



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Evaluación de un programa de empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería

“Dinamiza la Salud: Cuídate y Cuida”

Montserrat Sanromà Ortiz

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

Escuela Universitaria de Enfermería

Universidad de Barcelona

**Evaluación de un programa de empoderamiento para potenciar
y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental
positiva en estudiantes de enfermería**

“Dinamiza la Salud: Cuídate y Cuida “

Doctoranda

Montserrat Sanromà Ortiz

Directores de la Tesis

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Tutora

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Barcelona, 2016

Como las cometas

Te pasas la vida intentando hacerlos volar. Corres y los sigues hasta que te quedas sin aliento. Se caen al suelo. Topan con los tejados. Entonces tu los zurces, los consuelas, los ajustas, y les enseñas. Observas como el viento los columpia y les aseguras que un día podrán volar.

Finalmente vuelan. Necesitan más hilo y tu dejas ir más y más, y sabes que pronto aquella preciosa criatura se desprenderá de la cuerda de salvamento que la mantiene atada y se elevará por los aires, como se espera que lo haga, libre y sola. Nada más entonces te das cuenta que has hecho bien tu trabajo.

Erma Bombeck

Un cuento de Ecología Emocional

Para dos personas sencillamente extraordinarias

Rafa y Alba

La vida és más bonita gracias a vosotros

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincera gratitud a cada una de las personas que me han acompañado en éste viaje. Gracias a su afecto y saber, he podido disfrutar y aprender más de los distintos paisajes en los que he habitado y por los que he transitado. Vosotros me habeis ayudado a reconocerme en mi pasado, intentar conocerme en el presente y a proyectarme en el futuro.

En primer lugar quiero agradecer a mis directores de tesis, la Dra. Maria Teresa Lluch y al Dr. Juan Francisco Roldán, el haber confiado en mí, sus horas de dedicación, apoyo y amistad. Su exquisita sensibilidad, seriedad, solidaridad y generosidad han sido un referente y un modelo, estos valores seguirán alumbrado y acompañando mí camino. Por todo ello, muchas gracias de corazón.

Quiero agradecer al Dr. Màrius Duran Hortalà, en calidad de Decano de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, de la Universitat Ramón Llull, la posibilidad de realizar la investigación en la Facultat.

A la Dra. Amelia Guilera Roche, en calidad de Directora del Campus Docent Sant Joan de Déu-Fundació Privada, de la Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu, agradecerle la oportunidad de realizar una estancia pre-doctoral en el Campus.

Quiero agradecer a todos los profesores que han colaborado en la realización del estudio, haciendo una especial referencia a la Dra. Montserrat Puig y a la Profesora Bàrbara Hurtado, tanto por el interés mostrado como por sus aportaciones. También agradecer a todos los estudiantes que generosamente respondieron a los diferentes cuestionarios, és gracias a todos ellos que ha sido posible ésta investigación. Igualmente agradecer el soporte y afecto que me han ofrecido todos mis compañeros de la Biblioteca de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, de la Universitat Ramón Llull, y especialmente a Rosa Sunyer.

También quiero agradecer a los profesores y a mis compañeros de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, de la Universitat Ramon Llull, especialmente a Olga, Cristina, Carme y Jac, los momentos compartidos y dedicados, todos sus ánimos, consejos facilitados y sentido del humor disfrutado.

Igualmente a los profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu, especialmente a Dolors, Bárbara, Mariona, Esther, Carlos, Adrià y Juan, por su acogida, apoyo y calidez personal. Gracias a vosotros me he sentido como en casa y me considero muy afortunada por haber formado parte del espíritu MANDALA, cuidarlo, ya sabéis lo valioso que es.

A mis amigos del Institut d'Ecologia Emocional y de la Fundació Àmbit, especialmente a Mercè Conangla y Jaume Soler, sin vosotros hoy sería una persona diferente. Jaume, recuerdo perfectamente cuando nos conocimos y a partir de ese momento lo importante y significativo que has sido en todas las facetas de mi vida! Gracias, gracias, gracias.

A mis amigas, Judith, Mari Àngels y Maite, a pesar de la distancia vuestra esencia me acompaña allí donde estoy. A mis amigos, amantes de los mismos espacios y tradiciones, Encarna, Raquel, Joan y Carlos, poderlos compartir con vosotros es un placer.

A mi madre, Genoveva y a mi padre Jose en el cielo de mi memoria. Quiero agradecer vuestra ternura y todo lo que habéis hecho por y para mí. Al resto de mi familia directa y política, especialmente a Rosa y Rafael, por el soporte, la paciencia y vuestro cuidado. Si no fuera por todos vosotros me hubiera perdido muchos detalles que han dado valor y sentido a mi vida.

A mi marido, Rafa, por tu apoyo incondicional y amor infinito, a mi hija Alba, por tu alegría, tus dibujos y frases llenas de energía, fuerza y optimismo, y sobre todo, gracias a los dos por haberme escogido y querer compartir vuestro tiempo conmigo y esperarme. Os quiero, ya estoy aquí.

Resumen

Introducción

Las sociedades actuales afrontan desde finales del siglo pasado dos retos profundamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto ha implicado pasar de una realidad definida por las enfermedades transmisibles a otro escenario determinado por las enfermedades no transmisibles, al mismo tiempo que ha aumentado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, este aumento medio de años de vida no siempre se asocia a una buena calidad de la misma.

En consecuencia, la reorientación hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades es una insistente recomendación desde las estructuras supranacionales y organismos internacionales. En este sentido, algunas de las evidencias que han sido recogidas como áreas prioritarias de actuación en las diferentes Conferencias Internacionales para la promoción de la salud son: Desarrollar habilidades personales, crear entornos que apoyen y promuevan la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos, educar para la salud y la participación de la comunidad.

En esta dirección, la universidad se identifica como un entorno que permite apoyar y promover la salud de las personas. Los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa del ciclo vital clave para fomentar cambios o adoptar estilos de vida. Asimismo, diferentes estudios muestran la necesidad de realizar acciones en pro de la salud de este colectivo.

Actualmente existen distintas teorías y modelos que se articulan desde una aproximación salutogénica y presentan un enfoque de los problemas o factores a partir de una visión positiva y no sólo desde una perspectiva de déficit, es decir, potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud. Dentro de ésta perspectiva salutogénica, se encuentran el Modelo

Multifactorial de Salud Mental Positiva definido de Lluch y el Modelo de Promoción de la Salud de Pender.

Uno de los propósitos de la enfermería es contribuir de manera específica a que los individuos, las familias y la comunidad adquieran hábitos y conductas que fomenten su autocuidado. No obstante, la enfermería es una ciencia incipiente que requiere fortalecer sus planteamientos conceptuales para incrementar la base científica de los cuidados a los que el presente estudio pretende contribuir.

Objetivo:

El objetivo general fue evaluar la efectividad del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida” para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo, de diseño cuasi-experimental con pre-post prueba y grupo de control. Se realizó en tres Universidades de la provincia de Barcelona donde se imparten los estudios relativos al Grado en Enfermería. La muestra de estudio estuvo configurada por 166 estudiantes. Se recogieron variables referidas a características sociodemográficas; variables referidas a la salud; al consumo de sustancias tóxicas (tabaco y alcohol); variables referidas a la Salud Mental Positiva; variables relativas a las Conductas Promotoras de Salud; y variables relativas a la valoración de los estudiantes del propio programa de empoderamiento.

Los instrumentos utilizados para la recogida de las variables fueron: a) formulario de datos sociodemográficos, de salud, consumo de sustancias tóxicas y de valoración del propio programa de empoderamiento, construidos *ad hoc*; b) cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP); y c) escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* (HPLPII) para población española.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para el análisis de la fiabilidad de los instrumentos utilizados se analizó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para determinar si la intervención producía una mejoría significativa en el grupo intervención se realizó un análisis multivariante de la covarianza (MANCOVA) con las diferencias posttest-pretest entre el grupo intervención y el grupo control, ajustado por las puntuaciones pretest. Se consideró que la diferencia entre variables era significativa cuando el grado de significación (p) resulto menor o igual a 0,05.

Resultados

De los 166 estudiantes incluidos en la muestra de estudio la media de edad fue de 22.2 años (DE 5.6) siendo un 86.7% de sexo femenino. El 55.4% habían accedido a los estudios universitarios a partir del bachillerato. El 92.2% habían nacido en España, la mayoría eran hijos únicos y el 96,4% no tenían hijos. Un 20% de los padres y un 27.1% de las madres de los estudiantes tenían estudios universitarios. Un 34.3% de los estudiantes trabajaban una media de 20 horas por semana (DE 13.5) y la mayoría consideraban tener un nivel socioeconómico familiar medio.

En relación a las características de salud, del total de la muestra, el 88.0% declararon no padecer ninguna enfermedad, el 83.7% no realizaba ningún tratamiento médico y un 4.2% asistía a algún curso orientado a mejorar su salud. En referencia a hábitos tóxicos relativos al consumo de tabaco y alcohol, el 27.7 % afirmó que era fumador y un 36.7% beber alcohol de forma regular.

Respecto a los resultados obtenidos en el CSMP, la puntuación total media obtenida por los estudiantes al inicio del estudio fue de 120.6 puntos (DE 12.7) sobre un máximo de 156 posibles, con un valor mínimo de 81 y un valor máximo de 145 puntos. Los resultados obtenidos en la escala HPLPII para población española, la puntuación total media al inicio del estudio fue de 114.7 (DE 13.3) sobre un máximo de 176 posibles, con un valor mínimo de 73 y un valor máximo de 153 puntos.

Respecto a los resultados psicométricos del CSMP: El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.896 y se obtuvieron valores próximos o superiores a 0.70 en cuatro de los seis factores que configuran el cuestionario. En relación a los resultados psicométricos de la escala HPLPII para población española, el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.843 y se obtuvieron valores próximos o superiores a 0.70 en cuatro de las seis dimensiones que configuran la escala.

Los resultados de la correlación a nivel global entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud fue significativa al inicio del estudio $r = .288$ ($p = 0.001$), en el sentido de que a mayor salud mental positiva mayor nivel de conductas promotoras, y viceversa.

Las variables que presentaron diferencias significativas en relación a las características sociodemográficas, de salud y hábitos tóxicos estudiadas en la muestra de estudio, con respecto a la diferencia de la puntuación total de la salud mental positiva (post-pretest), fueron: la edad, los estudios previos al acceso a la universidad, el nivel de estudios del padre y de la madre, el estar realizando algún tratamiento médico, padecer alguna enfermedad y el consumo de tabaco.

Los resultados relativos a la relación entre las características sociodemográficas, las características de salud y los hábitos tóxicos de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest), solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables y en algunas de las dimensiones analizadas: el género, el nivel de estudios de la madre y estar siguiendo una dieta.

Los resultados relativos al análisis del efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y en las Conductas Promotoras de Salud mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control (ajustado por las puntuaciones pretest).

Al analizar las puntuaciones de la SM+, la intervención mejoró la puntuación total y las puntuaciones de todos los factores, a excepción del factor F4 (Autonomía) y del factor F5 (Resolución de problemas/Autoactualización) en el grupo de intervención. Al comparar las diferencias posttest-pretest de las puntuaciones de la escala HPLP II, según el grupo de estudio también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total de la escala y en todas las dimensiones excepto en la Dimensión 4 D4 (Desarrollo espiritual).

En relación a la valoración del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud de los estudiantes, fue favorable, estimando el plan de autocuidados como un recurso para promover un estilo de vida saludable.

Conclusiones

En relación a la hipótesis planteada en el presente estudio, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervención y el grupo control, por tanto la intervención relativa al programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”, se considera efectiva para potenciar y desarrollar las Conductas Promotoras de Salud y Salud Mental Positiva en estudiantes de enfermería. Los resultados obtenidos, incrementa y reafirman la evidencia experimental existente sobre el interés para establecer programas de intervención a partir de modelos que refuercen y promuevan la salud. En este mismo sentido, la valoración del propio programa realizada por los estudiantes avala ésta propuesta como positiva para mejorar el estilo de vida contribuyendo a la competencia personal y a la percepción como futuro profesional para el cuidado.

Por otro lado, los resultados de la correlación a nivel global entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud fue significativa, esto lleva a plantear un Modelo Bidireccional de Relación entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud, de forma que ambos constructos se influyen mutuamente: a más Salud Mental Positiva, más Conductas Promotoras de Salud y viceversa.

Palabras clave: Salud Mental Positiva, Conductas Promotoras de Salud, Empoderamiento, Autocuidado.

Abstract

Introduction

Current societies are facing, since late last century, two key interrelated challenges, demographic transition and epidemiological transition. This has involved moving from a reality defined by communicable diseases to another scenario determined by no communicable diseases, while life expectancy of the population is increased. However, this average increase of years is not always associated with a good quality of it.

Consequently, the reorientation towards health promotion and disease prevention is a strong recommendation from supranational structures and international organizations. In this sense, some of the evidence that has been collected as priority areas for action in the different International Conferences for health promotion are: To develop personal skills, to create environments that support and promote health, to increase community capacity and individual empowering, and to educate for health and community involvement.

In this direction, the university is identified as an enabling environment to support and to promote the health of people. University students are in a key stage of the life cycle to promote changes or to adopt lifestyle. Also, some studies show the need for actions in favor of the health of this group.

Nowadays there are different theories and models that are articulated from a salutogenic f and present an approach to the problems or factors from a positive view and not only from the perspective of deficit, ie, enhancing protective factors and facilitators in profit health process. Within this salutogenic perspective, multifactorial Positive Mental Health Model defined by MT Lluch and the Model of Health Promotion of Pender NJ are included.

One of the purposes of nursing is to contribute specifically to individual, families and communities acquire habits and behaviors that promote self-care. However, nursing

is an emerging science that requires strengthening their conceptual approaches to increase the scientific basis of care, which the present study aims to contribute.

Objectives:

The overall objective was to evaluate the effectiveness of empowerment program "Invigorate Health: Take care and care " to enhance and develop health-promoting behaviors and positive mental health in nursing students.

Methodology

This is a quantitative study, quasi-experimental design, with pre-post test and control group. It was held at three universities of Barcelona where studies on undergraduate courses in Nursing are performed. The study sample was formed by 166 students. Variables related to sociodemographic characteristics; variables related to health; the toxic substance consumed (tobacco and alcohol); variables related to positive mental health; promoting behaviors relating to health variables; and variables related to the assessment of student empowerment program itself were collected.

The instruments used to collect variables were: a) sociodemographic, health, substance abuse assessment and empowerment program itself data form, built ad hoc; b) Positive Mental Health Questionnaire (PMHQ); c) Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLPII) scale for Spanish population.

A descriptive statistical analysis of all the variables included in the study was done. For the analysis of the reliability of the used instruments an internal consistency was analyzed using Cronbach's alpha coefficient. To determine whether the intervention produced a significant improvement in the intervention group a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with pretest-posttest differences between the intervention group and the control group, adjusted for pretest scores were performed. It was considered that the difference between variables was significant when the degree of significance (p) was less than or equal to 0.05.

Results

Of the 166 students included in the study sample the average age was 22.2 years (DE 5.6) being 86.7% female. 55.4% had accessed university from high school. 92.2% were born in Spain, most were only children and 96.4% they had no children. 20% of parents and 27.1% of mothers had higher education. 34.3% of students worked an average of 20 hours per week (DE 13.5) and most of them considered to have a middle family socioeconomic status.

Regarding health characteristics, the 88.0% of the sample reported not having any disease, 83.7% did not perform any medical treatment and 4.2% attended at improving health course. Referring to toxic habits on consumption of tobacco and alcohol, 27.7% said they were smokers and 36.7% drink alcohol regularly.

Regarding the results obtained in the PMHQ, the average total score obtained by students at baseline was 120.6 points (DE 12.7) over a maximum of 156 possible, with a minimum value of 81 and a maximum of 145 points. The average results obtained in the Spanish population HPLPII scale was 114.7 (DE 13.3) of a maximum of 176 possible, with a minimum value of 73 and a maximum of 153 points.

Regarding the psychometric results of PMHQ, the internal consistency coefficient of Cronbach's alpha for the total scale was 0.896 and values near or above 0.70 were obtained in four of the six factors that configure the questionnaire.

Regarding the results of the psychometric scale HPLPII for Spanish population, the internal consistency coefficient Cronbach's alpha for the total scale was 0.843 and values near or above 0.70 was obtained in four of the six dimensions that make up the scale.

Results of global correlation between Positive Mental Health and Health Promoter Behaviors was significant at baseline $r = 0.288$ ($p = 0.001$), in the sense that the higher the level of promoting positive behavior, the higher the mental health and vice versa.

The variables that were significantly different in relation to sociodemographic characteristics, health and toxic habits studied in the study sample with respect to the difference in the total score of positive mental health (post-pretest) were: age, access to pre-university educational level of the father and mother, be performing medical treatment, any illness and consumption of tobacco.

The results relating to the relationship between sociodemographic characteristics, health characteristics and toxic habits of study sample with respect to the difference in the Health Promoting Behaviors total score (post-pretest) significant Statistic differences in the following variables and some of the analyzed dimensions were found: gender, educational level of the mother and be on a diet.

The results for analysis of the effect of the intervention on the Pretest-Posttest differences in Positive Mental Health and the Health-Promoting Behaviors showed statistically significant differences between the experimental group and the control group (adjusted for pretest scores).

By analyzing scores of SM +, the intervention improved the overall score and the scores of all factors, except F4 (Autonomy) factor and F5 (Troubleshooting / Auto update) factor in the intervention group. Comparing pretest-posttest differences in HPLP II scale, according to the study group, statistically significant difference in the total scale and in all dimensions, except D4 Dimension 4 (spiritual development), were also found.

Regarding the assessment of the intervention program itself for the empowerment of the health of students, it was favorable, considering the self-care plan as a resource to promote a healthy lifestyle.

Conclusions

Regarding the hypothesis stated in this study statistically significant differences between the intervention group and the control group have been found, so the intervention on the program of empowerment "Invigorate Health: Take care and care"

is considered effective to enhance and develop Health-promoting Behaviors and Positive Mental Health in nursing students. The results increases and reaffirm the existing experimental evidence on the interest to establish intervention programs based on models that strengthen and promote health. In this sense, the evaluation of the program itself by students supports this proposal as positive to improve lifestyle contributing to the perception of personal competence and professional future care.

Furthermore, results of global correlation between Positive Mental Health and Health-promoting Behaviors was significant, this leads to propose a Bidirectional Relationship Model between Positive Mental Health and Health-promoting Behaviors, so that both items influence each other: a more Positive Mental Health, more Health-Promoting Behaviors and vice versa.

Keywords: Positive Mental Health, Health-Promoting Behaviors, Empowerment, Self-Care.

Índice

Índice:

I. Introducción	1
1. La Salud desde una Perspectiva positiva	4
1.1 Transición del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial de la Salud	4
1.2 Evolución del Concepto Salud a través de las Políticas de Prevención y Promoción de la Salud de la OMS	7
1.2.1 El concepto de Salud.....	8
1.2.2 Promoción y Prevención de la Salud	10
1.3 La Salud Mental Positiva: definición e implicaciones para el individuo, la comunidad y la investigación	16
1.3.1 Definición y evolución del concepto de salud mental positiva	16
Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda	21
Modelo Multifactorial de SM+ de MT Lluch.....	23
1.3.2 Retos actuales para la evaluación de la Salud Mental Positiva.....	24
2. Contribución de la Enfermería a la Promoción de la Salud	27
2.1 Configuración de la disciplina enfermera: Modelos, Proceso de Atención de enfermería y Lenguajes Estandarizados	27
2.2 El Modelo Promotor de la Salud de NJ Pender	30
2.2.1 Origen y desarrollo del Modelo Promotor de la Salud	30
2.2.2 Fuentes teóricas del Modelo Promotor de la Salud.....	31
2.2.3 Conceptos y definiciones principales del Modelo Promotor de la Salud	33
2.2.4 Medida de las Conductas Promotoras de Salud	37
3. El proceso de Empoderamiento como Valor para la Promoción de la Salud..	40
3.1 El Empoderamiento para la salud.....	40
3.2 El autocuidado como estrategia para el empoderamiento de la salud personal	42
3.3 El Proceso de Educación en Enfermería para Promover el Autocuidado .	47
4. El Marco Universitario de la Formación Enfermera como Espacio Promotor de la Salud	52
4.1 Universidades Saludables	52

4.2 Adaptación de los Estudios de Grado en Enfermería al Espacio	
Europeo de Educación Superior	57
4.2.1 El Proyecto Tuning	58
4.2.2 Libro Blanco de la Titulación de Enfermería	60
4.2.3 Verificación del Título de Grado de Enfermería	61
4.3 El Autocuidado en jóvenes universitarios.....	63
4.4 Promoción del autocuidado en la universidad como espacio saludable	65
II. Justificación del estudio	69
III. Hipótesis de la investigación.....	73
IV. Objetivos	75
General	77
Específicos	77
V. Metodología	79
5.1 Diseño del estudio	81
5.2 Ámbito de estudio	81
5.3 Población de estudio	82
5.3.1 Criterios de inclusión y exclusión	84
5.3.2 Cálculo del tamaño de la muestra	85
5.3.3 Tipo de muestreo	85
5.4 Variables objeto de estudio	87
5.4.1 Variables referidas a características sociodemográficas de la muestra	87
5.4.2 Variables referidas a la salud y/o seguimiento de tratamientos farmacológicos / no farmacológicos de los sujetos de la muestra	87
5.4.3 Variables referidas a hábitos tóxicos (consumo de alcohol y/o tabaco)	88
5.4.4 Variables referidas a la Salud Mental Positiva	88
5.4.5 Variables referidas a las Conductas Promotoras de Salud	89
5.4.6 Variable referida a la intervención	89
La primera fase: Diseño	93
La segunda fase: Planificación.....	101
La tercera fase: Implementación	101

La cuarta fase: Revisión.....	102
5.4.7 Variables referidas a la valoración interna del programa docente	102
5.5 Fuente de información e Instrumentos de medida	103
5.5.1 Cuestionarios específicos.....	103
5.5.2 Cuestionario de Salud Mental Positiva CSM+ de Lluch (1999)	103
5.5.3 <i>Escala Health Promotion LifeStyle Profile II</i> para población española.....	105
5.6 Procedimiento de la recogida de datos.....	107
5.7 Análisis estadístico	110
5.8 Aspectos éticos	111
VI. Resultados	113
Resultados objetivo 1:	117
6.1 Variables sociodemográficas	119
6.2 Variables de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol)	122
6.3 Variables referentes a la Salud Mental Positiva al inicio del estudio	124
6.4 Variables relativas a las conductas Promotoras de Salud al inicio del estudio	125
Resultados objetivo 2:	127
6.5 Cuestionario de Salud Mental Positiva.....	128
Análisis de la fiabilidad del cuestionario de Salud Mental Positiva	130
6.6 <i>Escala Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLPII) para población española.....	134
Análisis de la fiabilidad de la escala HPLP II.....	136
Resultados objetivo 3:	141
6.7 Correlación entre los factores de la Salud Mental Positiva y las dimensiones de las Conductas Promotoras de Salud	142
Resultados objetivo 4:	145
6.8 Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la salud mental positiva (post-pretest)	146

6.9 Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la salud mental positiva (post-pretest).....	154
6.10 Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest)	162
6.11 Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de alcohol y tabaco) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest) ...	170
Resultados objetivo 5	177
6.12 Efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y en las Conductas Promotoras de Salud	178
Resultados objetivo 6	181
6.13 Valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud. .	182
VII. Discusión	189
VIII. Limitaciones, líneas de investigación futuras y divulgación del estudio	231
IX. Conclusiones	237
X. Referencias Bibliográficas	243
XI. Anexos	277
Anexo I: Programa asignatura de psicología del Plan de Estudios del Grado en Enfermería de la FCSB curso 2013-2014	279
Anexo II Dossier para la presentación y seguimiento del programa Dinamiza la Salud: cuídate y cuida.....	283
Anexo III Formulario de datos sociodemográficos, de salud y hábitos tóxicos (Consumo de tabaco y alcohol)	289
Anexo IV Formulario valoración del propio programa Dinamiza la salud: cuídate y cuida.....	293
Anexo V Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) MT Lluch.....	297

Anexo VI Escala Health Promotion LifeStyle Profile II para población española.....	301
Anexo VII Aprobación del Comité de Ética de la Universitat de Barcelona..	305
Anexo VIII Aprobación del Comité d'Ética i Recerca de la FCSB	307
Anexo IX Aprobación de la Comissió de Recerca del Campus Docent de Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona.....	309
Anexo X Aprobación para la realización del estudio por el Decano de la FCSB	
Anexo XI Información para los participantes en el estudio	313
Anexo XII Consentimiento informado para el estudio	319

Índice de Tablas y Figuras

Tablas:

Tabla 1: Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud celebradas por la OMS.....	13
Tabla 2: Modelo Multifactorial de SM+ de Lluch.	24
Tabla 3: Conceptos clave del metaparadigma enfermero del MPS.....	33
Tabla 4: Dimensiones Estilo de Vida Promotor de la Salud de Pender.	37
Tabla 5: Idiomas a los que se ha traducido el HPLP y sus posteriores adaptaciones	39
Tabla 6: Diferencias entre el programa de empoderamiento tradicional y el nuevo programa denominado “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”.....	91
Tabla 7: Distribución por factores de los ítems del CSM+ valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global	104
Tabla 8: Distribución por Dimensiones de los ítems de la escala HPLPII. Valores máximos y mínimos de cada dimensión y de la escala global.	107
Tabla 9: Características sociodemográficas de la muestra de estudio.....	120
Tabla 10: Comparación de las características sociodemográficas de los distintos grupos (Intervención y control) al inicio del estudio	121
Tabla 11: Características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio	123
Tabla 12: Comparación de las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de los distintos grupos (intervención y control) al inicio del estudio	124
Tabla 13: Comparación de la Salud Mental Positiva de los distintos grupos (Intervención y control) al inicio del estudio	125
Tabla 14: Comparación de las Conductas Promotoras de Salud de los distintos grupos al inicio del estudio	126
Tabla 15: Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario de Salud Mental Positiva, Media, Desviación estándar, Porcentaje techo y porcentaje suelo.....	129
Tabla 16: Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario de Salud Mental Positiva.....	131
Tabla 17: Correlación ítem total del cuestionario de Salud Mental Positiva	132

Tabla 18: Correlaciones Salud Mental Positiva Subescalas y Total escala	133
Tabla 19: Estadísticos descriptivos de los ítems la escala HPLPII	135
Tabla 20: Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala HPLPII.....	137
Tabla 21: Correlación ítem total de la escala HPLPII	138
Tabla 22: Correlaciones Escala HPLPII Subescalas y Total escala	139
Tabla 23: Análisis de correlación entre factores específicos de la escala de SM+ y las diferentes dimensiones de la escala HPLP II al inicio del estudio	144
Tabla 24: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva (post-pre)	147
Tabla 25: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 1 (Satisfacción personal) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	148
Tabla 26: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 2 (Actitud prosocial) de la Salud Mental Positiva (post-pre).....	149
Tabla 27: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 3 (Autocontrol) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	150
Tabla 28: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 4 (Autonomía) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	151
Tabla 29: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 5 (Resolución de problemas / autoactualización) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	152
Tabla 30: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 6 (Habilidades de relación interpersonal) de la Salud Mental Positiva (post-pre).....	153
Tabla 31: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva (post-pre)	155

Tabla 32: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 1 (Satisfacción Personal) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	156
Tabla 33: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 2 (Actitud prosocial) de la Salud Mental Positiva (post-pre) .	157
Tabla 34: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 3 (Autocontrol) de la Salud Mental Positiva (post-pre).....	158
Tabla 35: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 4 (Autonomía) de la Salud Mental Positiva	159
Tabla 36: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 5 (Resolución de problemas / Autoactualización) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	160
Tabla 37: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 6 (Habilidades de Relación interpersonal) de la Salud Mental Positiva (post-pre)	161
Tabla 38: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	163
Tabla 39: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	164
Tabla 40: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D2 (Actividad física) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II)	165

Tabla 41: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D3 (Nutrición) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (post-pre)	166
Tabla 42: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D4 (Desarrollo espiritual) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)....	167
Tabla 43: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D5 (Relaciones interpersonales) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	168
Tabla 44: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D6 (Gestión del estrés) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)...	169
Tabla 45: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	170
Tabla 46: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la dimensión D1 (responsabilidad sobre la propia salud) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre).....	171
Tabla 47: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D2 (Actividad física) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	172
Tabla 48: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D3 (Nutrición) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	173
Tabla 49: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la	

puntuación de la Dimensión D4 (Desarrollo espiritual) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	174
Tabla 50: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D5 (Relaciones interpersonales) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	175
Tabla 51: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D6 (Gestión del estrés) de la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) (post-pre)	176
Tabla 52: Posttest-Pretest Diferencias en la Salud Mental Positiva según grupo de estudio	179
Tabla 53: Posttest-Pretest Diferencias en la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) según grupo de estudio	180
Tabla 54: Ámbitos de la salud trabajados en el plan de autocuidados	183
Tabla 55: Satisfacción de los ámbitos de la salud trabajados en el plan de autocuidados.....	183
Tabla 56: Ámbitos de la salud que los estudiantes consideran más importantes que han trabajado en el plan de autocuidados	184
Tabla 57: Ámbitos de la salud que los estudiantes consideran más complicados para trabajar en el plan de autocuidados a nivel emocional	184
Tabla 58: Competencias que consideran los estudiantes que le han proporcionado información	185
Tabla 59 Materiales o recursos que los estudiantes han utilizado en el plan de autocuidados.....	185
Tabla 60: Materiales o recursos que los estudiantes han utilizado para la dinámica dirigida al cuidado de otras personas	186
Tabla 61: Contenidos del programa de la asignatura de psicología, en cual/es has obtenido más materiales o recursos, para la planificación y ejecución	187
Tabla 62: Calificación numérica de los estudiantes	187

Figuras:

Figura 1: Configuración de la Disciplina Enfermera	29
Figura 2: Modelo Promotor de la Salud de Pender 1996.	34
Figura 3: Influencia de los componentes cognitivos y afectivos del MPS en la adopción de una conducta	35
Figura 4: Proceso de educación de enfermería para la práctica del autocuidado	50
Figura 5: Proceso de desarrollo para la definición de las Competencias Graduado en Enfermería.	62
Figura 6: Proceso de desarrollo para la definición de las Competencias Psicosociales Graduado en Enfermería	63
Figura 7: Esquema hipótesis de comparación de grupos	74
Figura 8: Situación geográfica en la provincia de Barcelona de los centros Participantes en la investigación	81
Figura 9: Diagrama del Diseño de la investigación.	82
Figura 10: Distribución de los distintos créditos ECTS en los cuatro cursos del Grado en Enfermería.....	83
Figura 11: Contextualización y creditaje de la asignatura de psicología en el 1 curso plan de estudios FCSB.....	84
Figura 12: Esquema de reclutamiento y de retención de los participantes en el Estudio.	86
Figura 13: Esquema del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”.	92
Figura 14: Materiales para la realización del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”	95
Figura 15: Ejemplo 1 de una píldora autoformativa.	96
Figura 16: Ejemplo 2 de una píldora autoformativa.	97
Figura 17: Ejemplo 3 de una píldora autoformativa.	98
Figura 18: Identificación de recursos y barreras para pasar a la acción: Plan de autocuidados.....	99
Figura 19: Ejemplo de la combinación de material facilitado a los estudiantes para elaborar su plan de autocuidados.....	100

Figura 20: Etapas y duración del programa de empoderamiento “Dinamiza la Salud: cuídate y cuida”	101
Figura 21: Procedimiento recogida de datos.	109
Figura 22: Distribución de los estudiantes según el centro	118
Figura 23: Histograma de frecuencias de la puntuación total del cuestionario de Salud Mental Positiva.....	128
Figura 24: Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala HPLPII	134

Abreviaturas

ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
CPAS	Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud
CRUE	Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas
CSM+	Cuestionario de Salud Mental Positiva
ECTS	<i>European Credit Transfer System</i>
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EpS	Educación para la Salud
ESTUDES	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias
EUE	Escuela Universitaria de Enfermería
EUROHIS	Encuesta de Salud Europea
Eurostudent	<i>Social and Economic Conditions of Student Life in Europe</i>
FCSB	Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
HPLP I	<i>Health-Promoting Lifestyle Profile I</i>
HPLP II	<i>Health-Promoting Lifestyle Profile II</i>
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MPS	Modelo Promotor de la Salud
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
PEVPS I	Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud I
PS	Promoción de la Salud
REUS	Red Española de Universidades Saludables
SM+	Salud Mental Positiva

SNS	Sistema Nacional de Salud
TAR	Teoría de la Acción Razonada
UB	Universidad de Barcelona
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
URL	Universitat Ram3n Llull

I. Introducción

I. Introducción

El presente trabajo de investigación surge a partir del interés personal y profesional en contribuir a mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas. Mi formación y experiencia laboral han girado alrededor del apoyo y refuerzo al individuo para su desarrollo en diferentes contextos. En coherencia a esta trayectoria y partiendo de dos modelos de salud se diseñó un programa de empoderamiento para potenciar las conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería con la finalidad de incrementar la evidencia científica disponible en relación a los conceptos clave de la investigación: reforzar la aplicación práctica y evaluación de las Teorías de Enfermería y explorar el vínculo entre las conductas promotoras de la salud y la salud mental positiva para el empoderamiento personal mediante el autocuidado.

