors related to cigarette smoking initiation and use among college students. *Tobacco Induced Diseases*;3(1):27-40.

Zhang, J., P. P. Vitaliano, et al. (2001). Sense of coherence buffers relationships of chronic stress with fasting glucose levels. *Journal of Behavioral Medicine*;24(1):33-55.