En el contexto actual esto resulta especialmente necesario y prioritario teniendo en cuenta la evolución que ha experimentado la sociedad en los últimos años, caracterizada por un cambio en el patrón de enfermedades hacia enfermedades no transmisibles, de carácter crónico, relacionadas con el estilo de vida y cuya prevalencia se incrementa con la edad.

En este sentido, es importante contemplar el empoderamiento de las personas como un elemento clave que permita a éstas ser más autónomas y proactivas en la gestión de su salud.

En concreto, esta tesis doctoral, titulada “Evaluación de un programa de empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería / Dinamiza la salud: cuídate y cuida” es un trabajo de investigación basado por un lado en una Teoría Enfermera, concretamente el Modelo Promotor de la Salud definido por NJ Pender y por otro en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de MT Lluch. Se pretende evaluar la efectividad de un programa de empoderamiento diseñado para desarrollar

conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de primer curso del Grado de Enfermería. Asimismo, se pretende explorar la relación y las posibles implicaciones de ésta entre los constructos referentes a las conductas promotoras de salud y a la salud mental positiva.

Se han elaborado doce capítulos. Los cuatro primeros son teóricos, centrados en aportar información relativa a los conceptos que sirven para enmarcar posteriormente el planteamiento del objeto de estudio.

En el primero de ellos se describe la transición del modelo biológico convencional al modelo biopsicosocial de la salud y los factores más relevantes que propiciaron dicha transición. Posteriormente, se describen las diferentes políticas de promoción y prevención promovidas por la Organización Mundial de la Salud para impulsar comportamientos saludables entre la población. Finalmente, se define la salud mental positiva y se expone una de las aportaciones más significativas realizadas en nuestro contexto: el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de MT Lluç, también se plantean las implicaciones que presenta la salud mental desde una perspectiva positiva para el individuo y la comunidad en general así como los retos para su investigación en la actualidad.

En el segundo capítulo se presenta cómo se ha configurado la disciplina enfermera y se expone una de las aportaciones más relevantes de ésta a la promoción de la salud: el Modelo Promotor de la Salud definido por NJ Pender. Este modelo representa una línea clara de atención enfermera orientada a potenciar las capacidades del individuo para el autocuidado mediante la realización de conductas promotoras de salud.

En el tercer capítulo se presenta el concepto de empoderamiento para la salud y se muestra el autocuidado como una de las estrategias de empoderamiento para la salud personal. Finalmente se describe el proceso de educación para la práctica del autocuidado desde la perspectiva del Modelo Promotor de la Salud.

En el cuarto capítulo se presenta la universidad como espacio saludable a través de la definición de objetivos y estrategias para ello, por parte de la Red Europea y Española de Universidades Promotoras de Salud. Posteriormente, se realiza una breve referencia a la adaptación de los estudios de Enfermería al Espacio Europeo de Educación Superior y finalmente, se introduce la importancia del proceso de autocuidado en jóvenes universitarios y la promoción del autocuidado en la universidad como espacio saludable.

El quinto capítulo describe los puntos básicos para la justificación de esta tesis doctoral. Y en el sexto y séptimo capítulos se desarrollan respectivamente la hipótesis y los objetivos formulados que orientan la investigación.

El trabajo empírico se ha descrito en cuatro capítulos: el octavo, correspondiente a la metodología en el que se presenta el diseño, estructura y procedimientos utilizados en el estudio para alcanzar los objetivos planteados; el noveno, en el que se detallan los resultados obtenidos del estudio en relación a la efectividad del programa de empoderamiento para desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería, así como la relación entre los constructos clave de la presente investigación; las conductas promotoras de salud y la salud mental positiva, en los capítulos décimo y decimoprimeros se presenta la discusión y las limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación respectivamente y, por último, en el capítulo decimosegundo se exponen las conclusiones.

1. La Salud desde una Perspectiva Positiva

En cada momento histórico se han producido importantes variaciones en la concepción de la salud y la enfermedad. En este contexto es importante remarcar el periodo correspondiente a la segunda mitad del siglo XX en el que acaecieron cambios especialmente relevantes, en los que la Organización Mundial de la Salud, representó un papel significativo como ente aglutinador de las últimas tendencias en este campo. Esta evolución significó un nuevo e importante modelo en el ámbito de la salud.

En la actualidad la definición de la salud se inscribe en términos positivos, de bienestar y, al mismo tiempo, de capacidad de funcionar, desde una perspectiva integral de la persona, e implica la atención de las diferentes dimensiones que componen este concepto. También se considera a la Promoción de la Salud como el medio más efectivo para contribuir a una transición entre las pasadas y las nuevas prácticas en salud y proveer personas autónomas y socialmente solidarias.

Para describir éste periodo de cambio en la concepción de salud, el presente capítulo se ha estructurado en tres apartados. En el primero de ellos, se describe la transición del modelo biológico convencional al modelo biopsicosocial de la salud y los factores más relevantes que propiciaron dicha transición. Posteriormente, a partir del modelo biopsicosocial de la salud se describen las diferentes políticas de promoción y prevención promovidas por la Organización Mundial de la Salud para impulsar comportamientos saludables entre la población. Finalmente, se presenta el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva definido por MT Lluch así como las implicaciones que presenta la salud mental desde una perspectiva positiva, para el individuo y la comunidad en general así como los retos para su investigación en la actualidad.

1.1 Transición del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial de la Salud

En el S. XVII René Descartes postuló la naturaleza humana de forma dicotómica dividiéndola en dos sustancias totalmente distintas, mente y cuerpo, definidas a

partir de características, procesos y modelos explicativos distintos ⁽¹⁾. En este marco de racionalidad dualista y mecanicista es sobre el que surgió el modelo biomédico y se desarrolló durante décadas. Además el modelo biomédico también se caracterizó por sus explicaciones causales, heredadas de la física newtoniana, según la cual cada fenómeno se explica por una causa inmediata ⁽²⁾. De ésta manera, la enfermedad se manifiesta por una relación causal determinada, que define de manera lineal la concatenación entre las causas y las consecuencias.

El modelo biomédico se centró durante décadas en el estudio y tratamiento de la enfermedad, considerando ésta como una entidad propia independiente de los pacientes. La enfermedad se entiende como un fallo de algún elemento del cuerpo y, como consecuencia, concibe la intervención del profesional como la de un técnico experto que repara. Por lo tanto, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión fundamentalmente bioquímica, quedando lo psicológico y social fuera de cualquier dominio explicativo ⁽³⁾. Esta concepción explica que se separara la “máquina cuerpo” de la “biografía” y las “emociones” de la persona sin establecer puentes entre ambas esferas ⁽⁴⁾.

Sin embargo, en el siglo XX, las teorías de la relatividad y de la física cuántica generaron una comprensión distinta en la cual el universo dejó de parecerse a un mecanismo preciso y exacto empezando a entenderse como una unidad indivisible e integral en los que el azar y el caos también formaban parte de un complejo sistema de relaciones. Esta perspectiva más globalizada de la realidad permitió a la medicina estudiar, analizar y dar respuestas a situaciones complejas para las cuales el modelo biomédico tradicional no las tenía. Éste podía predecir la efectividad de un antibiótico para el tratamiento de una enfermedad infecciosa, pero resultaba ineficaz al intentar predecir si un determinado paciente tomaría el tratamiento prescrito o seguiría una dieta equilibrada.

En este sentido, durante el siglo XIX, las enfermedades de naturaleza infecciosa y epidémica eran las principales responsables de la mortalidad y morbilidad, constituyéndose en las grandes preocupaciones de aquel periodo. Sin embargo, a lo largo del siglo XX, las mejoras en las condiciones de vida y el desarrollo de la

medicina, de la salud pública y de la nutrición, entre otros, permitieron el control de estas enfermedades. A pesar de estos avances, las sociedades modernas siguen afrontando desafíos para mejorar la calidad de vida de las personas; entre los cuales se encuentran dos retos profundamente relacionados: la transición demográfica y la transición epidemiológica ⁽⁵⁾.

España es uno de los países con una esperanza de vida más alta, que se sitúa en 2011 en 82,1 años (85 años en las mujeres y 79,2 en los hombres). Los estudios poblacionales para los próximos años indican un continuo aumento de éstas cifras y un estrechamiento de la diferencia entre ambos sexos ⁽⁶⁾. Sin embargo, este aumento medio de años de vida no siempre se asocia a una buena calidad de la misma. Según los datos disponibles, la esperanza de vida en buena salud en España se sitúa en 61,6 años para hombres y 59,4 años para mujeres ⁽⁷⁾. En este sentido, las condiciones crónicas de salud suponen en la actualidad el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque la mortalidad por estas enfermedades desciende progresivamente, la carga de enfermedad que producen va en aumento ⁽⁸⁾. En la actualidad, las causas más importantes de muerte son las enfermedades neoplásicas, las cardiovasculares, la obesidad o la pérdida de facultades por accidente y las relacionadas con los trastornos de salud mental; enfermedades o factores muy asociados a componentes ambientales y a los estilos de vida de los individuos ^(9,10).

Ante alguna de las limitaciones expresadas por el modelo biomédico tradicional para explicar la incidencia de estos factores extrasanitarios en la salud, se fue poniendo de manifiesto la necesidad de precisar una nueva conceptualización que permitiera comprender y controlar mejor la salud y la enfermedad. Apareció así el modelo biopsicosocial ⁽³⁾, el cual expone que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales los que determinan la salud y la enfermedad, complementando así las aportaciones efectuadas hasta aquel momento por el modelo biomédico. En el ámbito de la investigación, el modelo biopsicosocial sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la

enfermedad se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de factores antes mencionados, lo que hace necesario adoptar un enfoque multidisciplinar.

Desde este modelo, también se define a la persona como un ente global que enferma y sana en su conjunto y que no puede ser entendida al dividirla en órganos y sistemas fisiológicos, deduciendo que estudiar el funcionamiento psicológico y social de la persona es tan importante como el análisis celular en los procesos de enfermedad ⁽¹¹⁾.

El modelo biopsicosocial da la palabra al paciente en el proceso asistencial, pasando éste de ser objeto, a ser sujeto del acto clínico ⁽¹²⁾, lo cual permite potenciar la empatía y la compasión como valores en la práctica asistencial ⁽⁴⁾.

En lugar de definir la enfermedad como la simple presencia de agentes patógenos, el modelo biopsicosocial hace hincapié en la salud positiva y contempla la enfermedad, particularmente la enfermedad crónica, como el resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales ⁽¹³⁾.

En síntesis, según Epstein ⁽¹⁴⁾, los aspectos que ha aportado a la salud la perspectiva biopsicosocial se centran en haber favorecido un conocimiento más integral del paciente y su entorno, integrando los hallazgos de los ámbitos biológico, psicológico y social, reconociendo el papel central que desempeña la relación entre el profesional y el paciente en el curso de los acontecimientos, al mismo tiempo que ha favorecido el trabajo en equipos interdisciplinarios y ha incorporando al profesional de la salud como un elemento más del sistema que también debe ser cuidado.

1.2 Evolución del Concepto Salud a través de las Políticas de Prevención y Promoción de la Salud de la OMS

Debido a la inclusión de variables distintas a las sanitarias y a su influencia en la noción de salud, el propio concepto de salud ha experimentado una significativa

evolución en los últimas décadas, pasando de un pensamiento negativo y reduccionista basado en la ausencia de enfermedad, incapacidad o disminución, hasta llegar a la actual perspectiva más positiva e integral en la que se han incluido diferentes dimensiones de bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgos de enfermedad y desarrollo de habilidades personales que conducen a la salud individual y a la de la comunidad ⁽¹⁵⁾.

1.2.1 El concepto de Salud

En el preámbulo de los primeros estatutos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 ⁽¹⁶⁾, se planteó una definición de salud que intentó reflejar un enfoque extenso y positivo. Se definió la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La inclusión de los factores mental y social en la definición de la salud, además del factor físico, tradicionalmente considerado, supuso un cambio importante dado que la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social ⁽¹⁷⁾. Esta definición, además permitió diferenciar entre salud negativa y positiva.

A pesar de ello han aparecido multitud de críticas sobre esta definición, contando con defensores que enfatizan sus ventajas y detractores que señalan sus limitaciones ⁽¹⁸⁾. Entre sus ventajas principales se encuentran, el reconocer a la persona como un sistema total y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ámbito personal como al externo, y el hecho de enfatizar la salud y no la enfermedad. Entre las críticas que se le realizan destacan las referentes a su falta de eficacia y su carácter utópico, la equiparación de bienestar a salud, su cualidad estática, no permitiendo realizar gradaciones, y el retroceso de los aspectos objetivos en favor de los subjetivos ⁽¹⁹⁾.

En 1974, el Gobierno de Canadá para explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, se apoyó en el modelo de Laframbroise ⁽²⁰⁾, desarrollado por Marc Lalonde ⁽²¹⁾, en el documento *“A new perspective on the health of Canadians”*. A través del denominado "Informe Lalonde" se establecieron como coordenadas del campo de la salud: los estilos de vida y las características del medio ambiente, además de la biología y la medicina. Se introdujo que el principal instrumento para la intervención efectiva era la promoción de la salud, además de la priorización de lo preventivo sobre lo curativo.

La investigación del estilo de vida fue de gran interés en el ámbito de las ciencias biomédicas tras el “informe Lalonde”, al comprobar la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo inicialmente el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control” ⁽²¹⁾.

Con posterioridad, y en este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, conviniendo, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales" ⁽⁹⁾.

En Estados Unidos, Dever ⁽²²⁾, llevó a cabo un estudio que constató la importancia de intervenir en la mejora de los hábitos de vida de la población, aportando evidencias de que éstos podrían provocar la disminución de la mortalidad hasta en un 43%, mientras que los esfuerzos realizados en otros campos como el de la biología podrían explicar la disminución de la mortalidad en un 27%, intervenir en la mejora de la calidad del medio ambiente podría reducir la mortalidad en un 19% y los servicios asistenciales podían contribuir a reducir la mortalidad en un 11%.

Tras los estudios de Lalonde y Dever ^(21, 22), en 1978, dos organizaciones dependientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la OMS y el Fondo

Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (*United Nations International Children's Emergency Fund* UNICEF), celebraron la Conferencia Internacional de Alma-Ata ⁽²³⁾, apoyada por delegados gubernamentales de 134 países, donde la salud fue asumida como un derecho humano y se le otorgó a la Atención Primaria el protagonismo de los cambios que las nuevas políticas sanitarias deberían llevar a cabo. La declaración de Alma-Ata expresó la convicción de que las soluciones técnicas eran insuficientes para la consecución de la salud y que el desarrollo económico y social estaba íntimamente asociado a la salud.

Para dar respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud en el mundo y a partir de los fundamentos definidos en Alma-Ata ⁽²³⁾, la OMS definió la salud como: “El grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente” ⁽²⁴⁾. La salud es vista desde esta perspectiva como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida, y también como un concepto positivo que enfatiza no solo las capacidades físicas, si no también, los recursos sociales y personales.

1.2.2 Promoción y Prevención de la Salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (PS), se llevó a cabo en Ottawa (Canadá), el 21 de noviembre de 1986, en la que se emitió la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”⁽²⁴⁾. En esta primera conferencia se identificó la promoción de la salud como “un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.

Es importante diferenciar la promoción de la prevención de la salud. “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla” ⁽²⁵⁾. La prevención en sus diferentes formas y etapas siempre se orienta a la enfermedad, evitando que ésta aparezca, se desarrolle, se reproduzca o se haga crónica. Por consiguiente la

prevención contempla medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la disminución de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención de la enfermedad engloba las acciones que habitualmente provienen del sector sanitario, y contempla a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables que suelen estar asociados a diferentes comportamientos de riesgo. Las actividades preventivas, según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que se actúa, se clasifican en cuatro niveles: prevención primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria ⁽²⁶⁾.

En cambio, la promoción se dirige a la salud, a crear condiciones para que ésta se desarrolle, amplíe o se consolide y no sólo a evitar la enfermedad ⁽²⁷⁾. Se orienta a ayudar a los individuos, familias y comunidades a alcanzar su pleno potencial de salud, a incrementar el nivel de bienestar y la autorrealización, de un individuo o grupo determinado mediante la adopción de comportamientos saludables. La promoción de la salud (PS) se centra en los esfuerzos para acercarse o moverse hacia un estado de alto nivel positivo y de bienestar ⁽²⁸⁾.

En esta dirección, seguir un estilo de vida saludable de manera responsable contribuye a prevenir desajustes biopsicosociales y a mantener el bienestar para una mayor calidad de vida, una mayor longevidad, más satisfacción de necesidades y mayor desarrollo humano.

Así mismo, en Ottawa se identificó de manera explícita como uno de los cinco componentes primordiales para la PS se fundamentaba en el desarrollo de habilidades personales que permitieran la toma de decisiones saludables. También se reivindicó que se centrará la atención sobre el ambiente, afirmando que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, trabajo y recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” ⁽²⁴⁾.

A esta conferencia siguieron otras que fueron examinando los temas más destacados tratados en la Carta de Ottawa, como la que fue celebrada en Adelaide, en 1988, sobre una política pública saludable ⁽²⁹⁾; la que se celebró en Sundsvall, en 1991, sobre los entornos que apoyan la salud ⁽³⁰⁾ donde se resaltó la importancia de los ambientes o entornos saludables y promotores de salud; y la conferencia celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997 ⁽³¹⁾ donde se marcó el empoderamiento como una de las prioridades para la PS en el siglo XXI.

Siguieron las conferencias celebradas en México en el año 2000 ⁽³²⁾ donde la educación para la salud y la participación de la comunidad se identifican como primordiales para el logro de los objetivos de la promoción. Posteriormente las celebradas en Bangkok, Tailandia en 2005 ⁽³³⁾ y la VII conferencia internacional celebrada en Nairobi, Kenia en 2009 ⁽³⁴⁾. Finalmente la VIII y última Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que se celebró en Helsinki, Finlandia en 2013⁽³⁵⁾, se centró en el enfoque, Salud en Todas las Políticas. Teniendo en cuenta que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación.

Dichas conferencias han constituido una gran aportación para la comprensión de las estrategias de promoción de la salud y para su aplicación práctica. A continuación, en la tabla 1, se presentan los aspectos más significativos tratados en dichas conferencias ^(35, 36).

Tabla 1 Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud celebradas por la OMS

Conferencia	Temas tratados más destacados
I Conferencia Internacional de Promoción de la salud celebrada en 1986, de Ottawa (Canadá).	<p>Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: En ésta se identifican tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none">- Establecer una política pública saludable- Crear entornos que apoyen la salud- Fortalecer la acción comunitaria para la salud- Desarrollar las habilidades personales- Reorientar los servicios sanitarios
La II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en 1988, de Adelaida (Australia), y titulada “Política Sana. Estrategias de acción”.	<p>En ella se subraya sobre todo la importancia del compromiso político para conseguir la equidad social. Se apoya la importancia de las políticas saludables desde las diferentes esferas de la política.</p>
La III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Sundsvall (Suecia) celebrada en 1991.	<p>Se resalta la importancia de los ambientes o entornos saludables y promotores de salud. También se contempla el concepto de desarrollo sostenible.</p>
La IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en 1997, de Yakarta (Indonesia), y titulada “Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI”.	<p>En ella se adoptó la declaración de Yakarta, en la que se señalan como principales prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none">- Promover la responsabilidad social para la salud- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud- Expandir la colaboración para la promoción de la salud- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.
La V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en 2000, de México.	<p>Se destaca la importancia de la promoción de la salud para conseguir una mayor equidad y por tanto reducir desigualdades. La educación para la salud y la participación de la comunidad se identifican como primordiales para el logro de los objetivos de la promoción.</p>

Tabla 1 (continuación) Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud celebradas por la OMS

Conferencia	Temas tratados más destacados
La VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en 2005, de Bangkok (Tailandia).	<p>Se emitió la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. En ella se identifican nuevos factores críticos y los retos que son determinantes para la salud (desigualdades crecientes en los países y entre ellos, nuevas formas de consumo y comunicación, medidas de comercialización, cambios ambientales mundiales, urbanización y cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia adversos) y las nuevas oportunidades que se presentan para mejorar la salud y aumentar la colaboración (los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias).</p> <p>En esta carta se señalan cuatro compromisos clave a favor de la Salud para Todos, para lograr que la promoción de la salud sea:</p> <ul style="list-style-type: none">- Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.- Una responsabilidad esencial de todo gobierno.- Un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil.- Un requisito de las buenas prácticas empresariales.
La VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en 2009, de Nairobi (Kenia).	<p>Efectuó un reclamo a la acción de todos los Estados miembros. Expresa la visión de la Declaración de Alma Ata y se apoya en las recomendaciones de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. En dicha conferencia, se reafirman los valores, principios y estrategias de acción de promoción de la salud codificadas en la Carta de Ottawa y en el resto de conferencias. Se hace mención también a que la promoción de la salud ha demostrado su eficacia y rentabilidad.</p>
La VIII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en 2013, Helsinki (Finlandia).	<p>La conferencia planteaba entre sus objetivos el impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia en Salud Todas las Políticas y avanzar con ello en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.</p>

Al mismo tiempo, la Oficina Regional de Europa de la OMS, en su LXII sesión definió la estrategia de política sanitaria global, denominada Salud 2020. Se trata del primer documento a escala europea que sitúa la promoción de la salud y la prevención como estrategias de actuación esenciales (al mismo nivel que el tratamiento y la rehabilitación) para combatir la incidencia de enfermedades en la población ⁽¹⁰⁾. La Estrategia “Salud 2020”, presenta como objetivos estratégicos, mejorar la salud de

todos, el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud e identifica como una de las áreas prioritarias para ello consiste en seguir invirtiendo en salud a lo largo del curso de la vida y el empoderamiento de la población ⁽¹⁰⁾.

Es por ello que la PS es una herramienta fundamental para modificar los estilos de vida de las personas y el medio ambiente hacia un equilibrio saludable. La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) reconoce la importancia de la PS y la prevención de la enfermedad como el medio más eficaz de abordar las enfermedades no transmisibles ⁽⁵⁾. En la actualidad, se entiende que promover la salud no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad física y mental ^(37,38).

En este sentido, en el actual contexto socioeconómico, se acentúa la necesidad de potenciar de manera prioritaria la PS, la cual contribuirá a un doble logro, por un lado a aumentar el bienestar y la cohesión social de la población y por otro a la sostenibilidad del sistema sociosanitario a medio y largo plazo.

En el presente, el marco que sirve de referencia en el ámbito de la promoción salud es el modelo salutogénico definido por Antonovsky ⁽³⁹⁾. Este modelo deriva del conocimiento desarrollado desde las ciencias sociales y de la salud pública. En su teoría, Antonovsky proclamó la necesidad de reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva. Por lo tanto, según este autor, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad hay que añadir la investigación sobre los factores *salutogénicos*, que causan o mantienen la salud positiva. Se centra en dar valor a lo que se ha denominado *activos para la salud* ⁽³⁹⁾.

Ésta nueva óptica, pone énfasis en aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad ⁽⁴⁰⁾, de ahí el nombre que se emplea para caracterizar a las variables como salugénicas, utilizando el término salud (del lat. *salus*) y origen (del lat. *genesis*) el cual tiene por finalidad promover el bienestar ⁽⁴¹⁾. El modelo salutogénico se presenta como paradigma para la investigación y la práctica y se centra en la

resolución de problemas, la identificación de los recursos para una salud positiva y la capacidad de las personas para orientar sus vidas ⁽⁴²⁾.

En las revisiones realizadas sobre las estrategias implementadas para potenciar la salud y prevenir la enfermedad de las personas, se ha identificado como las que mejores resultados han obtenido, han sido aquellas realizadas desde un enfoque positivo de los problemas o factores y no sólo desde una perspectiva de déficit, es decir, potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus activos en general ⁽⁵⁾.

1.3 La Salud Mental Positiva: definición e implicaciones para el individuo, la comunidad y la investigación

Tal y como se ha indicado anteriormente, el concepto de salud ha ido madurando sincrónicamente con la concepción de la propia persona, así como la relación que esta establece consigo misma, los otros y el mundo. La salud no puede ser considerada un fenómeno individual y aislado, sino como una experiencia colectiva y en relación a los demás. Posiblemente, el concepto de salud mental positiva sea uno de los que pueda contribuir mejor a reflejar la importancia de la toma de consciencia de una persona sobre su responsabilidad en referencia a sí misma y su entorno para generar mayor calidad de vida y bienestar. De este modo, la salud mental positiva aporta una perspectiva de la salud capaz de generar valor más allá del momento y las personas concretas, siendo su aportación de carácter global y trascendente.

1.3.1 Definición y evolución del concepto de salud mental positiva

Como se ha comentado en el apartado anterior de la presente tesis, en los preámbulos constitutivos de la OMS, en la definición de salud ya se contemplaba su vertiente bio-psico-social y positiva. Dicha visión ha sido ratificada y ampliada en diversos documentos y definiciones posteriores, entre los que cabe resaltar la ya

citada Carta de Ottawa ⁽²⁴⁾. Posteriormente en 2001, la OMS definió la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” ⁽⁴³⁾.

Esta definición positiva de salud mental se fundamenta en el bienestar y el funcionamiento efectivo de las personas. En esta definición también se introduce una dimensión que va más allá de una perspectiva individual y la extiende a una consideración de ámbito comunitario. Así, se introduce para la salud mental, la cuestión del equilibrio entre el individuo y su entorno ⁽⁴⁴⁾.

En este sentido, se considera que la salud mental positiva potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas ⁽⁴⁵⁾.

Por ello es fundamental la promoción de la salud en general y también aquella referida especialmente a la salud mental. La OMS definió, en 2004, a partir de la ya efectuada en 1999 por Hosman y Jané-Llopis ⁽⁴⁶⁾, la promoción de la salud mental, como: “actividades para la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a los individuos en el proceso de lograr una salud positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas” ^(44, 47).

Si bien el término de salud mental es positivo, la realidad es que en muchas ocasiones en los centros de salud mental se interviene principalmente en el ámbito de la enfermedad mental y en la sintomatología clínica. Por ello es importante la utilización específica del término Salud Mental Positiva (SM+) dado que puede contribuir a la visualización y canalización de las intervenciones en la dirección de la promoción y el fomento de la salud mental ⁽⁴⁸⁾.

Es necesario considerar que el bienestar emocional está profundamente ligado a la salud general e influida además por los mismos determinantes sociales. Los vínculos entre salud física y mental son bidireccionales; una mala salud física incide negativamente en la salud mental, de la misma manera que una salud mental deficiente reduce la salud física de la persona. Muchos factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a las enfermedades no transmisibles ^(48, 49).

Así mismo, es fundamental para la promoción de la salud mental considerar que sus determinantes comprenden no sólo características individuales tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Una buena salud mental permite tener flexibilidad cognitiva y emocional, que son la base de las habilidades sociales y la resiliencia necesarias para afrontar el estrés ⁽⁵⁾.

Es por ello importante reconocer los factores del comportamiento que indican resiliencia como son: la autoestima, el autocontrol, el afrontamiento de diferentes situaciones, el apoyo social o la fortaleza personal ⁽⁵⁰⁾. A su vez, es fundamental la detección de las situaciones de vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o las situaciones vitales estresantes y conflictos potencialmente generadores de problemas de salud mental ⁽⁵¹⁾.

En la Declaración Europea de Salud Mental de la OMS, celebrada en Helsinki en 2005 ⁽⁵²⁾, se reconocía la importancia de la salud mental y el bienestar mental considerando que éstos “son fundamentales para la calidad de vida y la productividad de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones, capacitando a las personas para experimentar una vida plena de sentido y para ser ciudadanos creativos y activos”.

En esta dirección el interés por una perspectiva positiva de la salud mental continúa creciendo y afianzándose en el inicio del siglo XXI, como así lo muestran diversos documentos y líneas de trabajo que apoyan las principales instituciones políticas y

sanitarias y que la OMS publica en forma de informes, entre los que se encuentran: *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* ⁽¹⁰⁾, *Mental Health: Facing the challenges, building solutions* ⁽⁴⁵⁾, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* ⁽⁵³⁾, *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options* ⁽⁵⁴⁾, *European Child and Adolescent Health Strategy 2015-2020* ⁽⁵⁵⁾, Proyecto plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 ⁽⁵⁶⁾.

En este mismo sentido, el gobierno escocés ha llevado a cabo una de las intervenciones más pioneras en este ámbito al introducir los conceptos relacionados con la salud mental positiva en la práctica clínica de su país. Concretamente el *National programme for improving mental health and well-being addressing mental health inequalities in Scotland* ⁽⁵⁷⁾ el cual considera la salud mental como: la resiliencia mental y espiritual que permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es decir, se trata de un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la dignidad propia y de los demás.

A nivel nacional, tanto el Gobierno central como los diferentes Gobiernos autonómicos contemplan la vertiente positiva de la salud mental en las estrategias y en los planes de salud, tanto en las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007 ⁽⁵⁸⁾, y 2009-2013 ⁽⁵⁹⁾, como en el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 ⁽⁶⁰⁾.

Sin embargo, a pesar de los trabajos y avances realizados en los últimos años desde una perspectiva holística y positiva, hasta ahora el componente físico de la salud ha monopolizado en gran medida la atención ⁽⁵⁾. Igualmente hasta el momento los informes de la OMS se han centrado más especialmente en la medida de los índices de mortalidad, morbilidad, discapacidad y en la reducción del dolor, el sufrimiento, y las carencias que, en los parámetros necesarios para la evaluación del bienestar de los ciudadanos, y en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, de tal manera que este aspecto, clave en la definición de la salud, ha quedado sensiblemente desplazado ⁽⁶¹⁾.

La salud mental no está exenta de éstas circunstancias y ello hace hincapié en la necesidad de definirla con mayor claridad, enfatizando su enfoque positivo. La perspectiva positiva acentúa la salud mental a través de la salud, su postulado básico es: “salud igual a algo más que ausencia de enfermedad”, dentro de esta delimitación, la Salud Mental Positiva, es el concepto que sirve para denominar ese algo más que ausencia de enfermedad; un espacio dedicado especialmente a contemplar la promoción y la prevención de la salud mental y no sólo a tratar la enfermedad y su curación ^(38,48).

Vaillant ⁽⁶²⁾, anota diferentes aspectos que deben ser considerados de antemano para no simplificar la concepción de la SM+. Un primer aspecto es no confundir la “salud mental promedio” con “saludable” debido a que promedio siempre incluye mezclar con el término saludable una cantidad prevalente de psicopatología. Otro aspecto que se debe conocer es que lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico. También existe el peligro de contaminación por los valores o la religión. Este autor también formula algunos interrogantes que ponen de manifiesto la complejidad a la hora de definir la salud mental positiva, entre ellos se encuentran los siguientes: si la salud mental es “positiva” ¿para qué es positiva? ¿Para la propia persona o para la sociedad? ¿Para encajar en el entorno o para ser creativo? ¿Para la felicidad o para la supervivencia? Aun así, Vaillant defiende que debe prevalecer el sentido común y que ciertos elementos tienen una importancia universal para la salud mental, al igual que para la salud física, o de la misma forma que cada cultura difiere en su dieta, la importancia de las vitaminas y los cuatro grupos básicos de alimentos es transversal en todos los espacios geográficos ⁽⁵³⁾.

En esta dirección, conceptos como autoestima, resistencia al estrés, habilidades sociales o resolución de problemas son objetivos clave en la mayoría de los programas de intervención más eficaces y en los programas de prevención y promoción de la salud ^(50,63).

Para realizar intervenciones de promoción de la SM+ es importante partir de la definición, medición y registro de la salud mental. Durante años la investigación ha

contribuido a un entendimiento acerca del significado del término “salud mental” sin embargo, no existe un criterio unificado en este sentido. En la actualidad se puede contemplar a la salud mental positiva desde dos perspectivas, una como concepto y otra como constructo, las cuales pasan a ser presentadas brevemente:

1. La salud mental positiva como concepto: Desde esta perspectiva la Salud Mental Positiva ha estado definida en formas diferentes, como una emoción positiva (afecto), tal como sentimientos de felicidad, como sentido de coherencia, a modo de un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y control, madurez, como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad y como calidad de vida ⁽⁵³⁾.
2. La salud mental positiva como constructo: Considerar la SM+ como un constructo significa que no puede ser definido de forma directa; se precisan términos, factores o dimensiones más específicas. Esta perspectiva es la que da lugar a definiciones de la SM + desde planteamientos criteriosales o multifactoriales.

Desde este enfoque de SM+ se encuentran dos modelos que son de interés para la presente investigación. Por un lado, el modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda (1958) y por otro lado el Modelo Multifactorial de SM+ de MT Lluch (1999), basado en los planteamientos definidos en un primer momento por Jahoda, y dando una continuidad a éstos creando una base empírica ya que además del modulo conceptual, Lluch propone un instrumento de medición de la SM+ el cual contribuye a un objetivo importante en la presente investigación.

Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda

Es el primer planteamiento conceptual que surge desde una perspectiva positiva de la salud mental. Apareció en Estados Unidos cuando, en 1955, se constituyó la *Joint Commission on Mental Illness and Health* con la finalidad de estudiar la salud mental de manera integral. Esta comisión realizó diferentes estudios, entre los cuales se halla una monografía publicada por Jahoda (1958) bajo el título *Current concepts of*

positive mental health ⁽⁶⁴⁾ la cual fué, y actualmente continúa siendo, un punto de referencia esencial para la conceptualización y el abordaje de la salud mental desde una perspectiva de promoción dado que proporciona algunas líneas para orientar “el diagnóstico” de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales ^(65, 66).

Jahoda describió la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador. La autora partió de la idea de que la salud mental es un término ambiguo y difícil de definir y, en este sentido, su trabajo tuvo como objetivo profundizar en la descripción del concepto. Defendió la necesidad de trabajar a fondo en el significado del término ya que, tanto los gobiernos, al elaborar políticas sanitarias, como los profesionales de la intervención y los científicos precisan tener un concepto de salud mental claro y concreto que oriente su trabajo.

Jahoda articuló su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios y lo concretó en seis factores generales (Actitudes hacia uno mismo, Crecimiento y Autoactualización, Integración, Autonomía, Percepción de la realidad y Dominio del entorno) la mayoría de los cuales desglosó en varias dimensiones o criterios específicos, 16 en total, que podían explicar el constructo. Jahoda consideró que estos criterios estaban interrelacionados y, en función del momento o de la situación personal, predominan unos u otros. Es decir, para adaptarse a las condiciones ambientales, especialmente cuando son desfavorables, la persona tiene que priorizar desarrollando un componente a expensas de otro.

A pesar de la relevancia del Modelo, la autora lo describió a nivel teórico pero no realizó ninguna investigación para comprobar su validez empírica por lo que no resulta de utilidad clínica al no estar operativizado. Jahoda sugirió algunas líneas de investigación para dar continuidad a sus trabajos, entre las que se encuentran, operativizar los criterios que configuran el Modelo, determinar sus interrelaciones o estudiar posibles diferencias en función de la cultura, la clase social, la edad, o el sexo.

Modelo Multifactorial de SM+ de MT Lluch

En esta dirección, Maria Teresa Lluch, en el año 1999 ⁽³⁸⁾, planteó un trabajo de investigación con dos objetivos íntimamente relacionados: a) intentar definir y evaluar empíricamente el modelo conceptual de salud mental positiva propuesto por Jahoda (1958) ⁽⁶⁴⁾, en su versión completa (seis factores generales y 16 subfactores) y b) iniciar la construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva y analizar sus propiedades psicométricas, valorando su correspondencia con el modelo hipotético planteado.

La investigación se llevó a cabo con una muestra de estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Diversos estudios la condujeron a identificar en un primer momento, que la estructura propuesta inicialmente por Jahoda con 16 subfactores no se cumplían lo que posteriormente la llevó a la formulación de un modelo propio, con algunos factores diferentes a los formulados por Jahoda y, en realidad, mucho más acordes con los estudios actuales acerca de la salud mental, donde los factores obtenidos por MT Lluch aparecen con frecuencia como dimensiones de los instrumentos de evaluación de la salud mental y como objetivos a potenciar o entrenar en los programas de prevención y promoción ^(67, 48).

Lluch definió el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva, a partir de 6 factores, los cuales se presentan en la tabla 2, y difieren en cierta medida por los planteados en un primer momento por Jahoda. La estructuración de estos seis factores en un modelo explicativo supuso la articulación de aspectos, tanto teóricos como prácticos, que se estaban abordando de forma independiente o dentro de marcos conceptuales poco integrados.

Tabla 2 Modelo Multifactorial de SM+ de Lluch

Factores	Definición de los factores
Factor 1: Satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto. - Satisfacción con la vida personal. - Satisfacción con las perspectivas de futuro.
Factor 2: Actitud prosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad. - Actitud social "altruista" / Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás. - Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.
Factor 3: Autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para el afrontamiento del estrés/ de situaciones conflictivas. - Equilibrio emocional / control emocional. - Tolerancia a la ansiedad y al estrés.
Factor 4: Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tener criterios propios. - Independencia. - Autorregulación de la propia conducta. - Seguridad personal / Confianza en sí mismo.
Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de análisis. - Habilidad para tomar decisiones. - Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios. - Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.
Factor 6: Habilidades de relación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para establecer relaciones interpersonales. - Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás. - Habilidad para dar apoyo emocional. - Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

Fuente: Lluch Canut, M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona, Barcelona.

1.3.2 Retos actuales para la evaluación de la Salud Mental Positiva

Como se ha planteado con anterioridad, el concepto de salud mental no es sencillo de precisar dado que no se fundamenta en un criterio único y ello puede verse reflejado en la gran diversidad de conceptos afines que son utilizados con el propósito de referirse a ésta. En la revisión bibliográfica efectuada, algunos de los conceptos que se encuentran con mayor frecuencia para referirse a la salud mental

positiva son la calidad de vida, la capacidad de recuperación, el bienestar, el sentido de coherencia, la felicidad, el optimismo o la satisfacción, entre otros ⁽⁶⁸⁾. A su vez, estos conceptos han generado enfoques conceptuales y métricos valiosos ⁽⁶⁹⁾. Alguno de los principales enfoques teóricos son: La concepción del bienestar psicológico de Bradburn ⁽⁷⁰⁾, el enfoque salutogénico de Antonovsky descrito anteriormente ⁽³⁹⁾, la dimensión de optimismo/pesimismo de Scheier y Carver ⁽⁷¹⁾, las fortalezas y virtudes de Peterson y Seligman ⁽⁷²⁾, o la resiliencia de Rutter ⁽⁷³⁾. Del mismo modo, estas perspectivas teóricas han dado lugar al desarrollo de instrumentos de medida importantes.

En una extensa y exhaustiva revisión bibliográfica realizada por MT Lluçh en 1999 sobre instrumentos de evaluación de la SM+, así como en posteriores investigaciones^(49,74) se ha evidenciado la ausencia de escalas específicas para la evaluación de la SM+. Esta circunstancia ha quedado plasmada en el proyecto de la encuesta de salud europea (EUROHIS) ⁽⁷⁵⁾, en el que, ante la falta de instrumentos específicos para evaluar la SM+, se apuntó utilizar un instrumento alternativo, la subescala de energía y vitalidad del SF-36 de *Ware y Sherbourne* ⁽⁷⁶⁾. De este modo, los estudios recientes sobre la salud mental positiva en la población europea (Eurobarómetro) han utilizado esta subescala del cuestionario de Salud General SF36 ⁽⁷⁷⁾.

Ante tal déficit, se utilizan distintas escalas psicológicas que incluyen, en alguna de sus dimensiones, aspectos relacionados con la SM+. Algunas de las más destacadas son: la escala de Balance Afectivo de Bradburn, *The general Well-being Schedule* de Dupuy, *The subjective Well-Being* de Ryff, *The Life Orientation Test* de Scheier and Carver, *Sense of Coherence* de Antonovsky o *The Warwick-Edinburgh mental Well-being Scale* ⁽⁷⁴⁾.

Tal y como se ha señalado en el apartado anterior; Lluçh construyó una escala específica para evaluar la SM+ que se corresponde con el Modelo Multifactorial descrito anteriormente, constituido por seis factores que se evalúan en el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+). Disponer de dicho cuestionario permite utilizarlo como instrumento de *screening* para la valoración del nivel de SM+

en población general y como instrumento para evaluar la eficacia de programas de promoción de la salud mental.

Este instrumento y sus propiedades psicométricas serán descritos con detalle en el apartado de metodología de esta tesis ya que forma parte expresa del trabajo de investigación.

La línea de investigación sobre la evaluación de la SM+ iniciada por MT LLuch está siendo continuada tanto por la propia autora original como por diversos equipos, tanto a nivel nacional como internacional ^(49, 78, 79).

Los diferentes aspectos y Modelos de salud mental contribuyen al entendimiento del significado de la SM+. Es por ello que la mejor manera de seguir enriqueciendo la comprensión de lo que constituye la salud mental positiva es estudiar diversas poblaciones sanas desde diversas perspectivas, en diferentes culturas y por un periodo prolongado ⁽⁶²⁾. En este sentido destaca una escala de valoración de la SM+ en población asiática, abordando y dando importancia a las prácticas espirituales y religiosas ⁽⁸⁰⁾. Sin embargo hasta la fecha actual y de acuerdo a la búsqueda bibliográfica efectuada, uno de los instrumentos de medida que operativiza mejor en nuestro entorno cultural el constructo SM+ es la escala de medición construida por MT Lluch en 1999.

2. Contribución de la Enfermería a la Promoción de la Salud

Uno de los propósitos de la enfermería es apoyar de manera específica a que los individuos, las familias y las comunidades adquieran conocimientos, habilidades y actitudes que fomenten su capacidad para el autocuidado. Para ello se requiere, por un lado, generar acciones para la promoción de las conductas de salud, que son aquellas que las personas adoptan en ausencia de cualquier indicio o síntoma de problemas, y que están destinadas a mantenerse bien o a incrementar el estado de bienestar ⁽⁸¹⁾. Y por otro lado, a la prevención de enfermedades y adicciones.

En este sentido, el presente capítulo se ha estructurado en dos apartados: En el primero se expone desde una perspectiva general cómo se ha configurado la disciplina enfermera. En el segundo se presenta una de las aportaciones más relevantes de la enfermería a la promoción de la salud: el Modelo Promotor de la Salud (MPS) definido por NJ Pender. Este modelo representa una línea clara de atención enfermera orientada a potenciar las capacidades del individuo para el autocuidado mediante la realización de conductas promotoras de salud.

2.1 Configuración de la disciplina enfermera: Modelos, Proceso de Atención de Enfermería y Lenguajes Estandarizados

La disciplina enfermera tiene una estructura que se basa en afirmaciones teóricas, en relación a la persona (entendida como paciente, familia, comunidad), la salud, el entorno (factores internos o externos que influyen a las personas) y el cuidado (intervenciones de enfermería, contemplando el grado de autocuidado del propio paciente) ^(82, 83). Todos los componentes mencionados (la persona, la salud, el entorno y el cuidado) configuran el metaparadigma enfermero que es el componente más abstracto de la filosofía de la disciplina enfermera ^(84, 85). Todos los modelos y teorías de enfermería se basan en el metaparadigma y sirven como base para la docencia enfermera, la administración enfermera, la investigación enfermera y la práctica clínica enfermera.

En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios. La realización de programas educativos fundamentados en la disciplina enfermera para los estudios de grado, máster y doctorado contribuyen a la evolución de la enfermería como disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios orientada al cuidado de las personas.

En la administración, los modelos y teorías proveen de una estructura sistemática para observar los escenarios e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera particular.

En la investigación, las teorías y modelos facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, la metodología, el diseño, los instrumentos, el procedimiento, el plan de análisis y durante todo el proceso.

En la práctica clínica proveen guías generales para la práctica con un enfoque y una organización basados en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o proceso de atención de enfermería.

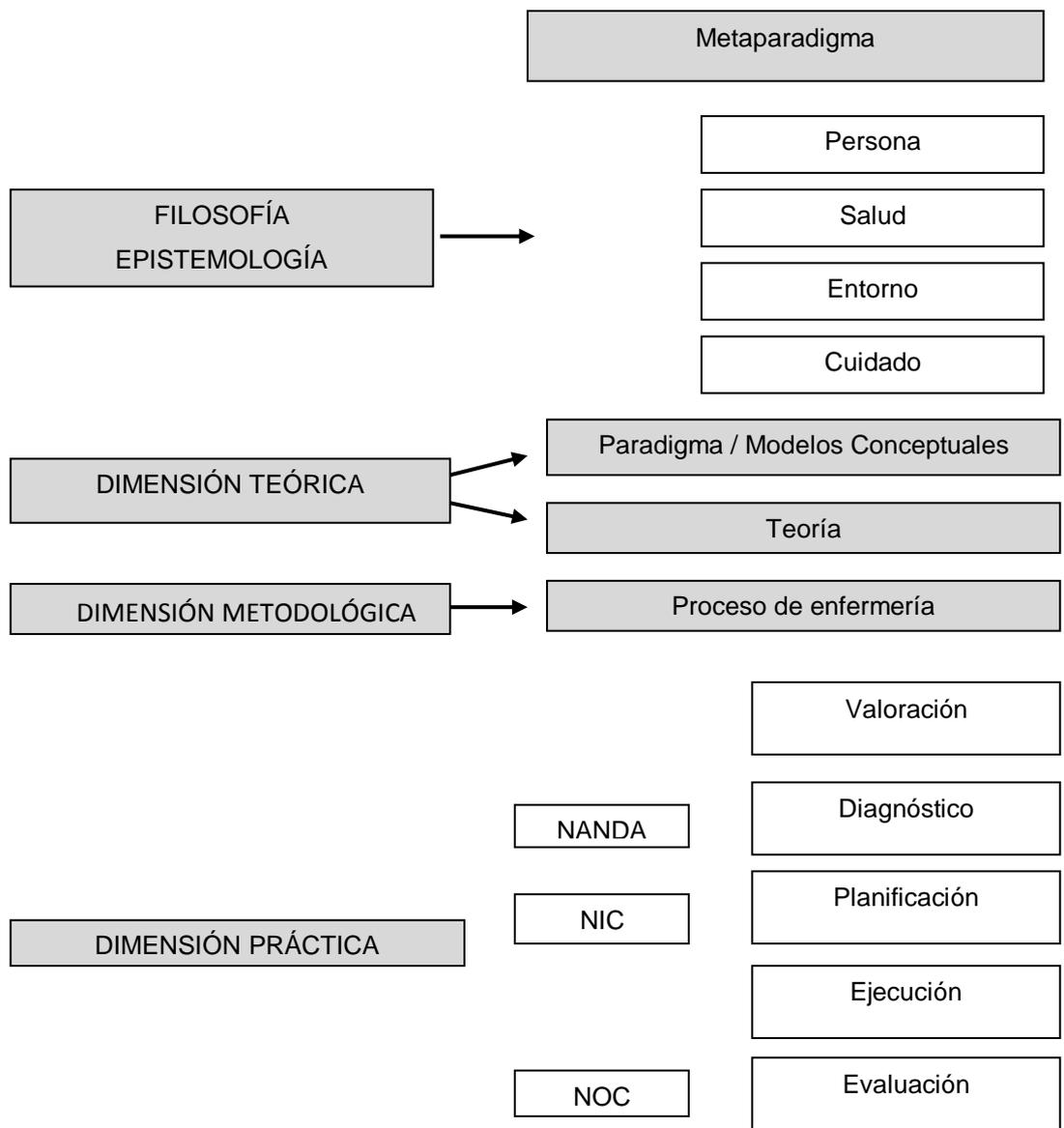
Para llevar a la práctica toda la conceptualización teórica enfermera ha resultado fundamental el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basado en el método científico el cual proporciona la posibilidad de analizar, sintetizar, reflexionar e interrelacionar para explicar los conceptos y los valores que componen la teoría. El PAE está estructurado en cinco etapas: valoración de enfermería, diagnóstico de enfermería, planificación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados ⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾.

Es también importante la relevancia de la creación y uso de taxonomías enfermeras, las cuales han sido adaptadas al PAE aportando un lenguaje unificado. Las tres taxonomías enfermeras más utilizadas son la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)⁽⁸⁹⁾, presenta las definiciones y clasificación de diagnósticos de enfermería, la taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*)⁽⁹⁰⁾, aporta resultados e indicadores de resultado sensibles a la intervención de

enfermería, la taxonomía NIC (*Nursing Interventions Classification*)⁽⁹¹⁾ incluye las intervenciones y actividades de enfermería, las cuales están orientadas a fomentar y proteger la salud así como a tratar y prevenir la enfermedad.

De este modo los cuidados de enfermería han evolucionado y desarrollado sus contenidos a través de los modelos y las teorías siendo éstos articulados mediante el uso del PAE y la utilización de las diferentes taxonomías de enfermería. En la figura 1 se describe la configuración de la disciplina enfermera.

Figura 1 Configuración de la disciplina enfermera



Fuente: Miguel Ruíz D. (2014). Valoración de la salud mental positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona

2.2 El Modelo Promotor de la Salud de NJ Pender

Para explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada es importante conocer los modelos y teorías del cambio de conductas en salud. En estos modelos y teorías se especifican los conceptos y la relación entre éstos que influyen en el comportamiento deseado para la salud, indican la forma de intervenir para promover el cambio, y contribuyen a predecir los resultados esperados. Esto permite a las enfermeras y otros profesionales de la salud asesorar a las personas y estructurar intervenciones conductuales optimizando su eficacia ⁽⁹²⁾.

Es remarcable en este sentido, la contribución realizada por Nola J. Pender, la cual aportó a la disciplina enfermera el Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Mediante este modelo, Pender ofreció una respuesta a las necesidades del entorno político, social y personal, definiendo el papel de la enfermera a través de servicios de promoción de la salud orientados a personas de todas las edades. Pender, planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas ⁽⁹³⁾.

Su finalidad es contribuir a la comprensión de los principales determinantes de las conductas de salud como base para poder realizar un adecuado asesoramiento conductual y ayudar con ello a promover un estilo de vida saludable en la persona, a partir de una visión positiva y no sólo desde una perspectiva de déficit, es decir, potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud ⁽⁹³⁾. Es por este motivo que la presente tesis se fundamenta en éste modelo al proporcionar una base teórica y metodológica bien estructurada para la promoción de conductas de salud ⁽⁹⁴⁾.

2.2.1 Origen y desarrollo del Modelo Promotor de la Salud

El Modelo de Promoción de la Salud apareció por primera vez en la literatura de enfermería en 1982 en el texto *Health Promotion in Nursing Practice* ⁽⁹³⁾. En 1987 se publicó una segunda edición y en 1996 apareció una tercera, donde el Modelo se

presentó revisado, en base al cambio de perspectivas teóricas y a los hallazgos empíricos aparecidos, fruto de las investigaciones llevadas a cabo, centrándose especialmente, en los determinantes de la conducta de promoción de la salud ⁽⁹⁵⁾.

En 1988, el *National Institutes of Health* financió un estudio de seis años que fue llevado a cabo en la *Northern Illinois University de DeKalb* (Illinois). En este estudio se comprobó la validez del MPS, al que Pender se refiere como un modelo “en evolución”, cuya actualización se ha mantenido vigente mediante la investigación llevada a cabo durante los últimos años ^(93, 28).

Posterior a la revisión del modelo en 1996, se han publicado 3 ediciones más de la obra. Cabe resaltar que la 5ª edición, aparecida en 2006, fue reconocida por su contribución a la enfermería de la salud comunitaria como el libro del año de la *American Nurses Association* ⁽⁹⁶⁾, hecho que enfatiza la vigencia y relevancia actual del modelo para la práctica de la enfermería. La 6ª y última, se publicó en 2011 ⁽²⁸⁾, proporcionando una base actualizada para la comprensión y la continuidad de la construcción y desarrollo de la ciencia y la práctica enfermera, en la promoción de la salud.

Actualmente, es un modelo ampliamente utilizado para comprender el comportamiento de la salud a lo largo del ciclo vital y por parte de diferentes colectivos tanto enfermeros como de otras disciplinas ^(93, 97- 99).

2.2.2 Fuentes teóricas del Modelo Promotor de la Salud

Pender expone los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos: las actitudes y las motivaciones que lo conducen hacia la acción que promoverá la salud. Para ello el MPS se fundamenta en dos sustentos teóricos:

- a) El primero de ellos es la teoría social cognitiva de Albert Bandura ^(100, 101) la cual explica la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual,

mostrando como los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas ⁽¹⁰²⁾.

La teoría social cognitiva de Bandura ^(103,104), renuncia al modelo de causalidad lineal, aceptado por diferentes posturas teóricas. Apuesta por un modelo de determinismo recíproco, el cual permite el estudio del ser humano en toda su complejidad, tomando en cuenta las múltiples variables que intervienen como determinantes así como sus influencias interactivas. Bandura analiza las influencias entre las personas, su comportamiento y el medio ambiente. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos de ésta reciprocidad en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos ⁽¹⁰⁴⁾.

- b) El segundo sustento teórico sobre el que se fundamenta el Modelo Promotor de la Salud es la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen ⁽¹⁰⁵⁾. La Teoría de la Acción Razonada (TAR) fue presentada en 1967, posteriormente fue revisada, desarrollada y probada por éstos mismos autores ^(106, 107). Es una teoría que trata de la relación, entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual.

Fishbein y Ajzen no piensan que la conducta social esté controlada por motivos inconscientes, conductas caprichosas o irreflexivas. La teoría expone, que es posible predecir las conductas desde las actitudes, las intenciones conductuales y las creencias en relación a la influencia social y a la predisposición del sujeto hacia esta última ⁽¹⁰⁷⁾. La teoría de la acción razonada asegura que la intención de una persona para llevar a cabo, o no, una conducta es la determinante inmediata de una acción. De esta forma la

teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales.

2.2.3 Conceptos y definiciones principales del Modelo Promotor de la Salud

El MPS es propuesto por Nola J. Pender con el objetivo de integrar las perspectivas de enfermería y de las creencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud. Ofrece una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a las personas a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, y expone la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud.

En la Tabla 3 se detallan los conceptos clave del metaparadigma enfermero definidos por Pender en el MPS ⁽⁹³⁾.

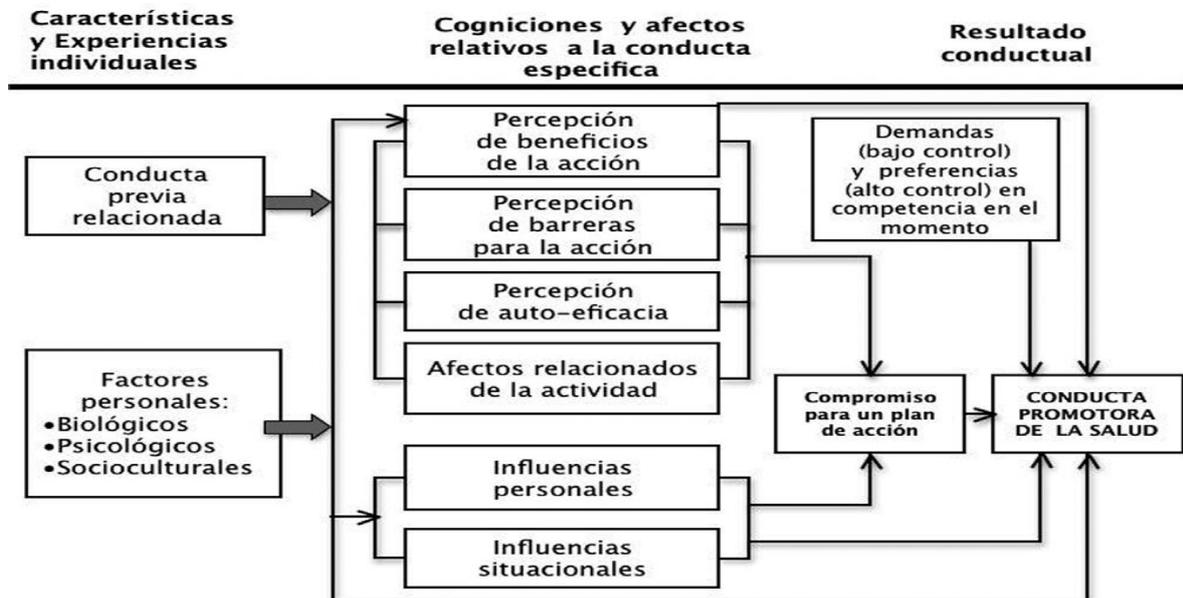
Tabla 3 Conceptos clave del metaparadigma enfermero del MPS

Concepto	Definiciones
Persona	Es un organismo bio-psico-social parcialmente formado por el entorno al mismo tiempo que también busca crear un entorno en el cual pueda expresar todo el potencial humano, inherente y adquirido, en su totalidad. Así, la relación entre persona y medio ambiente es recíproca. Las características individuales así como las experiencias vitales modelan el comportamiento, incluidos los comportamientos saludables.
Entorno	Es el contexto social, cultural y físico en el cual el curso de la vida se revela. El entorno puede ser manipulado por el individuo para crear un contexto positivo de indicadores y facilitadores para los comportamientos beneficiosos para la salud.
Enfermería	Es la colaboración entre individuos, familias y comunidades para crear las condiciones más favorables para la expresión del óptimo nivel de salud y bienestar.
Salud	En referencia al individuo, es definida como la actualización del potencial humano a través de la conducta dirigida a la competencia para el auto-cuidado y la existencia de relaciones satisfactorias con los demás, mientras se realizan los ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con el entorno relevante. La salud es una experiencia de vida en evolución, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo.
Fuente: Modelo Promotor de la Salud de Pender 1996	

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar, o

no, en comportamientos de salud. Esta perspectiva Pender la integra en su modelo ⁽⁹⁵⁾, la cual puede observarse en la figura 2.

Figura 2 Modelo Promotor de la Salud de Pender 1996



Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de Pender 1996

A continuación se describen los conceptos fundamentales mostrados en cada columna del esquema del MPS:

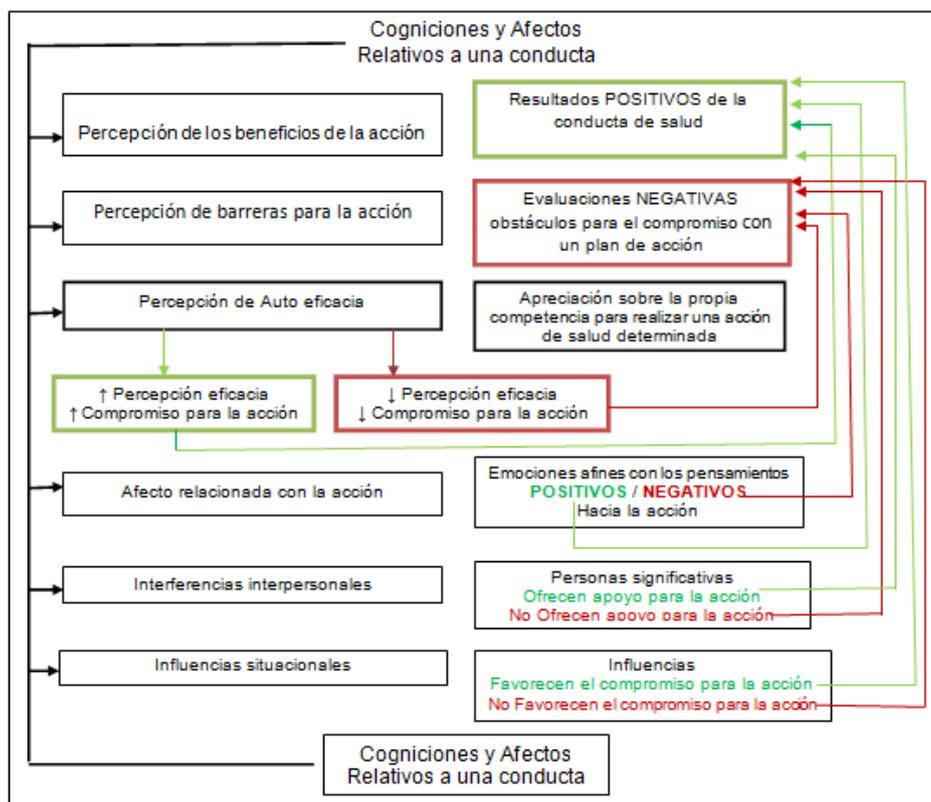
De izquierda a derecha, la primera columna valora los factores predictivos del estilo de vida de la persona. Refleja las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: la conducta previa relacionada y los factores personales:

1. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

- El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, (edad, sexo, índice de masa corporal...), psicológicos (autoestima, automotivación, competencia personal,...) y socioculturales, (etnia, formación, estado socioeconómico,...) los cuales, de acuerdo con este enfoque, son predictivos de una cierta conducta.

Los componentes de la segunda columna incluyen la intervención a realizar en los aspectos cognitivos y emocionales; estos son los considerados de mayor importancia motivacional entre las personas. Por ello, este componente es clave en el modelo de Pender al ser variables modificables mediante las acciones de enfermería. Se relacionan con los conocimientos y afectos (emociones-sentimientos, creencias) específicos de la conducta, los cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso para la realización de una conducta promotora de salud. En la figura 3 se muestra la relación e influencia de los componentes cognitivos y afectivos en la adopción de un compromiso para un plan de acción.

Figura 3 Influencia de los componentes cognitivos y afectivos del MPS en la adopción de una conducta



Fuente: Adaptado a partir del Modelo Promotor de la Salud de Pender de 1996

En la tercera columna se recoge el resultado de la conducta promotora de salud. Se muestra el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

Las conductas promotoras de salud están conceptualizadas como un modelo multidimensional de aquellas acciones realizadas por iniciativa propia de la persona que sirven para mantener o mejorar su nivel de bienestar, la autorrealización y su plenitud personal ⁽²⁸⁾.

Según Pender, la conducta promotora de la salud (estilo de vida) está configurada por seis dimensiones: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, responsabilizarse de la salud, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas y controlar el estrés ⁽²⁸⁾. Estas se definen en la Tabla 4.

En resumen, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que influyen en generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como son el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Tabla 4 Dimensiones Estilo de Vida Promotor de la Salud de Pender

Responsabilidad Salud	Sentido activo de responsabilidad en orden al propio bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, la educación de uno mismo sobre la salud y el buscar ayuda profesional cualificada.
Actividad Física	Involucra la participación regular en actividades ligeras, moderadas y / o vigorosa. Puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado para el cuidado de la salud o episódicamente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio.
Nutrición	Implica el conocimiento, la selección y el consumo de alimentos esenciales para el sustento de la salud y el bienestar. Esto incluye la elección de una dieta saludable diaria consistente con las directrices de la Pirámide de Alimentos.
Crecimiento Espiritual	Desarrollo de los recursos internos que se logra a través de: trascender, la conexión, y del desarrollo. Trascender abre la posibilidad de crear nuevas opciones para convertirse en algo más e ir más allá de quién y qué somos. Conexión es la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un propósito, y trabajar hacia las metas de la vida.
Relaciones Interpersonales	Utilización de la comunicación para lograr relaciones significativas con una sensación de intimidad y cercanía, en lugar de más casuales y superficiales. Comunicación implica el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.
Manejo del estrés	La identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir eficazmente la tensión.

Fuente: **Modelo promotor de la salud de Pender**

2.2.4 Medida de las Conductas Promotoras de Salud

Una de las ventajas del MPS es haber propiciado el diseño y validación de instrumentos para su aplicación. Estos instrumentos son utilizados con frecuencia en

las investigaciones para la definición operacional de las conductas promotoras de salud ⁽⁹⁶⁾, que tal y como se han definido en el anterior apartado, están conceptualizadas como un modelo multidimensional de aquellas acciones realizadas por iniciativa propia de la persona que sirven para mantener o mejorar su nivel de bienestar, la autorrealización y su plenitud personal ^(108, 28).

El primer instrumento original corresponde al *Health-Promoting Lifestyle Profile I* (HPLPI), el cual fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender en el año 1987 ⁽¹⁰⁸⁾ y fue validado usando el análisis de ítem, el análisis de factores, y las medidas de confiabilidad. El análisis de factores aisló seis dimensiones: Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo de Estrés.

Posteriormente, en el año 1990, Walker S, Kerr M, Pender N y Sechrist K. validaron la versión castellana del instrumento, Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud I (PEVPS I) ⁽¹⁰⁹⁾. En el análisis de factores de componentes principales validaron las mismas dimensiones que en la versión inglesa.

Posterior a la revisión del Modelo Promotor de Salud realizado en 1996 por Pender, se llevó a cabo una revisión y evaluación psicométrica del *Health Profile LifeStyle Promotion* por Walker, S. & Hill-Polerecky, D.M. resultando la versión actual del HPLPII ⁽¹¹⁰⁾. Este instrumento y sus propiedades psicométricas, para población española⁽⁹⁹⁾, serán descritos con detalle en el apartado de metodología de esta tesis ya que forma parte expresa del trabajo de investigación.

El HPLP II ha sido validado psicométricamente a través de varios grupos lingüísticos y culturales. En la tabla 5 se presentan los Idiomas a los que se ha traducido el HPLP y sus posteriores adaptaciones. Fue traducida al español por primera vez en 1990 ⁽¹⁰⁹⁾, revisada entre diferentes poblaciones de habla hispana en los años 1993 ⁽¹¹¹⁾, en el año 2000 ⁽¹¹²⁾, en el año 2003 ⁽¹¹⁰⁾ y en el año 2012 ⁽⁹⁹⁾. La primera versión en chino apareció en 1996 ⁽¹¹³⁾, revisada en 2010 ⁽¹¹⁴⁾ dando origen a una versión reducida del instrumento. En el año 2011 ⁽¹¹⁵⁾ se realizó una adaptación de la

escala para población femenina y en el año 2012 ⁽¹¹⁶⁾ para población anciana. En 1998 ⁽¹¹⁷⁾ se tradujo al árabe, en 2000 ⁽¹¹⁸⁾ al japonés y en 2009 ⁽¹¹⁹⁾ al turco, finalmente la última traducción localizada concierne al portugués que apareció en 2010 ⁽¹²⁰⁾.

Tabla 5 Idiomas a los que se ha traducido la HPLP y sus posteriores adaptaciones

Años Idiomas HPLP	Años										
	1987	1990	1993	1996	1998	2000	2003	2009	2010	2011	2012
Inglés	■			■							
Español		■	■	■			■				■
Chino				■					■	■	■
Árabe					■						
Japonés						■					
Turco								■	■		
Portugués									■		

Fuente : Elaboración propia

La versión revisada de la escala ha sido utilizada para analizar estilos de vida promotores de la salud en diferentes poblaciones como: empleados de las administraciones, ancianos del entorno urbano y rural, colectivos vulnerables, estudiantes universitarios, y en condiciones clínicas tales como: pacientes que han superado un cáncer, mujeres con gestación de riesgo, pacientes con esclerosis múltiple, diabetes y síndromes metabólicos ⁽⁹⁹⁾.

El disponer de una medida para las conductas promotoras de la salud de los individuos permite a los profesionales su evaluación, reconociendo aquellas dimensiones en las que resultaría necesario intervenir mediante programas, ya sea para mantenerlas o mejorarlas, fomentando el autocuidado y contribuyendo con ello a potenciar el bienestar, la autorrealización y la plenitud personal.

3. El Proceso de Empoderamiento como Valor para la Promoción de la Salud

El presente capítulo se centra en el empoderamiento para la salud debido a que éste resulta un tema estratégico en la política de promoción de la salud ⁽¹²¹⁾ y en el que la enfermería es clave para su implementación.

Se ha estructurado en tres apartados. En el primero de ellos se expone el concepto de empoderamiento para la salud. En el segundo se presenta el autocuidado como una de las estrategias de empoderamiento para la salud personal. En el tercer y último apartado se muestra el proceso de educación para la práctica del autocuidado desde la perspectiva del Modelo Promotor de la Salud, el cual ha sido explicado en el capítulo dos de la tesis.

3.1 El Empoderamiento para la salud

La Declaración de Alma-Ata ⁽²³⁾ y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud ⁽²⁴⁾ reconocen la importancia del empoderamiento para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La OMS considera que el “empoderamiento” es un concepto esencial de la PS ⁽²⁵⁾, el cual queda reflejado en la redacción de diferentes documentos, entre los que se encuentran, la guía de actuaciones de la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades no Trasmisibles ⁽¹²²⁾. Ésta establece en uno de sus seis puntos clave que “las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad”. A su vez, la Declaración de Salud Mental para Europa ⁽⁴⁵⁾, el Plan de Acción en Salud Mental para Europa ⁽¹²³⁾ y el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar ⁽¹²⁴⁾ reconocen que el empoderamiento de las personas es prioritario en las próximas décadas.

En PS, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a

su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad ⁽²⁵⁾:

a) El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. A su vez, en el empoderamiento para la Salud individual se identifican dos dimensiones ⁽¹²⁵⁾:

1. Intrapersonal, a través de la cual se realiza una elección individual resultando el empoderamiento un proceso de transformación personal.
2. Interpersonal, en la cual se pueden incorporar profesionales de la salud o personas del entorno. En la relación enfermera-usuario, el empoderamiento es un proceso de comunicación y de educación en la que se comparten conocimientos, valores, y poder. Cuando los individuos tienen el poder, contribuye a su auto-eficacia, al manejo de los conocimientos y a su competencia para realizar acciones proactivas que le permitan alcanzar sus objetivos de promoción de la salud.

b) El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

El empoderamiento, por un lado, evita la aparición de enfermedades, agudas y/o crónicas, las cuales tienen un fuerte impacto en la calidad de vida de los individuos y representan una importante carga social y económica para el Estado, debido al coste de su tratamiento y a los efectos que pueden producir; y por otro lado, empoderar para la salud es una inversión que a largo plazo se traduce en un mayor nivel de bienestar para las personas ⁽¹²⁶⁾.

En la actualidad, se aplican diversos modelos y teorías de enfermería como herramientas útiles para apoyar los procesos, tanto de empoderamiento para el autocuidado individual como colectivo. Uno de los modelos orientado a promover el empoderamiento a través del autocuidado y utilizado con mayor frecuencia junto al

de Dorothea Orem, es el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender ⁽¹²⁷⁾ descrito en el capítulo dos de la tesis.

3.2 El autocuidado como estrategia para el empoderamiento de la salud personal

En la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado, llamada por ellos, del cultivo de sí, el cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo ⁽¹²⁸⁾. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos. Epicteto, uno de los referentes de los estoicos, expone como el ser humano ha sido confiado a la inquietud de sí y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos. Para él la inquietud de sí era un privilegio-deber, un don-obligación que aseguraba la libertad, al tomarse a sí mismo como objeto de toda aplicación ⁽¹²⁸⁾.

Para conceptualizar el autocuidado también resulta oportuno retomar el concepto de cuidado propuesto por Colliere F ⁽¹²⁹⁾, quien lo planteaba como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades para responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. Es decir, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí misma cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

Asimismo Torralba F ⁽¹³⁰⁾, expone como sólo es posible cuidar correctamente del otro si el agente que cuida se siente debidamente cuidado. El autocuidado por tanto, es la condición que posibilita el cuidado del otro. Torralba muestra como la apertura al *héteros* sólo es posible cuando el *autos* (*el sí mismo*) tiene un cierto equilibrio

emocional y mental; de otro modo, tal apertura no obedece a la voluntad de dar, sino al deseo de resolver carencias y necesidades que el cuidador padece. El acto de cuidar se convierte, entonces, en un proceso de proyección e incluso de instrumentalización. Cuidar es dar apoyo, acompañar, dar protagonismo al otro, transmitir consuelo, serenidad y paz; pero ello sólo es posible si el que se dispone a desarrollar dicha tarea goza de una cierta tranquilidad espiritual. Frecuentemente se pierde de vista que el cuidador también es un sujeto humano y que, en cuanto tal, es vulnerable y debe protegerse y cuidar de sí mismo para poder desarrollar correctamente su labor en la sociedad.

La promoción del autocuidado es una estrategia para el empoderamiento personal, la cual favorece la búsqueda del bienestar en la vida cotidiana y el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que la persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión física, emocional, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales ⁽¹³¹⁾.

Si bien el autocuidado se ha practicado durante siglos, no se convirtió en el foco de la investigación para los profesionales de la salud hasta las aportaciones realizadas por Orem ⁽¹³²⁾ resultando la principal fuerza impulsora de la enfermería para el trabajo empírico sobre el autocuidado. El autocuidado dirigido hacia la promoción de la salud, Orem lo define como “la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento activo y sano” ⁽¹³³⁾.

En este contexto, el cuidado personal se convierte en la base para la implementación de estrategias de promoción y prevención de salud y se considera la forma predominante de intervención en la atención primaria de salud ⁽²⁸⁾. Las enfermeras son clave en el desarrollo de las capacidades de las personas para su

autocuidado a lo largo de toda su vida, estimulándolas para que sean ellas mismas las que se "hagan cargo" de su salud. Participar en el autocuidado significa tomar responsabilidad sobre uno mismo y sobre su bienestar.

Por ello es importante considerar que para el desarrollo de capacidades para la práctica del autocuidado se parte de cuatro supuestos en los que se reconoce un papel activo de las personas para ⁽²⁸⁾:

- a) Participar activamente en la solución de sus problemas de salud.
- b) Tomar decisiones racionales e informadas sobre su salud y la atención sanitaria.
- c) Desarrollar competencias y habilidades que fomenten la creatividad y la adaptación en medio de las circunstancias cambiantes de la vida.
- d) Luchar por un mayor dominio sobre las condiciones ambientales que influyen en su salud y bienestar.

Para implementar el autocuidado también es importante observar las siguientes premisas generales ⁽¹³¹⁾:

- a) Es un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- b) Es una filosofía de vida y una responsabilidad íntimamente ligada a la cotidianidad y las experiencias vividas por las personas; a su vez, debe estar fundamentada en redes familiares y sociales de apoyo.
- c) Es una práctica social que implica un nivel de conocimiento básico para la elaboración de un saber que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

En este sentido, Pender parte de algunos conceptos y premisas que son fundamentales para la comprensión y práctica del autocuidado que se presentan a continuación:

- La salud de la persona es concebida como la actualización del potencial humano a través de la conducta dirigida a la competencia para el autocuidado y la existencia de relaciones satisfactorias con los demás, mientras se realizan los ajustes necesarios para mantener la integridad y la armonía con los entornos pertinentes. Considera a la salud un estado positivo de alto nivel, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo.
- Pender también parte de una orientación positiva, comprensiva y humanística, de la persona, la cual concibe como ser integral, analiza su estilo de vida, sus fortalezas, su resiliencia, sus potencialidades y sus capacidades en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida ⁽¹³⁴⁾. Por ello considera que tienen un enorme potencial para liderar su propio proceso de cambio debido a su capacidad de autoconocimiento, de autorregulación, para la toma de decisiones, y la solución creativa de problemas. En este sentido el autocambio, Pender ⁽²⁸⁾, lo define como nuevas conductas que las personas se comprometen voluntariamente a alcanzar para obtener los resultados deseados. Las personas tienen el poder para cambiar los comportamientos o modificar los estilos de vida relacionados con la salud.
- Asimismo, Pender da importancia al entorno y a la cultura, concebida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En esta dirección, la cultura se considera como una condición que se manifiesta de modo diferente en los grupos humanos, que afecta de manera determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud ⁽¹³⁵⁾.
- Pender también remarca el papel de la enfermera para favorecer el autocuidado, el cual consiste en promover un clima positivo para el cambio y actuar como catalizador para que éste se produzca, ayudar con diversos

pasos del proceso de cambio, y aumentar la capacidad del individuo para mantener el cambio.

- Pender expone la importancia en diferenciar el autocuidado de la autogestión. Estos son dos conceptos que en ocasiones se utilizan indistintamente, sin embargo no significan lo mismo. La autogestión es la capacidad del individuo para detectar y controlar los síntomas, tratamientos, consecuencias físicas y psicosociales, y los cambios de estilo de vida asociados a vivir con una enfermedad crónica ⁽¹³⁶⁾. En la autogestión, un individuo participa en actividades para manejar la enfermedad, tales como realizar las visitas de seguimiento con los profesionales que configuran el equipo de salud ⁽¹³⁷⁾. El autocuidado, o la responsabilidad individual se focalizan en promover la salud y el bienestar. En este sentido la atención y seguimiento pueden describirse como un continuo donde los profesionales de la salud y los usuarios trabajan juntos para administrar el estado de salud ⁽¹³⁸⁾.

Pender remarca la importancia para el autocuidado de que las personas posean las competencias necesarias para mantener y mejorar su salud de forma autónoma ⁽¹³⁹⁾. La capacidad de un individuo para obtener, procesar y entender la información es esencial para tomar la decisión adecuada para el cuidado personal, la salud y el bienestar. Una alfabetización limitada se ha asociado con un menor conocimiento y habilidades, así como con comportamientos negativos para la salud ⁽¹⁴⁰⁾.

La alfabetización en la salud es una estrategia de empoderamiento para que los individuos y las familias puedan asumir la responsabilidad de su propio cuidado. La alfabetización en salud faculta a las personas a obtener el control sobre los determinantes personales, sociales y ambientales y les permite participar plenamente en las actividades de PS mediante la práctica del autocuidado para promover su bienestar ⁽²⁵⁾.

3.3 El Proceso de Educación en Enfermería para Promover el Autocuidado

El proceso de capacitación para el autocuidado mediante la educación para la salud es multidimensional y complejo. El individuo posee una personalidad, un estilo de aprendizaje, numerosas afiliaciones de grupo, normas culturales y valores, influencias ambientales, y un nivel de disposición a adoptar conductas de autocuidado. A su vez, la enfermera también aporta su personalidad, valores y actitudes, así como también influyen las circunstancias sociales existentes que afectan a la naturaleza de la interacción.

Es importante partir de la definición clara de conceptos que orienten el sentido y la práctica de las intervenciones a realizar. La Educación para la Salud (EpS) está relacionada con el concepto de promoción de la salud, de manera que se considera a ésta como un medio para conseguirla favoreciendo la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que contribuyen a la modificación de comportamientos de los individuos integrantes de la comunidad, fomentando unos estilos de vida saludables. De este modo contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y se logra disminuir el coste económico del proceso salud-enfermedad por parte de los proveedores de servicios de salud ⁽²⁸⁾.

La promoción de la salud se diferencia de la educación para la salud en la medida en que la primera es un planteamiento integral de intervención, mientras que la segunda opera sobre conductas específicas en una determinada población. La promoción de la salud, tal como se ha definido en el capítulo uno de la tesis, es un planteamiento filosófico global sobre la salud y la calidad de vida de las personas caracterizado por tender hacia un estado positivo de salud y bienestar. La existencia de un proceso de capacitación (empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no ⁽¹⁴¹⁾.

Según la OMS “la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” ⁽²⁵⁾.

Posteriormente esta definición fue ajustada redefiniéndola en los siguientes términos:

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud ⁽²⁵⁾.

La OMS encamina la educación para la salud desde un modelo participativo enfocado no sólo a los conocimientos sino también a la acción y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquiere una responsabilidad en su aprendizaje abandonando el lugar pasivo que se le adjudicaba en el pasado.

La promoción de la salud se fundamenta en modelos de comportamiento humano que influyen en los resultados de la salud ⁽¹³⁴⁾. Como ya se ha comentado con anterioridad, existen diferentes modelos cuya finalidad es ofrecer unas pautas para la elaboración de programas y actividades de intervención. El MPS planteado por Pender está orientado de manera específica a fomentar conductas promotoras de

salud por lo que resulta valioso para el diseño de intervenciones que persigan esta finalidad.

La motivación de las personas para el cambio puede surgir, o bien del deseo de proteger la salud al evitar enfermedades, es decir, "evitar un estado negativo" o del deseo de aumentar su nivel de salud, ya sea en la presencia o ausencia de enfermedad, es decir, "acercarse a un estado positivo"⁽²⁸⁾. Las conductas de salud en los adultos de mediana edad y mayores, pueden ser explicadas por aproximación y evitación. En cambio, los niños tienen más probabilidades de estar motivados hacia comportamientos saludables positivos porque los estados negativos (enfermedad) piensan que tienen más probabilidades de ocurrir en el futuro; por lo tanto, para ellos la evitación carece de relevancia ⁽²⁸⁾.

El proceso de educación para el autocuidado surge de la colaboración entre el usuario y la enfermera, dicho proceso se representa en la figura 4 ⁽²⁸⁾.

Asimismo, la evaluación compartida de las competencias para el cuidado de la salud, y las necesidades por parte del usuario y la enfermera permitirán:

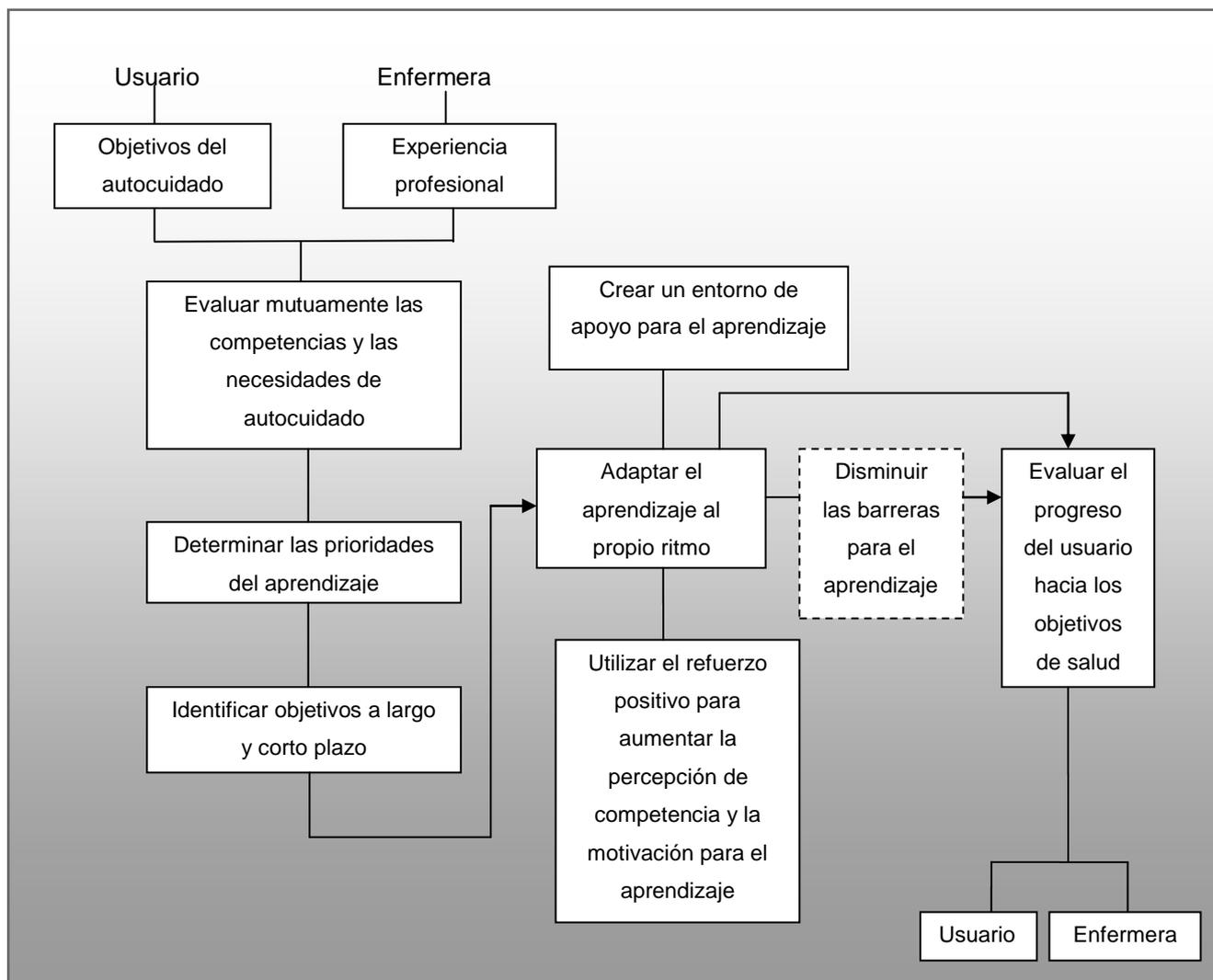
- a) Dar prioridad a las actividades de aprendizaje.
- b) Establecer el ritmo de aprendizaje y metas a largo y corto plazo.
- c) Identificar cualquier apoyo interpersonal y ambiental necesario para el aprendizaje.

Es importante que las barreras para el aprendizaje y la realización de conductas de autocuidado se identifiquen y aborden directamente con los usuarios. Si no se realiza esta identificación previa de las barreras y se les dedica la atención necesaria, puede disminuir el progreso hacia las metas de autocuidado establecidas lo que se puede traducir en una sensación de fracaso ⁽¹⁴²⁾.

Antes de iniciar un programa de educación para la salud, es fundamental evaluar el grado en que las personas desean asumir la responsabilidad de su propia salud

cuando se les da la oportunidad de adquirir los conocimientos y habilidades para hacerlo. Algunas personas no quieren ser responsables de su propio autocuidado y prefieren funcionar en un papel altamente dependiente ⁽²⁸⁾.

Figura 4 Proceso de educación de enfermería para la práctica del autocuidado



Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de Pender 1996

Es también importante conocer la conceptualización que tienen las personas sobre la salud, ello contribuirá a decidir el contenido de la educación para promover el autocuidado. Cuando la salud se define como el mantenimiento, la estabilidad y/o evitar más enfermedades, las conductas de prevención, como la vacunación, el auto-examen para detectar signos de cáncer, pueden ser más importantes. Cuando la salud se define como la auto-realización o el bienestar, el énfasis se puede

colocar en la actividad física, técnicas de relajación, la mejora de la auto-conciencia, o el desarrollo de los aspectos de uno mismo que representan un potencial sin explotar.

Igualmente, es importante cuando se realice una intervención con la finalidad de educar para el autocuidado contemplar los siguientes aspectos ⁽¹⁴³⁾:

1. Expresar una actitud de apoyo.
2. Proporcionar tiempo para expresar sentimientos.
3. Reforzar la autoestima.
4. Proporcionar acceso a la información sanitaria oportuna y refuerzo.
5. Ofrecer puntos de vista alternativos sobre temas de salud.
6. Brindar diversos puntos de vista relacionados con cuidados personales.
7. Enseñar habilidades de autocuidado que se pueden aplicar inmediatamente.
8. Ofrecer itinerarios de aprendizaje flexibles.

El papel de la enfermera como facilitadora de recursos se ha vuelto más importante que nunca, ya que se les pide a las personas que asuman una mayor responsabilidad sobre su salud. El potenciar el desarrollo de conductas promotoras de la salud a una edad temprana y el mantenimiento de estos comportamientos a lo largo de la vida es fundamental.

En las relaciones de empoderamiento, los profesionales de la salud no realizan un control; son facilitadores para la persona durante el proceso, ofreciéndoles respuestas sin prejuicios, y su experiencia. El cuidado personal se produce cuando las personas determinan sus propias metas y las estrategias para alcanzar estas metas.

Autocuidado implica participación activa y permanente de las personas y equipos de trabajo responsables y comprometidos con la propia salud. Es por ello importante fomentar la creación de espacios de reflexión y encuentros adecuados que fomenten éstas actitudes. La universidad es uno de los escenarios que propician la realización de acciones concretas destinadas a promocionar la salud y prevenir la aparición de trastornos en las personas.

4. El Marco Universitario de la Formación Enfermera como Espacio Promotor de la Salud

El presente capítulo se dedica a la universidad al ser ésta un escenario privilegiado para fomentar cambios o desarrollar estilos de vida en pro de la salud, logrando un conjunto de conductas que refuerzan el potencial de cada individuo y de la comunidad universitaria en su conjunto, educando en valores y actitudes que favorecen mejores respuestas de los sujetos a su ambiente económico, social y cultural ⁽¹⁴⁴⁾.

Esto es especialmente significativo en los estudios relativos a las ciencias de la salud, como son los correspondientes, entre otros, a los de Grado en Enfermería, dado que en un futuro profesional, los estudiantes acontecerán modelos de comportamiento para la salud de los usuarios y la comunidad en general.

En este sentido, en el actual marco educativo se implementa el modelo de competencia, el cual pretende socializar el conocimiento científico y desarrollar habilidades y recursos en los estudiantes, a fin de que sean más competentes en la vigilancia y cuidado de su salud, y en la dimensión comportamental del desarrollo de sus estudios, trabajos y profesiones.

El capítulo se ha estructurado en cuatro apartados. Inicialmente se presenta la universidad como espacio saludable a través de la definición de objetivos y estrategias para ello, por parte de la Red Europea y española de Universidades Promotoras de Salud. Posteriormente, en el segundo apartado se realiza una breve referencia a la adaptación de los estudios de Enfermería al Espacio Europeo de Educación Superior promoviendo el desarrollo de competencias en los estudiantes y finalmente, se plantea la importancia del proceso de autocuidado en jóvenes universitarios y la promoción de éste en la universidad como espacio saludable.

4.1 Universidades Saludables

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su “Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior”, menciona que la

Universidad Saludable o Universidad Promotora de la Salud es aquella que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan para así formarlos, con el propósito de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general ⁽¹⁴⁵⁾.

El movimiento llamado “universidad saludable”, pretende facilitar la adopción, por parte de toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Plantea las posibilidades que tienen los centros educativos, de instaurar un entorno físico y psicosocial saludable y seguro.

El programa “universidad promotora de la salud”, se desarrolla en el marco de un modelo de promoción de la salud basado en el contexto. Esta propuesta se desplegó a partir de tres iniciativas planteadas por la OMS ⁽¹⁴⁶⁾, las cuales han sido descritas anteriormente en el primer apartado de la tesis:

- a) La Declaración de Alma Ata. La cual acentuó la importancia de la atención primaria integrando la salud pública, el ambiente y la población.
- b) La Estrategia de “Salud para todos en el año 2000”. Ésta enfatizó la equidad, la participación pública, la colaboración intersectorial y la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud.
- c) La Carta de Ottawa. Se orientó a la búsqueda de ambientes de oportunidad y sistemas públicos que apoyasen el desarrollo social.

La Carta de Ottawa estableció como una de las cinco áreas de acción prioritarias para promocionar la salud era “la creación de entornos que apoyasen la salud” ⁽²⁴⁾.

En este sentido se definieron los entornos o escenarios para la salud como: “aquellos lugares o contextos sociales en que las personas desarrollan las actividades diarias y en los cuales interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar”. Un escenario es también el lugar

donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa ⁽²⁵⁾.

Las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún tipo de modificación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la salud llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interaccionen con la comunidad. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades ⁽²⁵⁾.

La universidad reúne varias de las características de estos entornos; por un lado, es un centro de trabajo, por otro es un centro educativo y, además, es una institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de la sociedad a través de la formación.

La universidad no es ajena al valor de la salud y de hecho forma profesionales relacionados con la salud y sus determinantes. Por ello es el momento de profundizar en una Universidad que, cumpliendo con sus principales misiones, es también capaz de iniciar, en mayor profundidad, en su propio seno un proceso de creación de salud para la comunidad universitaria y la sociedad en su conjunto ⁽¹⁴⁷⁾.

En esta dirección en Europa en relación a la promoción de la salud en la universidad, se producen dos acontecimientos importantes:

- a) La I Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Salud celebrada en 1996 en Lancaster.
- b) Un segundo evento amparado por la Oficina Regional Europea de la OMS en 1997, en el que se fijaron los criterios y estrategias para una Red Europea de Universidades Promotoras de Salud.

Como fruto de estos encuentros, las Universidades Promotoras de Salud se plantearon los siguientes objetivos ⁽¹⁴⁸⁾:

- Integrar en su estructura, procesos y cultura universitaria, un compromiso hacia la salud y el bienestar.
- Desarrollar el potencial de la Universidad como agente promotor de salud en la comunidad.
- Promover la salud y la calidad de vida del alumnado, profesorado, personal de administración y servicios y de la comunidad en general.

Posteriormente, en la II Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud, celebrada en Edmonton (Canadá) en octubre de 2005, se redactó la Carta de Edmonton ⁽¹⁴⁹⁾, en la que se profundizó en los aspectos tratados en la primera Conferencia y originó la propuesta de los siguientes objetivos:

- Modelar a nivel institucional una cultura de promoción de la salud y un entorno laboral, de vida y de aprendizaje, sostenible.
- Actuar para mejorar el ambiente de trabajo, de aprendizaje y de vida de todos los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria.
- Permitir y apoyar a los individuos para que vivan una vida útil y productiva con elecciones de estilos de vida saludables.
- Mejorar los servicios de salud para los estudiantes y para el resto de la comunidad universitaria.
- Fomentar que los estudiantes y el resto de la comunidad universitaria asuman responsabilidades en su propia salud y bienestar.
- Dar apoyo a los alumnos para que participen en la vida institucional, defendiendo la promoción de la salud.
- Formar a los estudiantes como ciudadanos comprometidos con la promoción de la salud en las comunidades u organizaciones a las que pertenezcan.
- Apoyar la promoción de la salud dentro de la comunidad a nivel local, nacional y global.

En el contexto nacional, en los últimos años algunas Universidades y Estructuras de Salud Pública han trabajado en este sentido con el objetivo de lograr Universidades más saludables con diversas perspectivas, distintos enfoques, actividades y líneas de actuación. Para apoyar y profundizar en estos proyectos se constituyó el 22 de septiembre de 2008, La Red Española de Universidades Saludables (REUS), con el objetivo de reforzar el papel de las universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, de su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social ⁽¹⁴⁷⁾. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE) apoyan el desarrollo de esta red para potenciar el progreso de los proyectos de Universidades Saludables.

La Red Española de Universidades Saludables, alineada con las propuestas efectuadas en las Conferencias Internacionales de Lancaster y Edmon, definió los siguientes objetivos ⁽¹⁴⁷⁾:

- Potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.
- Fomentar la Investigación y la Docencia en Promoción de la Salud.
- Favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de la Salud.
- Promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
- Consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud.
- Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la Red.
- Potenciar la participación internacional.
- Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

Para la consecución de dichos objetivos, la Red Española de Universidades Saludables definió las siguientes líneas estratégicas ⁽¹⁴⁷⁾:

- Generar entornos universitarios que promuevan la salud.
- Incorporar en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado.
- Apoyar la investigación en promoción de la salud.
- Fomentar la participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
- Ofrecer servicios y actividades en el campus dirigida a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria

Para el logro de una Universidad Saludable, resulta necesario que las universidades incorporen este compromiso en sus políticas institucionales, así como en su currículo implícito y explícito ^(145, 146,150).

En este sentido, las Universidades Saludables no sólo deben integrarse en la comunidad, en la ciudad y en el contexto social en el que se encuentran sino que también deben contribuir a promover y potenciar los valores que permiten el bienestar, la autonomía y el completo desarrollo de la persona.

4.2 Adaptación de los Estudios de Grado en Enfermería al Espacio Europeo de Educación Superior

El 19 de junio de 1999 los ministros de educación superior de 29 países europeos firmaron la Declaración de Bolonia ⁽¹⁵¹⁾. Se trata de un proceso de carácter intergubernamental con participación de universidades, estudiantes, la Comisión Europea y otras organizaciones. Este proceso estableció los fundamentos para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ^(152, 153), conocido popularmente como el "proceso de Bolonia", ya que es en esta ciudad es donde se firmó el documento inicial de referencia.

Los Principios que configuran el EEES son ⁽¹⁵⁴⁾:

- Las carreras universitarias adoptan un sistema de titulaciones comprensible y comparable para cada uno de los países europeos, con el objetivo, de que los estudiantes reciban una formación similar y se promuevan oportunidades de trabajo.
- Se establece un sistema de titulaciones basado en dos niveles principales. La titulación del primer nivel o grado. El acceso al segundo nivel requerirá haber superado el primero, conducirá a una titulación de posgrado denominado Máster oficial, que conllevará al doctorado.
- Se establece para todas las titulaciones universitarias, un sistema común de créditos europeos *European Credit Transfer System* (ECTS) que tendrán un valor de entre 25 y 30 h. Estos créditos, a diferencia de los anteriores, se basan en el aprendizaje del estudiante.
- Supone la introducción de metodologías docentes más activas que fomenten el autoaprendizaje del estudiante y la necesidad de que éste adquiera una formación basada en el logro de competencias específicas (relacionadas con las características propias de la profesión), y unas genéricas o transversales comunes a cualquier estudiante universitario.
- Se considera importante el aprendizaje a lo largo de la vida, como elemento esencial para lograr un nivel más alto de competitividad. Es imprescindible establecer sistemas de garantía de calidad y de acreditación de las enseñanzas universitarias.

Para la adaptación de la titulación de Enfermería al EEES se llevaron a término 3 proyectos: El proyecto *Tuning* de Enfermería ⁽¹⁵⁵⁾; el Libro Blanco de la Titulación de Enfermería de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA) ⁽¹⁵⁶⁾ y el Proyecto para la Adecuación de la Formación Enfermera al EEES.

4.2.1. El Proyecto Tuning

Tuning Educational Structures in Europe, es un proyecto dirigido desde la esfera universitaria que tenía por objeto ofrecer un planteamiento concreto que posibilitase la aplicación del proceso de Bolonia en el ámbito de las disciplinas o áreas de

estudio y en el de las instituciones de educación superior. El enfoque *Tuning* consistió en una metodología con la que volver a diseñar, desarrollar, aplicar y evaluar los programas de estudio de cada uno de los ciclos de Bolonia.

En Mayo de 2003 la titulación de Enfermería se incorporó al estudio *Tuning* fase II ⁽¹⁵⁷⁾. El grupo enfermero se constituyó con trece países (ampliándose a 15 en el 2005).

De acuerdo con el proyecto *Tuning* fase II, desarrollar habilidades interpersonales es una competencia transversal o genérica que se considera esencial y con gran trascendencia en el área de conocimiento de la Enfermería. En realidad, en el caso de muchos graduados su trabajo es, en el pleno sentido de la expresión, una actividad interpersonal. En enfermería, determinados aspectos comunicativos (tales como observar, escuchar, formular preguntas, la comunicación no verbal, la capacidad de conversar con diferentes grupos de interlocutores, dirigir y participar en reuniones) constituyen habilidades clave.

La Escuela de Enfermería Santa Madrona adscrita a la Universidad de Barcelona llevó a cabo, durante el año 2004 y en colaboración con diferentes profesionales de varias universidades europeas, un estudio denominado “La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional” ⁽¹⁵⁸⁾. En dicho estudio, Pont y Teixidor, al plantear propuestas de actuación para la mejora de la formación inicial de enfermería, indicaron una serie de capacidades clave que los profesionales deben adquirir con el fin de alcanzar la excelencia de los cuidados. Dentro de estas capacidades clave se encuentra la capacidad de relación interpersonal. Al mencionar las propuestas de innovación sobre el plan de estudios, indicaron que otro aspecto importante que debe contemplar todo *currículum* de enfermería es la necesidad de formar a los profesionales en técnicas de comunicación verbal y no verbal en la relación de ayuda.

Además de analizar las competencias genéricas, se trabajaron aquellas competencias que se relacionaban con cada área temática. Estas competencias son cruciales para cualquier titulación porque están específicamente relacionadas con el

conocimiento concreto de una materia. Son las que confieren identidad y consistencia a cualquier programa. Éstas fueron la base para la elaboración del Libro Blanco de la titulación en Enfermería.

4.2.2 Libro Blanco de la Titulación de Enfermería

Una de las actividades institucionales de la ANECA fue la de Convergencia Europea – Libros Blancos. En concreto, en su segunda convocatoria (en enero de 2004), coordinado por las Universidades de Zaragoza y Barcelona se aprobó el proyecto de la titulación de Enfermería, con la participación de 41 Universidades. Posteriormente a su aprobación, se incorporaron 9 Universidades, resultando al final un total de 50.

Las primeras tareas consistieron en conseguir una plataforma de encuentro donde pudieran trabajar, de forma coordinada, los representantes de las universidades (a través de la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería) y que al mismo tiempo permitiera la participación activa del mundo profesional a través de los Colegios Profesionales.

El proyecto consistió en elaborar el documento que debería servir como base para el diseño de los futuros Grados en el proceso de Convergencia Europea. El libro Blanco de la Profesión Enfermera define el perfil de la enfermera responsable de cuidados generales a partir de diferentes fuentes, entre ellas las siguientes ⁽¹⁵⁶⁾:

- El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Este considera que “la enfermera de cuidados generales, está capacitada para trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones, instituciones de salud y sociosanitarias y otros contextos comunitarios; realizar educación sanitaria; participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud; supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario; e iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación”.

- La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), establece que a “las enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades...”

En esta línea se considera que el perfil profesional de los titulados en Enfermería ha de ser generalista y responder a los siguientes grupos de competencias:

- Asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.
- Asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.
- Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.
- Conocimiento y competencias cognitivas.
- Relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.
- Interpersonales y de comunicación incluidas las tecnologías para la información y la comunicación. Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

4.2.3 Verificación del Título de Grado de Enfermería

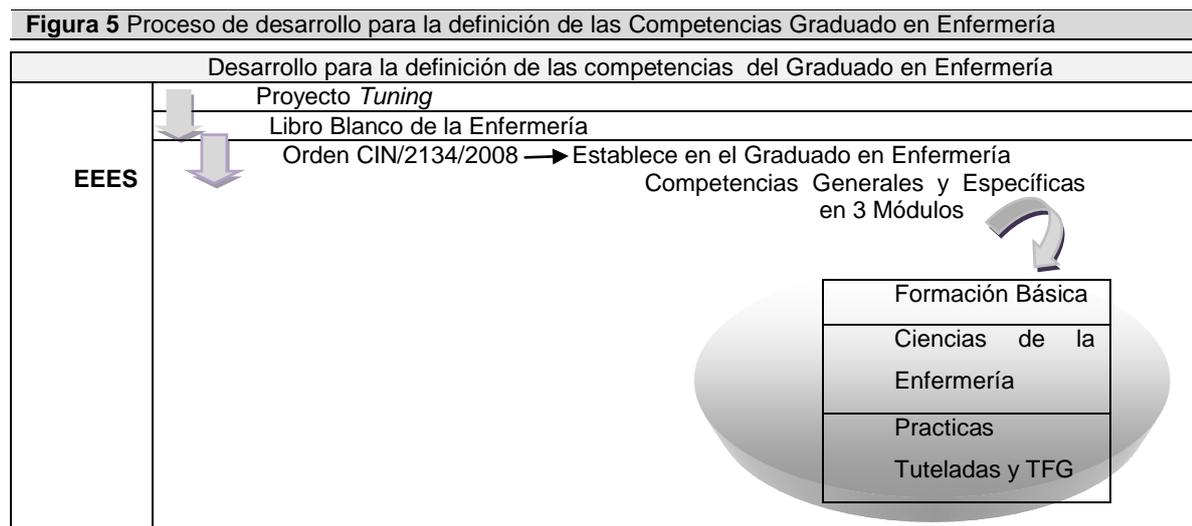
La Titulación de Grado en Enfermería se establece en base a las recomendaciones recogidas en el libro blanco del Título de Grado en Enfermería, publicado por la ANECA (2004) ⁽¹⁵⁶⁾. Atiende también a las directrices y los principios generales recogidos en el Real Decreto 1393/2007 ⁽¹⁵⁹⁾ y a la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio ⁽¹⁶⁰⁾, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermería.

La Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece unas competencias genéricas y transversales así como específicas para el Grado de Enfermería, indicando que el

plan de estudios deberá incluir como mínimo, en referencia a las competencias específicas los siguientes módulos:

- Formación básica común.
- Ciencias de la Enfermería.
- Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado.

En la figura 5 se muestra el proceso de desarrollo realizado hasta establecer las competencias del Graduado en Enfermería vigentes en la actualidad.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de las ciencias básicas se encuentran las competencias Psicosociales, que contribuyen especialmente a que el estudiante entre en relación consigo mismo, los pacientes y sus familias, con la finalidad de gestionar la salud mediante un proceso de empoderamiento personal, resultando el autocuidado una estrategia para ello.

En la figura 6 se presenta el proceso de desarrollo seguido hasta definir las competencias psicosociales aplicadas a la salud del Graduado en Enfermería vigentes en la actualidad.

Tal y como se ha indicado con anterioridad, Pender considera en su modelo a la salud, como una experiencia a lo largo de la vida ⁽⁹³⁾. Los años de estudios universitarios es un período vital donde los jóvenes adquieren hábitos que tendrán importancia en su futuro. En este sentido, las investigaciones revisadas indican la

necesidad de plantear en la actualidad un entorno universitario que promueva el desarrollo de comportamientos más saludables ⁽¹⁶¹⁻¹⁷⁶⁾.

Asimismo, la realización de diferentes intervenciones y programas para potenciar comportamientos promotores de la salud entre los estudiantes han demostrado ser efectivos para dicho propósito ⁽¹⁷⁷⁻¹⁸²⁾, especialmente entre aquellos estudiantes que previamente presentaban estilos de vida menos saludables ⁽¹⁸²⁾.

Figura 6 Proceso de desarrollo para la definición de las Competencias Psicosociales Graduado en Enfermería

Desarrollo definición de las competencias Psicosociales del Graduado en Enfermería							
EEES	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Proyecto Tuning</td> <td style="text-align: center;">Habilidades de Relación Interpersonal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Libro Blanco de la Enfermería</td> <td style="text-align: center;">Competencias de Habilidades Interpersonales Y de Comunicación.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Orden CIN/2134/2008</td> <td style="text-align: center;">En el Módulo de Formación Básica</td> </tr> </table>	Proyecto Tuning	Habilidades de Relación Interpersonal	Libro Blanco de la Enfermería	Competencias de Habilidades Interpersonales Y de Comunicación.	Orden CIN/2134/2008	En el Módulo de Formación Básica
	Proyecto Tuning	Habilidades de Relación Interpersonal					
	Libro Blanco de la Enfermería	Competencias de Habilidades Interpersonales Y de Comunicación.					
Orden CIN/2134/2008	En el Módulo de Formación Básica						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa del desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familia y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses. </td> </tr> </table>	Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa del desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familia y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses. 					
Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa del desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familia y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses. 						

Fuente: Elaboración propia

4.3 El Autocuidado en jóvenes universitarios

Fundamentalmente existen dos factores contextuales que influyen en la salud de los jóvenes universitarios, con edades de 18-24 años. El primero de ellos se encuentra en la transición hacia roles adultos y la adquisición de responsabilidades, y en

segundo lugar, el debilitamiento de la red de apoyo familiar por el distanciamiento implícito en la adquisición de la propia autonomía ⁽¹⁸³⁾.

En la cotidianidad del quehacer educativo los jóvenes se enfrentan a situaciones que, en menor o mayor grado, favorecen la aparición de malestar psicológico que de no ser atendido adecuadamente, puede propiciar cuadros que obstaculizarían la consecución de satisfacciones personales y profesionales.

Los estudiantes universitarios, a diario viven situaciones que pueden ser para ellos eventos críticos poco manejables, como pueden ser la sobrecarga académica, el periodo de exámenes, la desmotivación hacia una asignatura concreta, la presión de los padres y/o familiares, dificultades de tipo emocional, problemas en habilidades sociales, entre otros. Estos eventos pueden afectar su salud ya que en algunas ocasiones no disponen de las estrategias adecuadas para afrontar este tipo de circunstancias las cuales desencadenan una serie de dificultades tanto personales como de tipo social. Por tanto, el ámbito universitario constituye un lugar en el que son puestas en juego las competencias personales en un continuo proceso de adaptación activa para alcanzar objetivos en un plazo preestablecido por la duración de los estudios realizados ⁽¹⁸⁴⁾.

Muchos problemas de salud se agudizan durante este período, como son las lesiones derivadas de accidentes de tráfico, el abuso de sustancias, y las enfermedades de transmisión sexual. Es por ello que para afrontar esta etapa compleja es especialmente importante el contar con el apoyo de los padres, la comunidad y las instituciones ⁽²⁸⁾.

A su vez, los jóvenes se encuentran más involucrados en sus carreras académicas y profesionales así como en la creación del proyecto de una familia propia. El ritmo de la vida cotidiana y las demandas de otras personas les puede dejar poco tiempo para centrarse en la salud, en ausencia de una enfermedad. Es de particular importancia en este momento el fortalecer dinámicas y rutinas de autocuidado que

potencien la auto-atención competente, los conocimientos y las habilidades para saber determinar cómo y cuándo acceder a los recursos de atención de salud.

Las personas que son conscientes de sus propias necesidades de autocuidado pueden ser más eficaces en la reducción de la tensión inherente a sus múltiples roles sociales, incluidas las responsabilidades familiares, académicas y laborales. Planificar sistemáticamente actividades de promoción de la salud en las rutinas diarias, en la universidad, en el trabajo o con los miembros de la familia puede mejorar la salud. Una atención adecuada a los cuidados personales durante la juventud y mediana edad, promueven la productividad y la satisfacción con la vida sentando las bases para un envejecimiento saludable.

4.4 Promoción del autocuidado en la universidad como espacio saludable

Se ha identificado que para incorporar el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud en los universitarios, es importante incluir en su formación las siguientes estrategias ⁽¹³¹⁾:

1. Desarrollar en los estudiantes autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento, como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización individual y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen la formación integral.
2. Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad, que se traduzca en comportamientos saludables.

3. Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, prácticas y actitudes, y configurar propuestas de acción para la capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
4. Los profesores universitarios pueden propiciar el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida en que el personal docente viva con bienestar, se estará en condiciones de promocionar, por medio del ejemplo, la salud de los demás.
5. Contextualizar el autocuidado, es decir, una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
6. Generar procesos participativos. La promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad académica asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre su propia salud. El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del vivir diario.
7. El docente universitario debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud. Esto le permite identificar prácticas de autocuidado favorables,

desfavorables e inocuas, y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.

Pensar en la universidad como un espacio que apoye la salud es alinear a ésta con las propuestas formulas por la OMS ^(23, 24, 31,33). La universidad debe contribuir al desarrollo integral del estudiante, no solo como futuro profesional, sino también como persona. El Espacio Europeo de Educación Superior ⁽¹⁵¹⁻¹⁵³⁾, puede favorecer esta función a través de metodologías docentes que fomentan el autoaprendizaje.

Bisquerra R ⁽¹⁸⁵⁾, indica como las materias curriculares ordinarias tienen como objetivo dar a conocer a los estudiantes el mundo que les rodea. Son como una ventana abierta al mundo. Esta ventana debe complementarse con un espejo que permita verse y conocerse a sí mismo. Ventana y espejo deben concluir de cara al desarrollo integral de la personalidad del estudiante en el contexto universitario.

Para ello, puede resultar positiva la introducción de programas que potencien un estilo de vida saludable entre los estudiantes. Para conseguir una mayor efectividad de dichos programas es importante partir de los resultados que han aportado las investigaciones efectuadas hasta el momento, donde se señala la influencia, en las conductas promotoras de salud, de factores biológicos, especialmente la edad y el sexo ^(162-164, 167-169, 186-192), psicológicos, entre los que resulta importante la percepción de autoeficacia ^(164, 193, 194) y el significado de la salud autopercibida por el estudiante ^(190,193), así como de factores socioeconómicos ^(161-165, 193) y culturales ^(168, 170, 179, 189).

El autocuidado aparece como protagonista central y hace posible el propósito de una vida sana para el logro de las más altas aspiraciones de las personas ⁽¹⁹⁵⁾.

La universidad debe contribuir a crear conciencia crítica, constructiva y solidaria, primero sobre la realidad interna personal (historia de vida) y, segundo, sobre la realidad externa o de contexto, con el fin de lograr un equilibrio que dinamice armónicamente los propósitos del proyecto vital humano individual con los objetivos del rol particular inmerso en un conglomerado social y colectivo de servicio para el bien común, en una sociedad democrática ⁽¹⁹⁵⁾.

II. Justificación del estudio

El presente trabajo de investigación parte de tres fundamentos, los cuales se exponen a continuación.

El primero de ellos surge del análisis de las sociedades actuales, desde una perspectiva de salud, éstas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos profundamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Esto supone un cambio que consiste en pasar desde las enfermedades transmisibles a las no transmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de la población. Sin embargo, este aumento medio de años de vida no siempre se asocia a una buena calidad de la misma.

Las condiciones crónicas de salud son la principal causa de mortalidad y morbilidad que resultan prevenibles mediante la práctica de estilos de vida más saludables entre la población. Uno de los colectivos sociales es el relativo a los estudiantes universitarios, los cuales se encuentran en una etapa del ciclo vital clave para fomentar cambios o adoptar estilos de vida en pro de la salud. Durante esta etapa de transición crítica para el desarrollo de un estilo de vida saludable, la universidad se identifica y reconoce como un entorno que permite apoyar y promover la salud.

Es por ello que la presente investigación se centra en la realización de un programa de empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería. Éste empoderamiento entre el colectivo de estudiantes de enfermería se considera especialmente relevante dado que éstos serán futuros profesionales de la salud, y como tales, su perspectiva y gestión de la misma puede ser un modelo para los usuarios, influyendo en las ideas, actitudes y comportamientos de éstos en este contexto.

En segundo lugar, tal y como se ha expuesto en el marco teórico, uno de los propósitos de la enfermería es contribuir de manera específica a que los individuos, las familias y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado lo que comprende generar acciones en la promoción de las conductas de salud, y la prevención de enfermedades y adicciones.

Uno de los modelos enfocados en el autocuidado utilizado con mayor frecuencia en enfermería, es el Modelo de Promoción de la Salud de NJ Pender. Pender, propone una forma de explicar y predecir el comportamiento referente al estilo de vida, constituyendo la base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud. No obstante es necesario seguir profundizando en éste campo teórico concreto de la disciplina a través de la aplicación del modelo, y posterior evaluación de su efectividad proporcionando con ello una mayor base de evidencia, así como determinar la aplicabilidad de esta base de evidencia en entornos de diversidad cultural y de recursos.

Es por ello que la realización de la presente tesis pretende contribuir a investigar la efectividad del modelo de NJ Pender mediante el programa de empoderamiento para promover el autocuidado entre los estudiantes potenciando y desarrollando conductas promotoras de salud y salud mental positiva.

En tercer lugar, el diseño e implementación del programa de empoderamiento que se pretende evaluar en la presente tesis parte, además del Modelo Promotor de la Salud de Pender, del Modelo Multifactorial de Salud Mental positiva de MT Llucho dado que ambos plantean la posibilidad de realizar un abordaje desde una comprensión integral de la salud, es decir, física, mental y social, a la vez, que proponen un eje de coherencia personal definido por ideas, pensamientos, sentimientos y comportamientos. Esto permite integrar y aplicar ambos modelos de una manera práctica y estudiar las posibles relaciones entre ellos, así como las implicaciones que se pudieran derivar de éstas. Es decir, si la salud mental positiva promueve la realización de conductas promotoras de salud y si las conductas promotoras de salud favorecen la salud mental positiva.

Finalmente, cualquier intervención de enfermería, pero también la de cualquier otra disciplina, probablemente tiene la voluntad de mejorar la vida de las personas. Alcanzar y mantener una calidad de vida puede convertirse en un objetivo profesional legítimo y éticamente deseable.

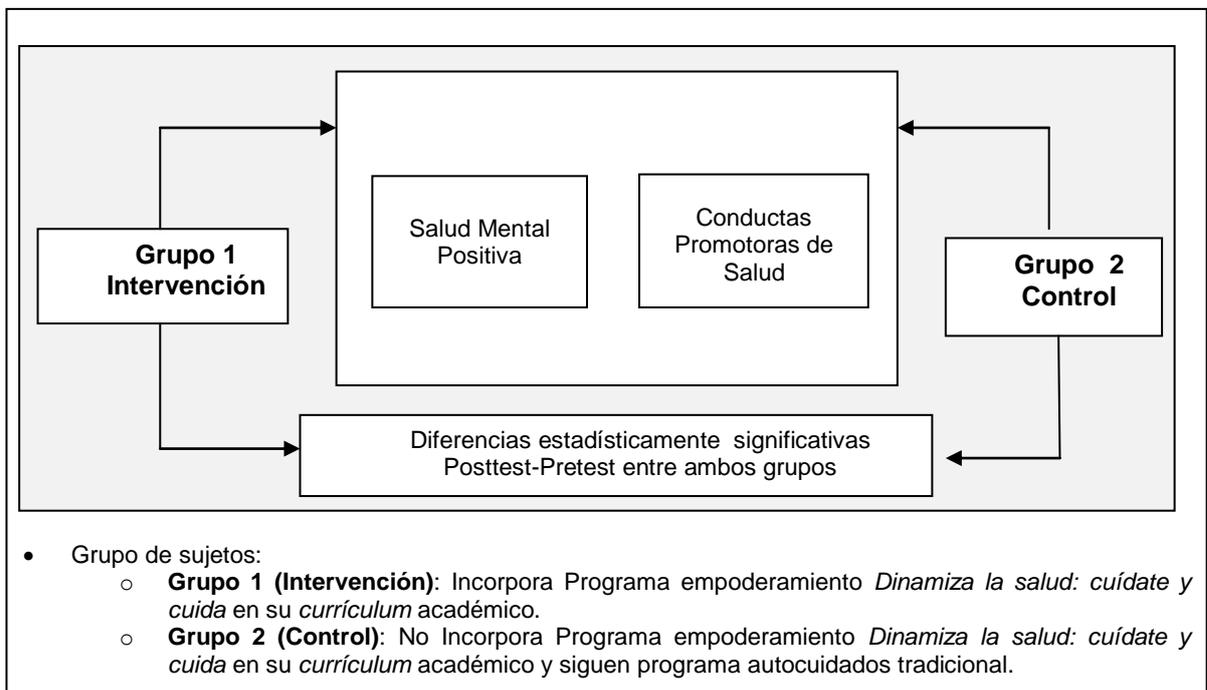
III. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Los estudiantes de enfermería que realizan el programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”, presentan un mayor nivel de salud mental positiva y de conductas promotoras de salud, respecto a los que no realizan dicho programa.

A continuación se presenta en la figura 7 el esquema correspondiente a la hipótesis.

Figura 7 Esquema hipótesis de comparación de grupos



Fuente: Elaboración propia

IV. Objetivos

General

Evaluar la efectividad del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuidate y cuida” para potenciar y desarrollar las conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

Específicos

1. Conocer las características sociodemográficas y de salud en ambos grupos (control e intervención) al inicio de la investigación.
2. Analizar la fiabilidad del cuestionario de Salud Mental Positiva y la fiabilidad de la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para población española.
3. Explorar la correlación entre los factores de la Salud Mental Positiva y las dimensiones de las conductas promotoras de salud.
4. Explorar la relación entre las características sociodemográficas, de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva y de las Conductas Promotoras de Salud (posttest-pretest).
5. Analizar el efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y en las Conductas Promotoras de Salud.
6. Describir la valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud.

V. Metodología

5. Metodología

5.1 Diseño del estudio

Estudio cuasi-experimental pre-post prueba con un grupo control.

5.2 Ámbito de estudio

La investigación se realizó con estudiantes de primer curso del Grado de Enfermería de tres centros universitarios de la provincia de Barcelona: Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna (FCSB) de la Universitat Ramón Llull (URL); la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) de la Universidad de Barcelona (UB) y la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) Sant Joan de Déu (adscrita a la UB) (Figura 8).

Figura 8: Situación geográfica en la provincia de Barcelona de los centros participantes en la investigación



Fuente: Elaboración propia

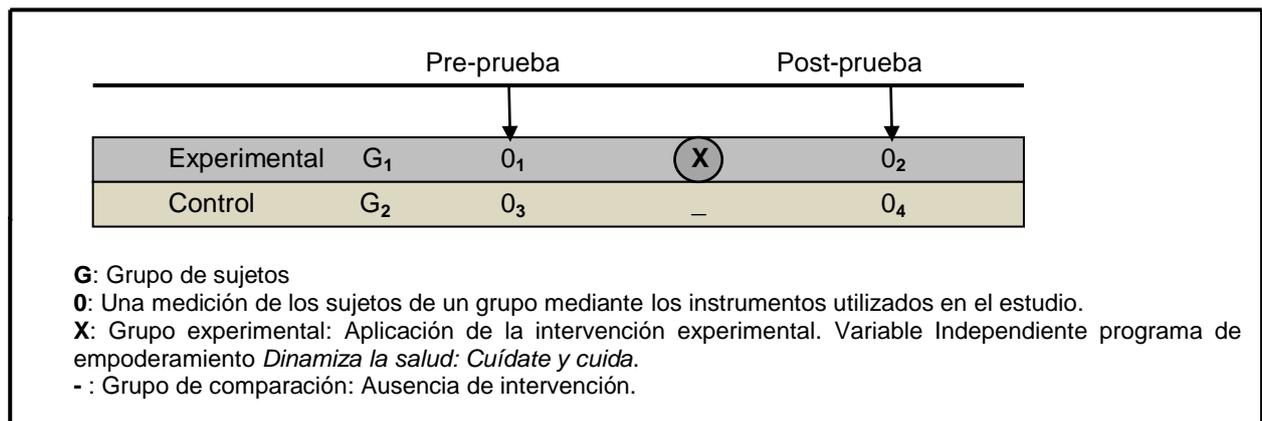
5.3 Población de estudio

Los participantes se encontraban dispuestos en dos grupos: Uno intervención y otro control. Por tanto las distintas condiciones del estudio fueron:

- Programa: “Dinamiza la Salud: cuídate y cuida” que recibió únicamente el Grupo intervención. Estudiantes de Ciencias de la Salud Blanquerna (FCSB) de la Universitat Ramón Llull (URL)
- Programa de autocuidados tradicional que recibió el grupo control: estudiantes de las otras dos Escuelas de Enfermería: Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) de la Universidad de Barcelona (UB) y la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) Sant Joan de Déu (adscrita a la UB).

En la figura 9 se muestra el diagrama del diseño de la investigación.

Figura 9 Diagrama del Diseño de la investigación



Fuente: Elaboración propia

Grupo intervención (G1)

Configurado por estudiantes de Grado en Enfermería, matriculados en el curso académico 2013-2014 en la asignatura de psicología del módulo de ciencias básicas de la FCSB de la URL.

El plan de estudios del Grado en Enfermería tiene una duración total de 4 años en los que se realizan un total de 240 créditos ECTS. En la FCSB los créditos ECTS se distribuyen de la siguiente manera: Créditos Ciencias Básicas; Créditos Obligatorios; Créditos Optativos; Créditos Prácticos y Créditos Trabajo Final de Grado.

En la Figura 10 se muestra la distribución de los distintos créditos ECTS en los cuatro cursos del grado en enfermería.

Figura 10 Distribución de los distintos créditos ECTS en los cuatro cursos del Grado en Enfermería.

Curso	1	2	3	4	Total
Créditos Ciencias Básicas	36	30	3		69
Créditos Obligatorios	15	12	36	12	75
Créditos Optativos				6	6
Créditos Prácticos	9	18	21	32	80
Créditos Trabajo Final de Grado				10	10
Créditos Totales	60	60	60	60	240

Fuente: <http://www.blanquerna.edu/ca/grau-infermeria/pla-estudis>

La asignatura de psicología se encuentra ubicada en el primer curso, concretamente en el segundo semestre del plan de estudios del Grado en Enfermería de la FCSB. Dicha asignatura tiene un total de 6 créditos ECTS de los 240 totales que comprende el Grado.

En la Figura 11 se muestra la contextualización y creditaje de la asignatura de psicología en el primer curso del plan de estudios.

En el anexo I puede consultarse el programa de la asignatura de la asignatura de psicología del Grado en Enfermería del plan de estudios de la FCSB para el curso académico 2013-2014.

Figura 11 Contextualización y creditaje de la asignatura de psicología en el 1 curso plan de estudios FCSB.

Curso 1	Asignatura	Módulo	Tipo Académico	Créditos
	Semestre: Primero			
	Fonaments d'infermeria	MICDIN	Obligatòria	5.00
	Anatomofisiologia 1	MIESFUC	Bàsica	6.00
	Biologia	MIESFUC	Bàsica	6.00
	Informàtica	MINSTRU	Bàsica	6.00
	Infermeria bàsica aplicada	MIPRACT	Pràctiques	3.00
	Semestre: Segundo			
	Infermeria comunitària 1	MICDIN	Obligatòria	4.00
	Anatomofisiologia 2	MIESFUC	Bàsica	6.00
	Pràctiques clíniques introductòries 1	MIPRACT	Pràctiques	3.00
	Pràctiques clíniques introductòries 2	MIPRACT	Pràctiques	3.00
	Comunicació	MIPSICS	Bàsica	6.00
	Psicologia	MIPSICS	Bàsica	6.00
	Anual			
	Seminari interdisciplinari	MICDIN	Obligatòria	6.00

Fuente: <http://www.blanquerna.edu/ca/grau-infermeria/pla-estudis>

Grupo control (G2)

El grupo control corresponde a Estudiantes de Grado en Enfermería, matriculados en el curso académico 2013-2014 en la asignatura de Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud (CPAS) de la EUE de la UB y de la EUE de Sant Joan de Déu (adscrita a la UB). Esta asignatura está definida por 9 créditos ECTS de los 240 totales que comprende el Grado y tiene una distribución anual, es decir, se implementa a lo largo del primer y segundo semestre del plan de estudios del Grado en Enfermería.

5.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Estudiantes de Grado en Enfermería de la FCSB de la URL, matriculados en la asignatura de Psicología en el curso académico 2013/14.

- Estudiantes de Grado en Enfermería de la EUE de la UB y de la EUE de Sant Joan de Déu (adscrita a la UB) matriculados en la asignatura de CPAS en el curso académico 13-14.

Criterios de Exclusión

- Que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

5.3.2 Cálculo del tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se basó en la puntuación total de la *Health Promotion LifeStyle Profile II* de Walker S⁽¹¹⁰⁾, desarrollada a partir del modelo de NJ Pender. Aceptando un riesgo alfa de un 0,05 y un riesgo beta inferior a 0.2 en un contraste bilateral y con una ratio 1:2, se estiman 50 estudiantes en el grupo intervención y 100 en el grupo control (50 EUE SJD y 50 EUE UB) para detectar una diferencia como mínimo de 20 puntos en la puntuación de la escala. Se asumió que la desviación Standard era de 39. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

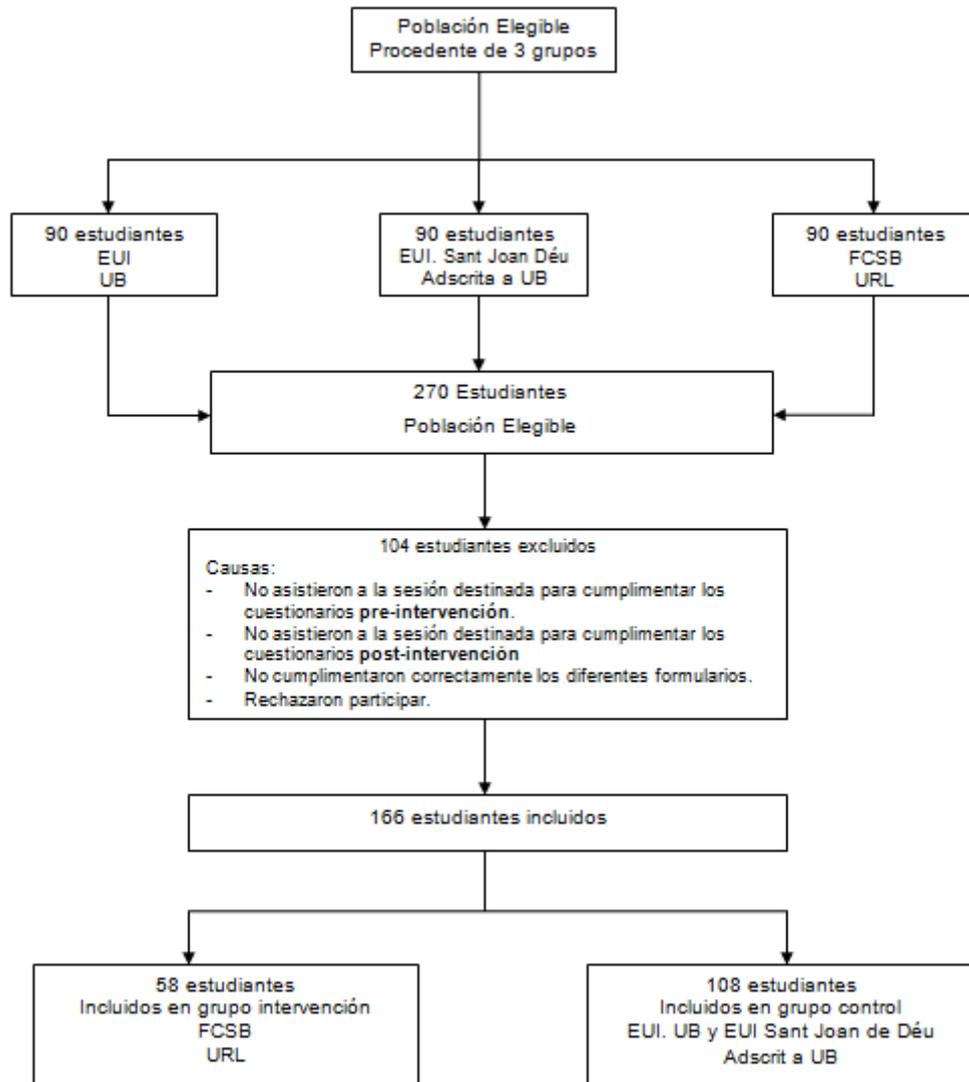
5.3.3 Tipo de muestreo

La muestra del estudio fue de tipo no probabilística y se investigó con grupos intactos.

La muestra se obtuvo a partir de un grupo académico procedente de cada uno de los centros universitarios participantes en el estudio. Se les ofreció participar a todos los estudiantes del turno de mañana de todas las escuelas. Cada uno de los grupos estaba configurado por 90 estudiantes. Finalmente, la muestra objeto de estudio estuvo configurada por un total de $n = 166$ sujetos, la distribución de los cuales resultó ser: grupo intervención $n = 58$ sujetos; grupo control $n = 108$.

En la figura 12 se presenta el reclutamiento y retención de los participantes.

Figura 12 Esquema de reclutamiento y de retención de los participantes en el estudio



Fuente: Elaboración propia

5.4 Variables objeto de estudio

Las variables que configuran el estudio de la muestra son las siguientes:

5.4.1 Variables referidas a características sociodemográficas de la muestra

- Género: Masculino, femenino.
- Fecha de Nacimiento.
- País de nacimiento.
- Estudios previos al acceso de la universidad: Grado Superior, Bachillerato, Otros estudios universitarios.
- Centro Universitario: Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu, *Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna*.
- Grupo académico: Mañanas, tardes.
- Número de hermanos.
- Estado civil: Soltero/a, casado/a, separo/a, Divorciado/a, Viudo/a, pareja estable.
- Número de hijos.
- Personas con las que se convive durante la semana: Padres, pareja, residencia de estudiantes, piso de estudiantes, solo, otros.
- Nivel de estudios del padre y la madre: Estudios primarios, secundarios, Universitarios, Master, Doctorado.
- Realización de trabajo remunerado: si, no. En caso afirmativo, cuantas horas de trabajo semanal.
- Nivel socioeconómico de la familia: alto, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo.

5.4.2 Variables referidas a la salud y/o seguimiento de tratamientos farmacológicos / no farmacológicos de los sujetos de la muestra

- Enfermedades diagnosticadas.
- Tratamiento médico realizado (si / no).

- Tipo de tratamiento farmacológico realizado.
- Régimen dietético prescrito Si/No.
- Asistencia a cursos de desarrollo personal y/o cuidado de la salud Si/No.

5.4.3 Variables referidas a hábitos tóxicos (consumo de alcohol y/o tabaco)

- Fumador/a Si/No
- Número aproximado de cigarrillos diarios: Menos de 10 cigarrillos al día, Entre 10 y 20 cigarrillos al día, Más de 20 cigarrillos al día.
- Consumo de bebidas alcohólicas de manera regular a diario o los fines de semana (3-7 veces) Si/No
- Número aproximado de copas a la semana: N° Copas /Tipo alcohol: Cerveza, cava, vino, alcohol de más graduación solo, o con hielo, alcohol de más graduación combinado.

5.4.4 Variables referidas a la Salud Mental Positiva

Las variables de este apartado se definieron a través del Modelo Multifactorial de MT Lluch ⁽³⁸⁾, descrito en el apartado 1 del marco conceptual. Lluch planteó 6 Factores Específicos de SM+, y junto con el análisis global del constructo, configuran un total de 7 variables:

- Nivel Global de Salud Mental Positiva.
- Nivel de Salud Mental Positiva en cada uno de los 6 Factores específicos del modelo:
 - Satisfacción Personal.
 - Actitud Prosocial.
 - Autocontrol.
 - Autonomía.
 - Resolución de Problemas y Autoactualización.
 - Habilidades de Relación Interpersonal.

5.4.5 Variables referidas a las Conductas Promotoras de Salud

Las variables de este apartado se definieron a través del Modelo Promotor de la Salud de NJ Pender, descrito en el apartado 2 del marco conceptual. En el MPS Pender planteó las conductas promotoras de la salud ⁽⁹⁵⁾ las cuales quedaron recogidas por Walker, S. & Hill-Polerecky, D.M. en la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* ⁽¹¹⁰⁾ siendo ésta revisada para población española en 2012 por Fortis et. al, ⁽⁹⁹⁾ resultando 6 dimensiones que, junto con el análisis global del constructo, configuran en el presente estudio un total de 7 variables:

- Estilo de vida promotor de la salud global.
- Estilo de vida promotor de la salud en relación a cada una de la 6 dimensiones:
 - o Responsabilidad sobre la propia salud.
 - o Actividad Física.
 - o Nutrición.
 - o Crecimiento Espiritual.
 - o Relaciones Interpersonales.
 - o Gestión del estrés.

5.4.6 Variable referida a la intervención

Programa de empoderamiento Dinamiza la salud: cuídate y cuida

El objetivo principal de la presente investigación es evaluar la efectividad del programa de empoderamiento para la salud denominado, “Dinamiza la Salud: cuídate y cuida”, el cual se planteo con la finalidad de potenciar las conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

Tal como ha sido descrito en el tercer capítulo del marco conceptual de la presente tesis, el autocuidado es una estrategia para promover el empoderamiento de la salud de las personas y se considera un recurso eficaz para potenciar su salud desde una perspectiva positiva, disminuyendo la

aparición de enfermedades crónicas y situaciones que implican dependencia funcional y/o cognitiva.

Éste nuevo programa para el empoderamiento de la salud de los estudiantes de enfermería, partió de una propuesta iniciada hace ya unos cursos académicos en la asignatura de CPAS del plan de estudios de las EUE de la UB y Sant Joan de Déu, adscrita a la UB. Se consideró que seguir elaborando dicha propuesta podía redundar en reforzar la salud desde una perspectiva positiva en los estudiantes de enfermería. Velar por ésta perspectiva en los futuros profesionales de la salud se considera especialmente relevante, puesto que éstos también serán modelos de conductas y actitudes de salud para los usuarios, las familias y la comunidad en general.

Las diferencias entre el programa de empoderamiento tradicional implementado en los centros universitarios que configuran el grupo control y el nuevo programa propuesto, denominado “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”, implementado en el grupo intervención se muestran en la tabla 6.

Las diferencias que se presentan se centran en los puntos relativos a su:

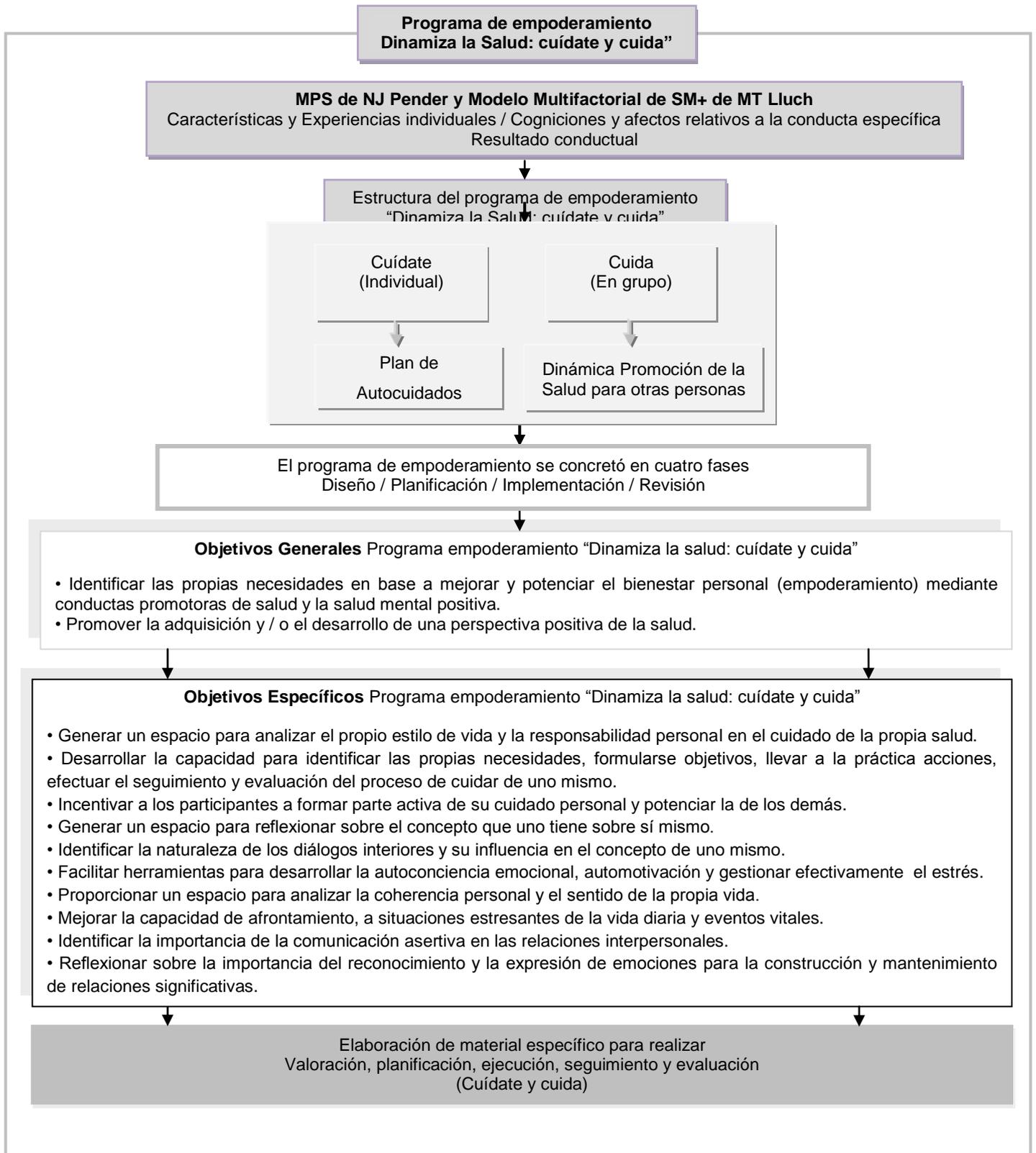
- Diseño.
- Metodología.
- Ejecución.
- Evaluación.

En la figura 13 se presentan esquemáticamente los modelos sobre los que se fundamenta el programa de empoderamiento Dinamiza la salud: Cuídate y cuida, sus apartados, fases y objetivos.

Tabla 6 Diferencias entre el programa de empoderamiento tradicional y el nuevo programa denominado “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”

Programa de empoderamiento	Características diferenciales de los programas de empoderamiento			
<p>Programa tradicional de empoderamiento. Implementado en la asignatura CPAS del plan de estudios de las EUI de la UB y Sant Joan de Déu (adscrita a la UB). Grupo Control</p>	<p>Diseño</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se fundamenta en ningún modelo de enfermería u otros. * Se centra exclusivamente en un ámbito personal mediante la realización de un plan de autocuidados. * Parte de la identificación genérica de necesidades desde una perspectiva biopsicosocial. *Material de apoyo: artículos científicos específicos para la enseñanza del autocuidado y tabla plan de autocuidados. 	<p>Metodología</p> <ul style="list-style-type: none"> * Formato de presentación del programa a los estudiantes: - 1 hora para presentar el ámbito relativo al autocuidado. - 1 hora para explicar la metodología de elaboración del plan de autocuidado. - 2 horas para la preparación del plan de autocuidado. 	<p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> * 4 semanas para ejecutar el plan de autocuidados preparado. * La ejecución se desarrolla simultáneamente con las clases en la EUE de la UB y la de Sant Joan de Deu (adscrita a la UB) 	<p>Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los estudiantes realizan dos actividades: - Reflexión personal sobre la utilidad de realizar un plan autocuidados. - Opinión personal sobre la utilidad para la realización del plan de autocuidados de un artículo científico: “La enseñanza del autocuidado de la salud (física y mental) desde la enfermería psicosocial”.
<p>Nuevo programa de empoderamiento Dinamiza la salud: Cuídate y cuida. Implementado en la asignatura de Psicología del plan de estudios de la FCSB de la URL. Grupo Intervención</p>	<p>Diseño</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fundamentado en dos modelos: <ul style="list-style-type: none"> - Modelo Promotor de Salud de NJ Pender. - Modelo multifactorial de SM+ de MT Lluch. * Se centra en: <ul style="list-style-type: none"> - Ambito personal /trabajo individual (Realización plan de autocuidados). - Ambito colectivo /trabajo en grupo (dinámica para fomentar un estilo de vida saludable para otras personas). * Parte de conductas promotoras de salud y salud mental + para definir el plan de autocuidados y la dinámica para fomentar un estilo de vida saludable en otras personas. * Material de apoyo: Dossier explicativo, elaboración de material específico psicología + (especialmente ecología emocional). Cuadros (plan autocuidado/trabajo en grupo) y 8 pildoras autoformativas. 	<p>Metodología</p> <ul style="list-style-type: none"> * Formato de presentación del programa a los estudiantes: -1/2 hora para presentar el ámbito relativo al autocuidado y la dinámica para fomentar un estilo de vida saludable para otras personas. -1/2 hora para la metodología de elaboración del plan autocuidados y dinámica fomento salud. -2 horas para la preparación del plan autocuidados y 2 horas dinámica fomento salud. -1/2 hora tutoría individual y ½ hora tutoría grupal. - 8 pildoras autoformativas de 10 minutos cada una de ellas. 	<p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> * 7 semanas para ejecutar el plan de autocuidados preparado. * La ejecución se desarrolla durante periodo de prácticas clínicas en centros de salud (no realización clases en la FCSB). * 1 hora para la realización de la dinámica a un colectivo de personas para fomentar estilo de vida saludable. 	<p>Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> *Los estudiantes realizan tres actividades: - Reflexión personal escrita y autoevaluación de todo el plan de autocuidados. -Análisis de la dinámica para el fomento de un estilo de vida saludable de otras personas. -Presentación con soporte audiovisual al grupo clase de la experiencia práctica relativa a la ejecución de la dinámica para el fomento de un estilo de vida saludable de otras personas.

Figura 13 Esquema del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”



Fuente: Elaboración propia

A continuación se presenta como se desplegó el programa de intervención. Éste se realizó en cuatro fases las cuales se describen brevemente a continuación:

La primera fase: Diseño

Se centro en el diseño del programa, el cual se planteó a partir del MPS de Pender ⁽⁹⁵⁾ y el Modelo Multifactorial de SM+ de Lluch ⁽³⁸⁾. Desde esta premisa se vertebró a partir de dos ejes, el primero de ellos fue el autocuidado, dado que tal y como se ha expuesto con anterioridad, éste es una estrategia para el empoderamiento de la población. Por otro lado, a los estudiantes de enfermería, como futuros profesionales de la salud les corresponde el promover el autocuidado entre los diferentes usuarios, por este motivo el otro eje del programa se centró en generar una dinámica para potenciar la salud en otras personas. Se confeccionaron materiales que permitiera a los estudiantes:

- Elaborar su plan de autocuidados de manera individual (cuídate).
- Trabajar en grupo para proponer el diseño e implementación de una actividad que favoreciera un estilo de vida saludable para otras personas (cuida).

En el anexo II se puede consultar el dossier explicativo referente al programa Dinamiza la salud: cuídate y cuida facilitado al estudiante como soporte informativo al iniciar la asignatura.

En la figura 14, se muestran materiales proporcionados para la realización del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”, en relación a las conductas promotoras de salud planteadas por Pender y a los factores de salud mental positiva propuestos por Lluch. Éstos materiales se fueron incorporando de manera progresiva y posteriormente se integraron en píldoras autoformativas cuya finalidad era que el estudiante pusiera en práctica mediante la planificación de acciones concretas los objetivos de autocuidado o cuidado seleccionados por el/ellos mismos para mejorar la salud.

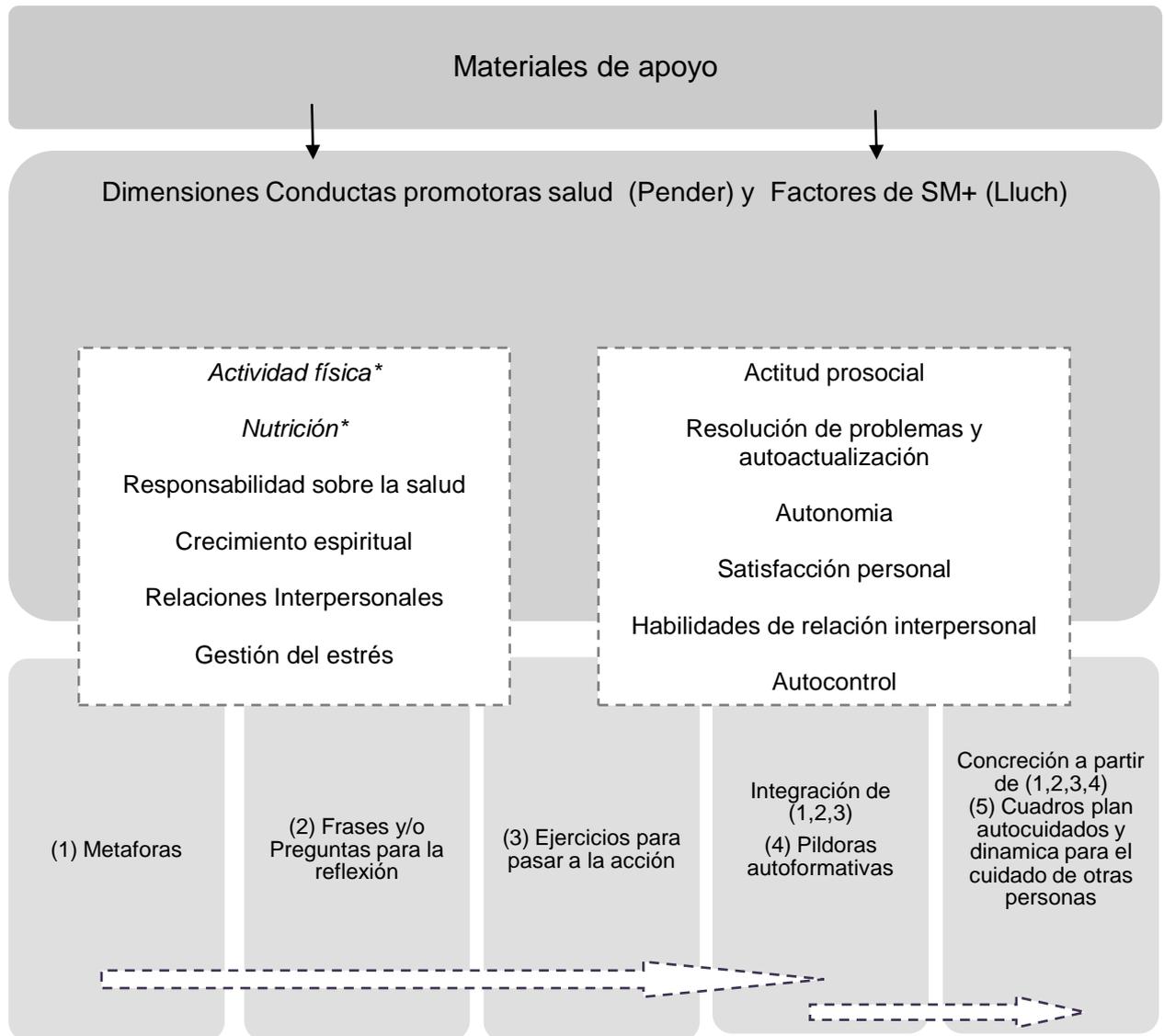
En definitiva, éstos materiales facilitaron a los estudiantes realizar una valoración de necesidades, planificación de acciones, así como su posterior ejecución, seguimiento y autoevaluación.

La metodología seleccionada se fundamentó en incentivar la participación y la creatividad del estudiante utilizando recursos propios de la psicología positiva ^(37, 196), y particularmente de ecología emocional ⁽¹⁹⁷⁻²⁰¹⁾, favoreciendo su capacidad para relacionar los contenidos teóricos con su experiencia en referencia a las conductas promotoras de salud y la salud mental positiva.

A continuación, en las figuras 15, 16 y 17, se presentan tres ejemplos de píldoras autoformativas utilizadas en el programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”, a partir de la integración de algunos de los materiales indicados.

En la figura 18 se presenta un cuadro diseñado para favorecer el análisis y reflexión del estudiante a partir de los materiales facilitados antes de concretar su plan de autocuidados. Finalmente, en la figura 19 se muestran ejemplos para los estudiantes para la elaboración de un plan de autocuidados.

Figura 14 Materiales para la realización del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”



* Conductas promotoras de la salud para las que no se ha desarrollado material específico en el programa

- (1) Metáforas (2) Frases y/o preguntas para la reflexión (3) Ejercicios para pasar a la acción
 (4) Píldoras autoformativas (5) Cuadros plan autocuidados y dinámica para el cuidado de otras personas

Fuente: Elaboración propia

Figura 15 Ejemplo 1 Estructura de una pildora autoformativa (4)

(MPS de Pender) Crecimiento espiritual / Satisfacción personal (Modelo de Lluch)

(1) Metafora

"La música és dins meu"

(2) Frase y/o Pregunta para la reflexión

(3) Ejercicio para pasar a la acción

La Música és dins meu

Niccolo Paganini (1782-1840) és considerat encara avui un dels més grans violinistes de tots els temps. Un dia va anar a tocar en un teatre d'òpera abarrotat de públic, però quan va sortir a l'escenari i va ser rebut amb una enorme ovació inicial, es va adonar que hi havia alguna cosa que no anava a l'hora. Va comprendre que tenia a les mans el violí d'una altra persona. Per a un músic com ell això era inaudit, i es va sentir molt angoixat sense el seu estimat instrument. Tot i això, va comprendre que no tenia cap altra alternativa que iniciar l'actuació i va començar a tocar.

Es diu que aquest va ser el millor concert de la seva vida.

Després, ja al camerino i parlant amb un altre músic company seu, Paganini va fer aquesta reflexió: *"Avui he après la lliçó més important de tota la meva carrera. Sempre havia cregut que la música es trobava en el violí; avui he après que la música és dins meu"*.

Emocions: Les raons que la raó ignora
Soler J, Conangla M y Soler L

Psicologia M. Sanromà

Frase

A la vida hi ha moments en què o bé tu defineixes el moment o bé el moment et defineix a tu. Anònim

Preguntas

Aprenem tot el que volem?

Aprenem el que no volem?

Qui ens ensenya el que aprenem?

Què es el que estic ensenyant als altres?

És el que vull ensenyar?

Sempre decidim el moment en el que hem d'aprendre?

El que he après i/o ensenyat, allibera o condiona (a mi o l'altre)?

Què significa haver après?

Desaprendre és una manera d'aprendre?

Ejercicio práctico 8 : Donde vivir
De Soler J , Conangla M y Soler L. En Emocions: les raons que la raó ignora

Metafòricament, en estos momentos de tu vida, si fueses una planta o un árbol...

- ¿Qué planta/árbol serías? ¿Donde vives?
- ¿Como es el lugar donde estás plantada/o?
- ¿Tienes otras plantas o árboles a tu alrededor? ¿Cuales? ¿Como es la convivencia?
- ¿Como es la tierra con la que te alimentas? ¿De que se compone?
- ¿Como son tus raíces? ¿Cual es el espacio que tienes para crecer?
- ¿Como te sientes en el territorio que estás ahora? ¿Que te proporciona?
- ¿Te gustaría trasplantarte a otro lugar? ¿Cual? ¿Que esperas de este nuevo lugar?

Ejercicio práctico 8 : Donde vivir
De Soler J , Conangla M y Soler L. En Emocions: les raons que la raó ignora

Si fueses una planta o un árbol... ¿Como serías? Dibújalos y pon nombre a cada elemento

A través del ejercicio ¿has identificado en tu vida actual algún obstáculo que limita tu desarrollo y autonomía personal? ¿Tienen algo que ver con los aprendizajes que has incorporado? ¿Qué puedes hacer para superar estos obstáculos y potenciar tu desarrollo ?

Fuente: Adaptado a partir de material de Psicología + y Ecología Emocional

Figura 16 Ejemplo 2 Estructura de una pildora autoformativa (4)

(MPS de Pender) Gestión del estrés / autocontrol (Modelo de Lluch)

(1) Metafora

"La Montaña y las nubes" y "La casa de los huéspedes"



Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
Universitat Ramon Llull

La Montaña y las nubes

Hay una bonita narración oriental que ilustra muy bien la importancia de la respiración para la consciencia plena:

En la historia se compara la postura sentada de la meditación a una montaña. Las nubes, más o menos espesas, más o menos oscuras, que la rodean, son nuestros pensamientos que se agitan en nosotros en todos los sentidos y oscurecen nuestra mente.

El viento que sopla sobre la montaña ayuda a empujar y disipar las nubes, y a hacer reaparecer el cielo azul (de la conciencia), es nuestra respiración. Y cuanto más amplia y profunda sea esta, más rápidamente desaparecerán las nubes que se acumulan en nuestra cabeza, y volvemos a encontrar la claridad en nuestra conciencia.



Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
Universitat Ramon Llull

La Casa de los huéspedes

El ser humano es una casa de huéspedes.

Cada día, una nueva llegada.

Una alegría, una sorpresa, una decepción.

Una toma de conciencia momentánea llega como un visitante inesperado.

¡ Aceptémoslos a todos!

Aunque se trate de un aluvión de tristeza que violentamente deja la casa sin muebles.

No obstante, trata a cada invitado con educación, podría dar lugar a una nueva alegría.

El pensamiento sombrío, la vergüenza, la maldad, acéptalos riendo a la entrada, y haz que pasen al interior.

Sé agradecido por todo lo que llegue, pues han sido enviados como guía por el más inmenso.

Djalal ed-Din Rúmi

(2) Frase y/o Pregunta para la reflexión

Frases

Si te sientes preocupado y agitado significa que sufres un "empacho de futuro". Si, por el contrario, te sientes culpable, deprimido, lleno de rencor significa que sufres un "empacho de pasado".

En ambos casos vives ausente del momento presente, el único en el que puedes hallar la paz interior .

Raimón Samsó

Preguntas

Les meves emocions...

Conec el seu llenguatge? Parlo el seu idioma?

Comprens aquest idioma?

Què em comuniquen?

Què comunico?

Com ho comunico?

Sobre qui em parlen?

A qui parlen?

M'agrada escoltar el que em diuen?

Què faig amb el què m'expliquen? Conec a altres persones que dominen aquest idioma?

Que em comuniquen?

(3) Ejercicio para pasar a la acción



Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Algunes pràctiques de Mindfulness (consciència plena)

Respiració Conscient

Realitza l'exercici durant cinc minuts (pots posar-te una alarma per no tenir que controlar el temps).

1. Tria un lloc on no et destorbin. Seu còmodament, amb les mans relaxades sobre la falda i els peus ben posats a terra. Seu una mica cap endavant, amb l'esquena recta i la barbata una mica abaixada.
2. Fes un parell de respiracions profundes inhalant pel nas i exhalant per la boca, i després tanca els ulls. Nota com sents la cadira on seus. Com sents els peus i les cames? Percep les sensacions del cos. Tens fred o calor? Quins sorolls t'arriben? Identifica'ls. Revisa el cos de cap a peus i percep les zones relaxades i les tenses.
3. Ara concentra't en la respiració. Respirant amb normalitat, nota com inspires i espire cada vegada. Quines sensacions ascendent i descendent crea la respiració? La notes al pit, a l'estómac, a les espatlles o en algun altre punt?
4. Començar a comptar a poc a poc: 1 en inspirar, 2 en exhalar, 3 en inspirar, 4 en exhalar i així fins a deu abans de tornar a començar per l'1. Fes-ho en silenci.



Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Algunes pràctiques de Mindfulness (consciència plena)

Respiració Conscient (segueix)

5. En fer-ho, els pensaments et poden distreure. És del tot normal. Identifica'ls i torna a concentrar la consciència en la respiració. Comença a comptar altra vegada.
6. Repeteix els passos 4 i 5 fins que hagis consumit els cinc minuts.
7. Seu en silenci uns instants més. És possible que, en aquest punt, els pensaments se't tornin a presentar o bé que et sentis molt tranquil.
8. A poc a poc concentra't novament sobre com et sents assegut allà on ets i, quan estiguis preparat, obre els ulls.

La respiració conscient és la part nuclear de la meditació *mindfulness*. L'objectiu és notar els pensaments com si estiguessin lluny, sense que ens atrapin en el contingut. La respiració conscient és una tècnica senzilla que pots practicar en qualsevol lloc, però pot resultar difícil al començament. No has de gaudir de la tècnica de *mindfulness* per obtenir-ne els beneficis: només has de practicar

No desisteixis!!!

Figura 17 Ejemplo 3 Estructura de una pildora autoformativa (4)

(MPS de Pender) Crecimiento espiritual / Satisfacción personal y Actitud Prosocial (Modelo de Lluch)

(1) Metáfora

"Lligat a una creença" y "El niño que arreglo el mundo"



Psicología de la personalidad Humanismo: concepción del self

Lligat per una creença:

Després d'una funció de circ, un nen que hi havia assistit va veure que lligaven un dels elefants que havia atuat. Ho feien amb una corda a una petita estaca clavada a terra. Es va sorprendre del fet que un animal tan corpulent no fos capaç d'alliberar-se d'aquell pal petit i que, a més, no fes cap mena d'esforç per intentar-ho.

Va decidir preguntar-ho a l'home que el cuidava, i aquest li va respondre:

- És molt senzill. Quan era petit ja el lligàvem a l'estaca. Llavors volia alliberar-se'n, però encara no tenia prou força i no se'n sortia. En un moment determinat va deixar d'intentar-ho. Ara no sap la força que té, perquè no ho prova. Es pensa que no és possible, i per això ja no ho intenta. Així, viu lligat a una cosa que només és a la seva imaginació.

EL NIÑO QUE ARREGLO EL MUNDO

Un científico vivía preocupado por los problemas del mundo y estaba resuelto a encontrar los medios para disminuirlos. Pasaba días encerrado en su centro de investigación en busca de respuestas para sus dudas.

Cierta día, su hijo, de siete años, entró en el laboratorio decidido a ayudar a su padre en el trabajo que le consumía horas y horas y no le dejaba tiempo libre para poder jugar con su muñeco.

El científico, nervioso por la interrupción, procuró que su hijo fuera a travesarse a otro lugar. Viendo que sería imposible sacarlo de allí, el padre procuró darle algo para jugar con el objetivo de distraer su atención y permitirle proseguir en sus investigaciones. Repentinamente tomó un planisferio de una revista, y con una tijera, recortó el mapamundi en múltiples pedazos, y se los entregó al hijo junto a con un rollo de cinta adhesiva, diciéndole:

A TI TE GUSTAN LOS ROMPECABEZAS. ENTONCES VOY A DARTTE EL MUNDO PARA QUE LO ARREGLES. AQUÍ ESTA EL MUNDO TODO ROTO, HECHO UN DESASTRE. ¡MIRA SI LO PUEDES ARREGLAR BIEN!

Calculó que al niño le llevaría días para recomponer el mapa, ya que nunca había visto uno anteriormente. Algunas horas después, oyó la voz del hijo que le llamaba calmadamente:

PAPÁ, PAPÁ, YA LO HE HECHO TODO. ¡LO CONSEGUÍ TERMINAR TODO! ¡HE ARREGLADO EL MUNDO!

Al principio el padre no dio crédito a las palabras del hijo. Sería imposible a su corta edad haber conseguido recomponer un mapa que jamás había visto. Entonces, el científico levantó los ojos de sus anotaciones, seguro que vería un trabajo digno de un niño. Para su sorpresa, el mapa estaba completo. Todos los pedazos habían sido colocados en sus sitios. ¿Cómo sería posible? ¿Cómo el niño había sido capaz?

TU NO SABIAS COMO ERA EL MUNDO, HIJO MÍO. ¿CÓMO LO CONSEGUISTE, HIJO MÍO?

Papá, yo no sabía cómo era el mundo, pero cuando tú quitaste el papel de la revista para recortar, vi que en el otro lado había la figura de un hombre. Cuando tú me diste el mundo para arreglarlo, yo lo intenté pero no lo conseguí. Fue entonces que me acordé del hombre, di vuelta a los recortes y empecé a arreglar el hombre, que yo sabía cómo es. CUANDO CONSEGUÍ ARREGLAR EL HOMBRE, DI VUELTA LA HOJA Y ENCONTRÉ QUE HABÍA ARREGLADO EL MUNDO...

(2) Frase y/o Pregunta para la reflexión

Frase

*Siembra una idea
Y recogerás un pensamiento
Siembra un pensamiento
Y recogerás una conducta
Siembra una conducta
Y recogerás un hábito
Siembra un hábito
Y recogerás un carácter
Siembra un carácter
Y recogerás un destino*

Preguntas

Qui soc jo?
On vaig?
Qui m'acompanya?
Soc responsable de qui soc?
Soc qui vull ser?
Vull ser qui soc?
Com m'agradaria ser recordat?
Per què m'agradaria ser recordat?
Qui m'agradaria que em recordés?

La persona que soc farà que el món sigui un lloc millor?

(3) Ejercicio para pasar a la acción



Ficha práctica : Lo que te dices a ti mismo Emocions: les raons que la raó ignora (Conangla & Soler)

Coloca en la siguiente tabla las palabras que correspondan a cada recuadro. ¿Qué te dices a ti mismo en el dialogo interior que estableces? . ¿Son palabras que van a favor tuyo o que te producen sufrimiento?

Emoción a la cual me conecta	Palabras presentes	palabras ausentes	Emoción a la cual me conecta
Gratitud	Me digo y me gusta:	Me gusta decirme lo pero no me digo:	Tristeza
Sufrimiento	Me digo y me hace daño:	No me digo ni me gusta:	Alivio

Los apartados "me gustaría decirme pero no me digo" y "me digo y me hace daño" te servirán para detectar puntos para mejorar. Los apartados "me digo y me gusta" y "no me digo ni me gusta" contendrán palabras y expresiones que haces servir y que te sirven para adaptarte mejor y aumentar tu automotivación

Figura 18 Identificación de recursos y barreras para pasar a la acción: Plan de autocuidados

Metàfores amb les que has decidit treballar	Preguntes que t'has formulat per a reflexionar:
Frases que has extret	Sentiments que has experimentat

A partir dels diferents materials i idees sobre les que has treballat, quina/es àrea/es de les que set proposes voldries millorar en l'actualitat?

Responsabilitat sobre la pròpia salut Autonomia Resolució de problemes/Autoactualització	Si / No	Com has pensat que ho faràs:
Desenvolupament espiritual Satisfacció personal Actitud prosocial	Si / No	Com has pensat que ho faràs:
Relacions interpersonals Habilitats de relació interpersonal	Si / No	Com has pensat que ho faràs:
Gestió de l'estrès Autocontrol	Si / No	Com has pensat que ho faràs:
Cap		

En l'àrea que hagi decidit millorar, respon-te les següents qüestions, això t'ajudarà força a fer una millor planificació de les accions que vulguis treballar i a obtenir resultats més favorables:

1. El que t'has proposat depèn només de tu ? (recorda que només pots canviar allò que depèn només de tu).
2. Quins beneficis obtindràs? (pensa a curt, mig i llarg termini)
3. Penses que tindràs algunes dificultats per realitzar les accions? Quines? Hi pots fer alguna cosa per eliminar-les o disminuir-les? Per exemple: _____
4. Confies plenament en tu per aconseguir els resultats (beneficis), que esperes? En cas negatiu, què pots fer per canviar la teva percepció? Quan i com ho faràs?
5. Aquestes accions t'agraden, et ve de gust fer-les, o no, més aviat et desagraden? Es podria fer d'una altra manera?
6. Les persones del teu entorn poden influir en la consecució del que vols? Com, positiva o negativament? Que pots fer per potenciar (+) o minimitzar (-) aquestes influències?
7. Les teves circumstàncies actuals (a nivell laboral, familiar, acadèmic, econòmic,...) afavoreixen - dificulten el poder aconseguir el que t'has marcat? Cal que prèviament facis alguna cosa? Revisa la teva prioritització en les accions.

Es molt valuós que aquestes respostes les tinguis en compte a l'hora d'implementar el teu pla. Segurament algunes d'elles t'hauran permès identificar recursos i punts forts, alhora que també podràs definir estratègies d'afrontament per aquelles àrees més dificultoses.

Fuente: Elaboración propia

Figura 19 Ejemplo de la combinación de material facilitado a los estudiantes para elaborar su plan de autocuidados ⁽⁵⁾

Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
L'Universitat de Barcelona - UB

Grà en Infermeria
Assignatura de Psicologia
Curs 13_14
Curs 13-14

Exemple de realització pla d'autocures

Punt de millora 1	Objectiu que es pretén assolir	Acció 1	Data execució	Seguiment i Avaluació
Responsabilitat Salut A partir de les dinàmiques: Dibúix i Càlcul del temps vital. I de les metàfores: — I/o de les idees clau: — M'he plantejat l'objectiu:	Formar part activa de la meua cura personal. Beneficis: Increment del benestar intestinal. Regularització del patró d'execució. Disminució de la distensió esdominal. Millora de la capacitat respiratòria. Millora de la circulació sanguínea. Increment de la resistència física. Increment de la protecció enfront possibles contaminacions per accidents	Incrementar els aliments rics en fibra de la meua dieta: Incorporar 1 peça de fruita al dia. Prendre un plat de verdura o amanida al dia. Acció 2 Actualitzar el meu calendari de vacunacions: Demanar visita al CAP per valorar la vacunació (Antitetànica). Acció 3 Incrementar l'activitat física: Beixar una parada d'autobús abans. A la feina pujar les escales enlloc d'utilitzar l'ascensor.	Inici data: Finalització data:	Satisfacció punt de millora 1 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4

Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
L'Universitat de Barcelona - UB

Grà en Infermeria
Assignatura de Psicologia
Curs 13_14
Curs 13-14

Punt de millora 2	Objectiu que es pretén assolir	Acció 1	Data execució	Seguiment i Avaluació
Creixement espiritual. A partir de les dinàmiques: Visita en el hospital de la vida emocional. Cajes de colores. La casa de les emocions. I de les metàfores: — I/o de les idees clau: — M'he plantejat l'objectiu:	Estensionar de manera efectiva les meues emocions. Beneficis: Positivitzar la naturalesa dels diàlegs interiors. Increment d'emocions i sentiments positius. Disminució de sentiments i emocions negatives. Increment de l'autorespecte i l'autovaloració positiva. Increment del benestar personal	Acció 1 Incorporar com a dinàmica habitual: (diari) 3 coses bones Acció 2 Incorporar com a dinàmica habitual: (3 cops per setmana) Cambia tu vocabulari Acció 3 Incorporar com a dinàmica habitual: (tres cops per setmana) Describir una emoció	Inici data: Finalització data:	Satisfacció punt de millora 2 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4

Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
L'Universitat de Barcelona - UB

Grà en Infermeria
Assignatura de Psicologia
Curs 13_14
Curs 13-14

Exemple de realització pla d'autocures

Punt de millora 3	Objectiu que es pretén assolir	Acció 1	Data execució	Seguiment i Avaluació
Menys del estrès A partir de les dinàmiques: El pilot automàtic en marxa De la opinió contrarietat a la ràbia I de les metàfores: — I/o de les idees clau: — M'he plantejat l'objectiu:	Millorar la capacitat d'enfrontament a situacions estressants de la vida diària. Beneficis: Millora de l'autocontrol. Disminució de l'irascibilitat. Increment de la pau i la serenitat personal. Augment de la confiança i de la pròpia llibertat. Equilibri.	Acció 1 Incorporar com a dinàmica habitual: Seure amb consciència plena Acció 2 Incorporar com a dinàmica habitual: Respiració conscient Acció 3 Incorporar com a dinàmica habitual: Estratègies frente a la ira.	Inici data: Finalització data:	Satisfacció punt de millora 3 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4

Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
L'Universitat de Barcelona - UB

Grà en Infermeria
Assignatura de Psicologia
Curs 13_14
Curs 13-14

Punt de millora 4	Objectiu que es pretén assolir	Acció 1	Data execució	Seguiment i Avaluació
Relacions Interpersonals A partir de les dinàmiques: Dónde vivir Carte a un nouet I de les metàfores: — I/o de les idees clau: — M'he plantejat l'objectiu:	Construcció i manteniment de relacions significatives observant l'expressió d'emocions. Beneficis: Poder comunicar-me amb confiança. Expressar qui soc sense por al rebuig o la crítica. Compartir espais amb qualitat afectiva. Escoltar a l'altre des de la seva essència. Compartir valors i el sentit de les coses. Viure amb coherència.	Acció 1 Incorporar com a dinàmica habitual: Les quatre premisses d'Aristòtil Acció 2 Incorporar com a dinàmica habitual: El missatge més positiu Acció 3 Incorporar com a dinàmica habitual: Huelles luminosas	Inici data: Finalització data:	Satisfacció punt de millora 4 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4 Parcial i Final 1 2 3 4

Fuente: Elaboración propia

La segunda fase: Planificación

La intervención se planificó para ser desarrollada a lo largo de las 15 semanas lectivas correspondientes al segundo semestre del plan de estudios de la FCSB. Concretamente comprendió el periodo establecido desde el 27 de enero de 2014 hasta el 16 de mayo de 2014. Se establecieron cuatro etapas con una cronología y duración predeterminadas las cuales se presentan de manera gráfica en la figura 20.

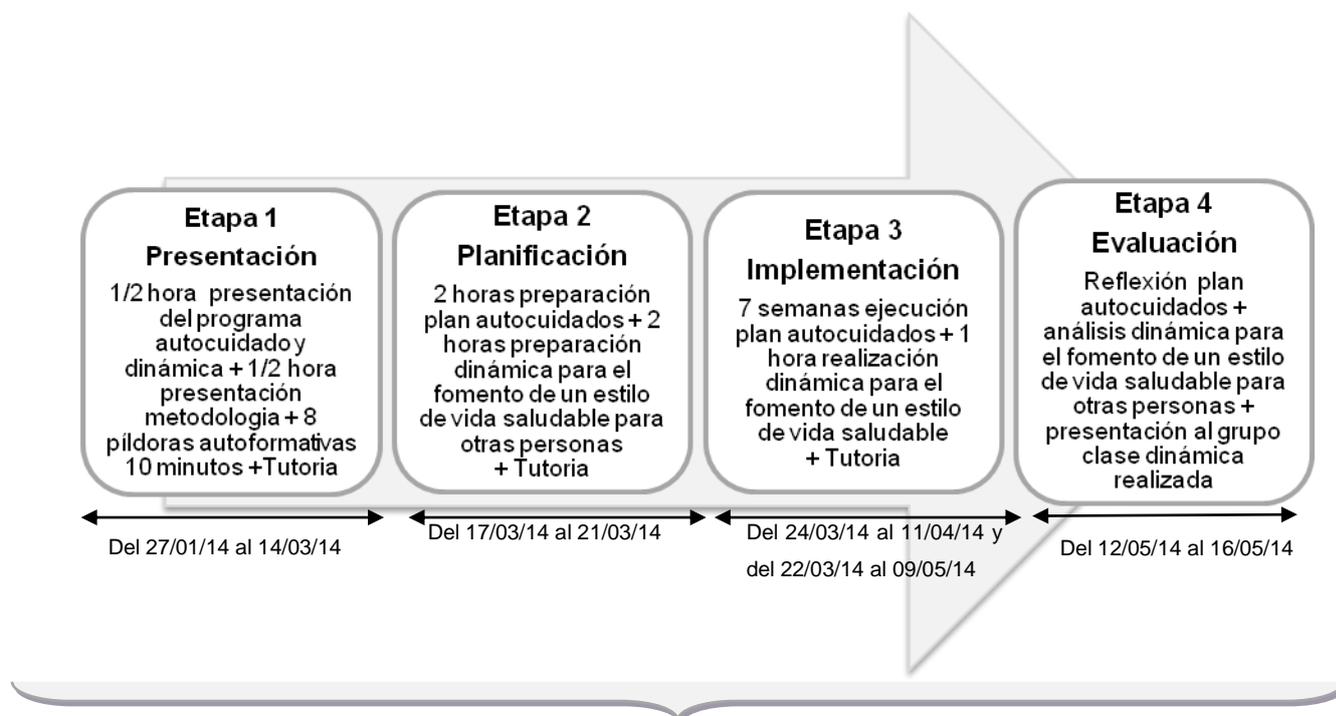


Figura 20: Etapas y duración del programa de empoderamiento “Dinamiza la Salud: cuídate y cuida” Segundo semestre plan de estudios Grado Enfermería Facultat Ciències de la Salut Blanquerna Asignatura de Psicologia

Fuente: Elaboración propia

La tercera fase: Implementación

Se centro en la ejecución de la intervención en el aula así como en las tutorías individuales y grupales de acuerdo a la planificación efectuada.

La cuarta fase: Revisión

Se dedico a la revisión del proceso realizado en referencia a la aplicación del programa de empoderamiento “Dinamiza la Salud: cuídate y cuida” para su posterior evaluación.

5.4.7 Variables referentes a la valoración interna del programa docente

- **Ámbitos de la salud trabajados en el plan de autocuidados:** Responsabilidad sobre la propia salud, Desarrollo personal / espiritual, Relaciones interpersonales, Gestión del estrés.
- **Ámbito de la salud trabajado en el plan de autocuidados en el que se presenta mayor satisfacción relativos a los resultados obtenidos:** Responsabilidad sobre la propia salud, Desarrollo personal / espiritual, Relaciones interpersonales, Gestión del estrés.
- **Ámbito de la salud trabajado en el plan de autocuidados que presenta mayor complejidad a nivel emocional en este momento de la vida:** Responsabilidad sobre la propia salud, Desarrollo personal / espiritual, Relaciones interpersonales, Gestión del estrés.
- **Información obtenida para el autoconocimiento con la realización del plan de autocuidados:** Autoestima, Percepción de autoeficacia, Automotivación, Autocontrol.
- **Materiales o recursos mas utilizados para la planificación y realización del plan de autocuidados:** Asistencia a las clases presenciales de psicología, Ejercicios para pasar a la acción, Metáforas, Ideas clave, Preguntas, Otros.
- **Materiales o recursos más utilizados para la planificación y realización de la dinámica dirigida al cuidado de otras personas:** Asistencia a las clases presenciales de psicología, Ejercicios para pasar a la acción, Metáforas, frases y/o preguntas, Otros.
- **Contenidos del programa de la asignatura de psicología más utilizados para la planificación y ejecución del plan de autocuidados y la dinámica para el cuidado de otras personas:**

Origen e historia de la psicología, Sensación Atención Percepción, Aprendizaje, Memoria, Personalidad, Motivación, Actitud, Emociones, Psicología del desarrollo.

- **Contribución de una dinámica para el cuidado de otras personas para incorporar conocimientos, habilidades y actitudes para el autocuidado:** Si/No
- **Contribución de un plan de autocuidados para incorporar conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado de otras personas:** Si/No.
- **Calificación numérica autoevaluación plan de autocuidados:** de 0 a 10
- **Calificación numérica evaluación dinámica para el cuidado de otras personas:** de 0 a 10

5.5 Fuente de Información e Instrumentos de medida

Para evaluar las variables del estudio se utilizaron diversos instrumentos que se detallan a continuación:

5.5.1 Cuestionarios específicos

Para registrar las variables referidas a datos sociodemográficos, salud, tratamiento farmacológico/no farmacológico, consumo de tabaco / alcohol y para la valoración del propio programa *Dinamiza la salud: cuídate y cuida*, se construyeron dos cuestionarios *ad hoc* que se adjuntan en el Anexo III y IV respectivamente. Este cuestionario se utilizó para los objetivos 1, 4 y 6 de la investigación.

5.5.2 Cuestionario de Salud Mental Positiva CSM+ de Lluch (1999)

Es un instrumento que pretende evaluar la salud mental desde una perspectiva positiva. Éste se adjunta en el anexo V. Fue construido a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva planteado por MT Lluch⁽³⁸⁾ y descrito de manera detallada en el capítulo 1 del marco conceptual. El

CSM+ consta de 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los 6 factores de salud mental positiva que se postulan en el modelo (tabla 7).

Tabla 7 Distribución por factores de los ítems del CSM+ valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global.

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

Fuente: Lluch Canut, M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona, Barcelona.

Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) ofreciendo cuatro alternativas de respuesta (siempre; con bastante frecuencia; algunas veces; nunca). Para su análisis los ítems negativos han de ser invertidos. Se puede obtener una puntuación global del CSM+ y puntuaciones de cada uno de los 6 factores. Los valores máximos y mínimos del CSM+ global y de los diferentes factores se muestran en la tabla 7. En General, los valores bajos se asocian con una baja salud mental positiva en tanto que los valores altos indican una elevada salud mental positiva.

El cuestionario fue validado inicialmente en una muestra de 387 estudiantes de enfermería. Los resultados psicométricos fueron favorables:

- Todos los ítems del cuestionario obtuvieron un índice de discriminación interna superior a 0,25.

- En el análisis factorial exploratorio los seis factores extraídos explicaron el 46,8% de la varianza total del cuestionario. Y, en la matriz factorial resultante, los pesos de cada ítem, respecto del factor extraído, fueron superiores a 0,40 en todos los casos.
- La consistencia interna, analizada mediante el alpha de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos oscilaron entre 0,83 (del factor F1) y 0,58 (del factor F2) ^(38, 67).

Tal y como ha sido expuesto en el apartado de evaluación de la salud mental positiva del marco conceptual de la presente tesis, este cuestionario ha sido validado en otras muestras y está siendo ampliamente utilizado por diversos equipos de investigación, tanto en el contexto nacional como en otros países. Los resultados de los diferentes estudios que hasta el momento han sido publicados apoyan la robustez métrica del cuestionario de SM+ ^(78,79, 202-207).

5.5.3 Escala Health Promotion LifeStyle Profile II para población española

Este instrumento surge del Modelo Promotor de la Salud de Pender ⁽⁹⁵⁾, mide comportamientos promotores de salud, conceptualizados como un patrón multidimensional de acciones y percepciones que sirven para mantener o aumentar la salud, el bienestar y la satisfacción del individuo. Para evaluar las dimensiones del estilo de vida se utilizó la *Health Promotion LifeStyle Profile* (HPLP II), de Walker, S. & Hill-Polerecky, D.M. ⁽¹¹⁰⁾, revisado para población española por Fortis et al ⁽⁹⁹⁾. Puede consultarse en el anexo VI.

La escala HPLP II, revisada para población española, presenta un total de 44 ítems los cuales están distribuidos de forma desigual entre 6 dimensiones que comprenden el estilo de vida promotor de salud que se postula en el MPS (tabla 8). Los ítems son evaluados mediante una escala

de respuesta tipo Likert de 4 puntos, donde 1= a nunca, 2= algunas veces, 3= con bastante frecuencia y 4= siempre. La puntuación mínima de la escala global es de 44 puntos y la máxima de 176. Las puntuaciones pueden derivar de cada una de las subescalas referentes a las dimensiones o de una valoración total que comprende el estilo de vida promotor de la salud. Las puntuaciones se calculan usando la respuesta media obtenida en los 44 indicadores y en cada una de las subescalas. En este sentido, una media de 4 se considera la expresión óptima de un estilo de vida promotor de la salud siendo un valor igual o superior a 2.5 el que se considera como puntuación mínima necesaria para fijar si un individuo sigue un estilo de vida saludable. En cambio, si la medida es inferior a 2.5 y cuanto más se acerque ésta a 1, se considera que el individuo no realiza, o no en suficiente medida, conductas promotoras de salud.

La escala original HPLP II se validó para la población española ⁽⁹⁹⁾ en una muestra de 919 estudiantes universitarios pertenecientes a cuatro campus universitarios situados en cuatro ciudades de la Junta de Castilla-La Mancha. Finalmente la HPLP II para población española quedó configurada por un total de 44 indicadores distribuidos en 6 subescalas. Los resultados psicométricos fueron:

Todos los componentes se correlacionaron significativamente con la puntuación total de los 44 indicadores del HPLPII representando el 40% de la varianza total de la escala. La consistencia interna, analizada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de la escala global fue de 0.87 y por subescalas los valores oscilaron entre 0.82 (de la subescala Actividad Física) y 0.51 (de la subescala gestión del estrés) ⁽⁹⁹⁾.

Tabla 8 Distribución por Dimensiones de los ítems de la escala HPLPII. Valores máximos y mínimos de cada dimensión y de la escala global.

Dimensiones Estilo de Vida Promotor de la Salud	Ítems	Valores mínimos y máximos
D 1: Responsabilidad sobre la propia salud	3, 9, 14, 20, 26, 31, 35, 39, 43	9-36
D2: Actividad física	4, 10, 15, 21, 27, 32, 40	7-28
D3: Nutrición	2, 8, 19, 25, 30, 34, 38	7-28
D4: Desarrollo espiritual	6, 12, 17, 23, 29, 36, 41, 44	8-32
D5: Relaciones interpersonales	1, 7, 13, 18, 24, 37, 42	7-28
D6: Gestión del estrés	5, 11, 16, 22, 28, 33	6-24
Total puntuación escala HPLP II población española	1 al 44	44-176

Fuente: Pérez-Fortis A, Ulloa SM, Padilla JL. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile II

5.6 Procedimiento de la recogida de datos

El trabajo de campo tuvo una duración de 5 meses: se inició en enero 2014 y finalizó en mayo de 2014.

A los sujetos participantes, tras informarles por escrito y oralmente sobre el estudio y solicitarles el consentimiento informado, se les solicitó que respondieran a los diferentes instrumentos que configuraron la investigación: El CSM +, la escala HPLP II para población española y los formularios relacionados con los datos sociodemográficos, de salud, y consumo de tabaco y/o alcohol, así como de valoración interna del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”.

Se realizó pre-intervención una valoración a los estudiantes con los siguientes instrumentos:

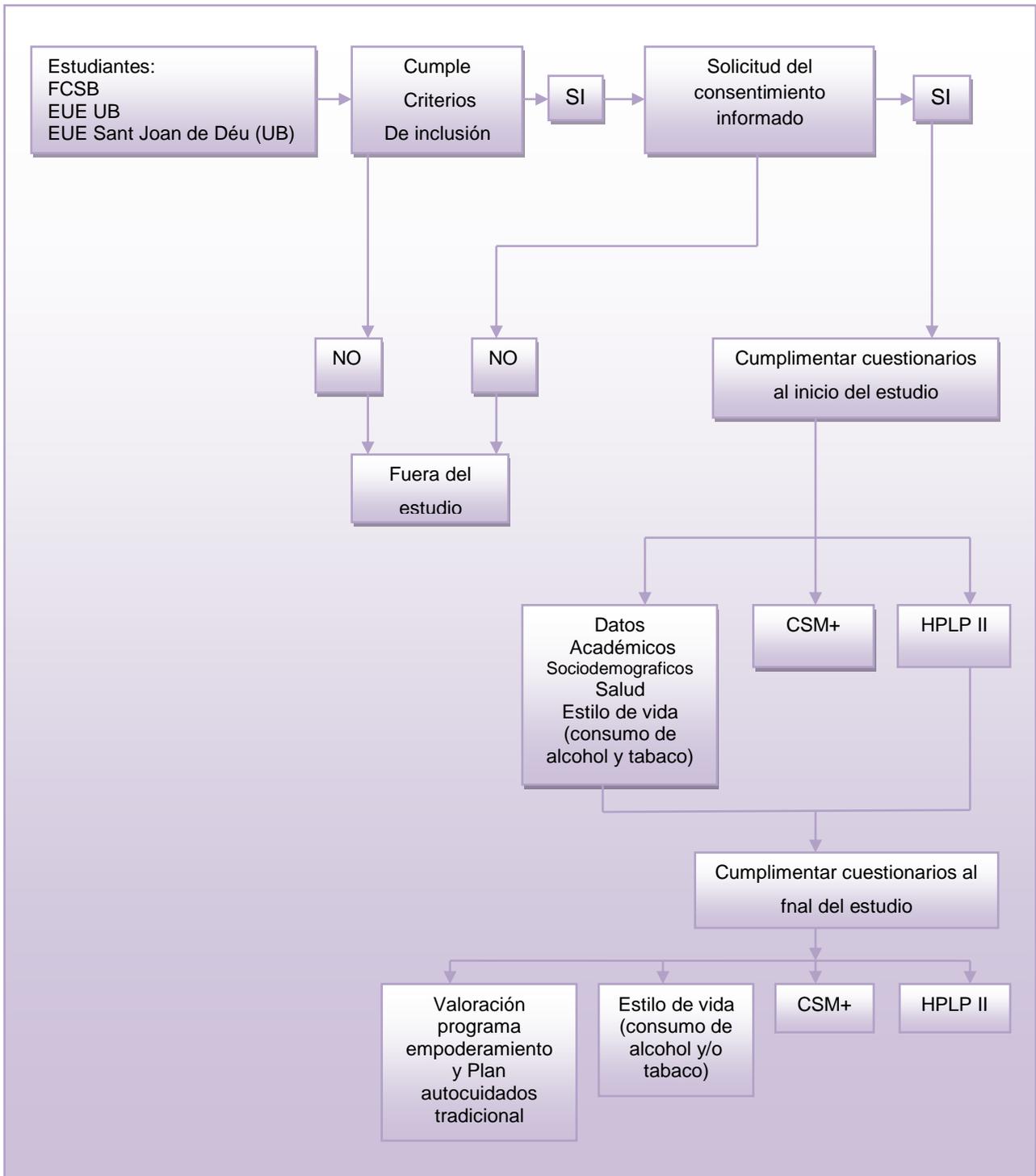
- Datos sociodemográficos, de salud y consumo de tabáco y/o alcohol.
- El CSM+.
- La Escala HPLP II.

Posterior a la realización de la intervención experimental se realizó una segunda valoración con los instrumentos:

- El CSM+.
- La Escala HPLP II.
- Valoración interna referente a las variables del programa empoderamiento para la salud “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”.

El procedimiento para la recogida de datos se muestra en la figura 21.

Figura 21 Procedimiento recogida de datos



Fuente: Elaboración propia

5.7 Análisis estadístico

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para cada una de las variables categóricas se calculó el porcentaje y frecuencia. Para cada variable cuantitativa se calculó la media y Desviación Estándar (DE) o mediana.

Para poder comparar las puntuaciones de los factores de las diferentes escalas, se dividió la puntuación media de cada factor por el número de ítems o indicadores que lo configuraban.

Para el análisis de la fiabilidad de los instrumentos utilizados (Cuestionario de Salud Mental Positiva y Escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para población española) se analizó la consistencia interna de la x e y, mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se acepta un valor igual o superior a 0,7 para considerar que el instrumento tiene una buena consistencia interna.

Para la comparación de las variables categóricas se utilizó la Chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher y para las variables cuantitativas la t de Student Fisher o análisis de la varianza.

Para determinar si la intervención producía una mejoría significativa en el grupo intervención se realizó un análisis multivariante de la covarianza (MANCOVA) con las diferencias posttest-pretest entre el grupo intervención y el grupo control, ajustado por las puntuaciones pretest.

Se realizó también un análisis univariante con cada una de las diferencias posttest-pretest.

Posteriormente se realizó otro MANCOVA ajustado por las puntuaciones de la SM+.

Por último para analizar la influencia en las diferencias posttest-pretest de otras variables independientemente de la intervención, se efectuó un MANOVA ajustado por edad y sexo.

Todos los análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows (SPSS Institute, Chicago, IL, USA). Se consideró que la

diferencia entre variables era significativa cuando el grado de significación (p) ha sido menor o igual a 0,05.

5.8 Aspectos éticos

Previo al inicio de la investigación se redactaron los documentos oficiales necesarios para solicitar las valoraciones y autorizaciones oportunas por parte de las Comisiones Éticas y de Investigación de los diferentes centros participantes; Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona, Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramón Llull y Comisión de Investigación del Campus Docente de San Juan de Dios (Adscrito a la UB) relativos al proyecto. La valoración resultó favorable en los tres casos. Los diferentes documentos pueden consultarse en el anexo VII, anexo VIII y anexo IX respectivamente. Asimismo se procedió a solicitar la autorización del Decano de la FCSB para la realización de la intervención en el centro, resultando también ésta favorable, se adjunta en anexo X.

Igualmente, se preparó la documentación necesaria para proporcionar información escrita y oral a los sujetos participantes y solicitar su consentimiento por escrito para participar en el estudio, estos documentos se adjuntan en el anexo XI y anexo XII respectivamente. Tras firmar el consentimiento informado los estudiantes contestaron a los cuestionarios que forman parte de esta investigación en los momentos predeterminados.

Los datos obtenidos durante el estudio, se han tratado en base a lo estipulado por la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales LOPD 15/1999 de 13 de diciembre, para garantizar la confidencialidad de sus datos y el anonimato. Asimismo, el estudiante podrá retirarse del estudio en cualquier momento si así lo considerase.

VI. Resultados

6. Resultados

Éste apartado se ha estructurado a partir de los objetivos de investigación definidos anteriormente en la tesis.

En primer lugar, se mostraran los resultados relativos a las características sociodemográficas y de salud en ambos grupos (control e intervención) al inicio de la investigación.

A continuación, se presentará el análisis de la fiabilidad del cuestionario de Salud Mental Positiva (SM+) y de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) para población española.

Seguidamente, se presentara la exploración realizada sobre la correlación entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud.

Consecutivamente, se mostrará la exploración efectuada sobre la relación entre las características sociodemográficas, de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio respecto a la diferencia de la Salud Mental Positiva y de las Conductas Promotoras de Salud.

Posteriormente, se presentará el análisis realizado sobre el efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud.

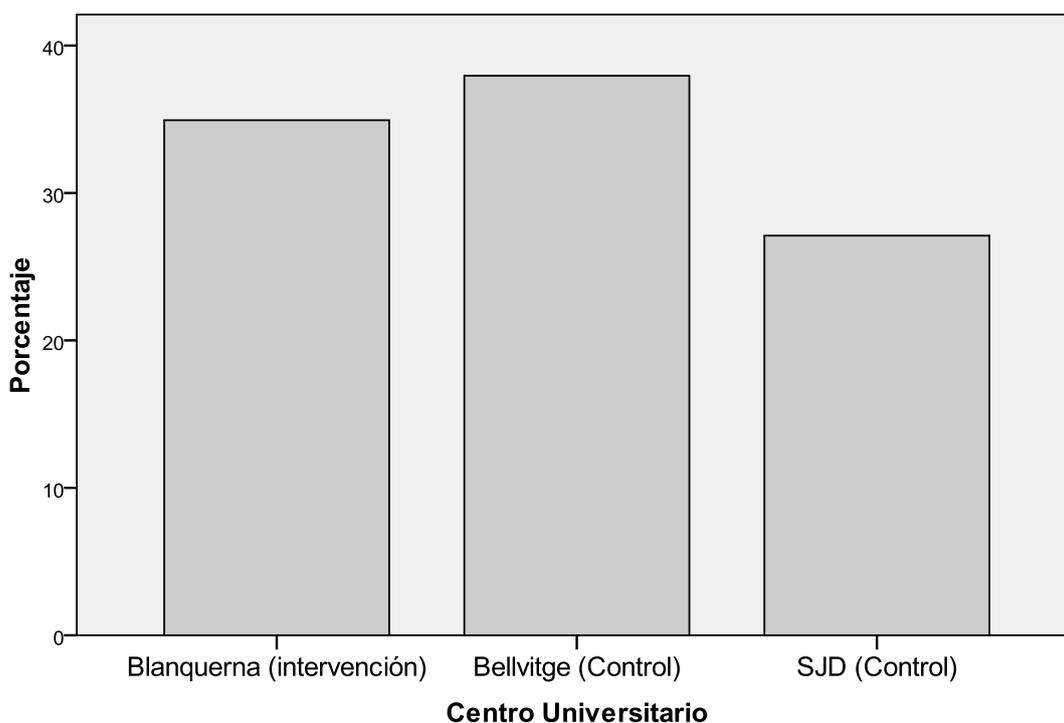
Finalmente se expondrá la descripción de la valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud.

Resultados objetivo 1

Conocer las características sociodemográficas y de salud en ambos grupos (control e intervención) al inicio de la investigación.

De las tres universidades ubicadas en la provincia de Barcelona que participaron en el estudio, finalmente se incluyeron 166 estudiantes de enfermería. De éstos, 58 estudiantes corresponden a Blanquerna, 63 a la Escuela Universitaria de Enfermería de Bellvitge de la Universidad de Barcelona y 45 estudiantes a la escuela de Enfermería de Sant Joan de Déu, adscrita a la Universidad de Barcelona. En la figura 22 se muestra la distribución de los estudiantes según el centro al que pertenecen.

Figura 22: Distribución de los estudiantes según el centro



6.1 Variables sociodemográficas

Las características sociodemográficas de la muestra en general, se presentan en la tabla 9. La comparación de dichas características entre los distintos grupos (intervención y control) que configuran la muestra al inicio del estudio se muestra en la tabla 10.

La edad media de los participantes era de 22.2 años (DE 5.6) y un 86.7% eran de sexo femenino. El 55.4% habían accedido a los estudios universitarios a partir del bachillerato, estando un 74.7% en el grupo académico de mañanas.

El 92.2% de los estudiantes habían nacido en España, la mayoría eran hijos únicos, el 63.9% eran solteros y el 96,4% no tenían hijos. Un 20% de los padres y un 27.1% de las madres de los estudiantes tenían estudios universitarios. Un 34.3% de los estudiantes trabajaban con una media de 20 horas por semana (DE 13.5) y la mayoría consideraban tener un nivel socioeconómico familiar medio.

Al comparar al inicio del estudio las características sociodemográficas de los distintos grupos (intervención y control), solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en dos de ellas. Una fue el nivel de estudios de la madre ($p=0.008$) existiendo un mayor porcentaje de tituladas en Master y Doctorado en el grupo intervención y la otra variable con diferencias significativas fue el nivel socioeconómico familiar ($p=0.004$) siendo superior éste también en el grupo intervención. Todo y no existir diferencias estadísticamente significativas, en el porcentaje de estudiantes que trabajan y estudian, se observa como en el grupo intervención el 41,4% de los estudiantes realizan ambas actividades, frente al 30,6% de los estudiantes del grupo control.

Tabla 9: Características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=166)

	Total	
	n	%
Centro universitario		
Control	108	65.1
Intervención	58	34.9
Edad en años	22,2 (DE 5,6)	
Estudios previos al acceso a la Universidad		
Grado superior	67	40,4
Bachillerato	92	55,4
Otros estudios universitarios	7	4,2
Grupo académico		
Mañanas	124	74.7
Tarde	42	25.3
Género		
Masculino	22	13.3
Femenino	144	86.7
Realiza por 1ª vez la asignatura		
Si	162	97.6
No	4	2.4
País de nacimiento		
España	153	92.2
Resto de Europa	2	1.2
América	11	6.6
Número de hermanos		
0	80	48.2
1	68	41.0
2	13	7.8
Más de 2	5	3
Hijos		
Si	6	3.6
No	160	96.4
Estado civil		
Soltero/a	106	63.9
Casado/a	9	5.4
Pareja estable	49	29.5
Separado/a y/o Divorciado/a	2	1.2
Nivel de estudios del padre		
Sin estudios	8	4,8
Estudios primarios	30	18,1
Estudios secundarios	86	51,8
Estudios universitarios	33	19,9
Máster	4	2,4
Doctorado	5	3,0
Nivel de estudios de la madre		
Sin estudios	9	5,4
Estudios primarios	34	20,5
Estudios secundarios	71	42,8
Estudios universitarios	45	27,1
Máster	6	3,6
Doctorado	1	0,6
Trabajas actualmente		
Si	57	34.3
No	109	85.7
Número de horas / semana	20.0 (DE 13.5)	
Nivel socio-económico familiar		
Alto	2	1,2
Medio-alto	27	16,3
Medio	98	59,0
Medio-bajo	36	21,7
Bajo	3	1,8

Tabla 10: Comparación de las características sociodemográficas de los distintos grupos (Intervención y control) al inicio del estudio (n=166)

	Total		Control		Intervención		valor	p
	n	%	n	%	n	%		
Edad en años	22,2	(DE 5,6)	21,7	(DE 5,0)	23,1	(DE 6,6)	-1.525	.129 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad								
Grado superior	7	40,4	41	38,0	26	44,8	5.542	.051 ²
Bachillerato	92	55,4	65	60,2	27	46,6		
Otros estudios universitarios	7	4,2	2	1,9	5	8,6		
Género								
Masculino	22	13,3	13	59,1	9	15,5	0.398	.632 ³
Femenino	144	86,7	95	88,0	49	84,5		
Número de hermanos	0.67	(DE 0.7)	0.66	(DE 7.9)	0.69	(DE 7.9)	-0.248	.805 ¹
Estado civil								
Soltero/a	106	63,9	69	63,9	37	63,8	0.590	.999 ²
Casado/a	9	5,4	6	5,6	3	5,2		
Pareja estable	49	29,5	32	29,6	17	29,3		
Separado/a - Divorciado/a	2	1,2	1	0,9	1	1,7		
Nivel de estudios del padre								
Sin estudios	8	4,8	6	5,6	2	3,4	7.689	.152 ²
Estudios primarios	30	18,1	24	22,2	6	10,3		
Estudios secundarios	86	51,8	56	51,9	30	51,7		
Estudios universitarios	33	19,9	18	16,7	15	25,9		
Master	4	2,4	1	0,9	3	5,2		
Doctorado	5	3,0	3	2,8	2	3,4		
Nivel de estudios de la madre								
Sin estudios	9	5,4	5	4,6	4	6,9	14.138	.008 ²
Estudios primarios	34	20,5	22	20,4	12	20,7		
Estudios secundarios	71	42,8	51	47,2	20	34,5		
Estudios universitarios	45	27,1	30	27,8	15	25,9		
Master	6	3,6	0	0,0	6	10,3		
Doctorado	1	0,6	0	0,0	1	1,7		
Trabaja actualmente								
Si	57	34,3	33	30,6	24	41,4	1.961	.174 ³
No	109	85,7	75	69,4	34	58,6		
Número de horas / semana	20.0	(DE 13.5)	18.2	(DE 14.0)	22.4	(DE 12.7)	-1.154	.253 ¹
Nivel socio-económico familiar								
Alto	2	1,2	0	0,0	2	3,4	13.257	.004 ²
Medio-alto	27	16,3	16	14,8	11	19,0		
Medio	98	59,0	60	55,6	38	65,5		
Medio-bajo	36	21,7	31	28,7	5	8,6		
Bajo	3	1,8	1	0,9	2	3,4		

1: t de student Fisher; 2: t exacto de Fisher; 3 Chi cuadrado de Pearson

6.2 Variables de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol)

Las variables de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio se presentan en la tabla 11. La comparación de dichas variables entre los distintos grupos (intervención y control) al inicio del estudio se presenta en la tabla 12.

En relación a las características de salud, del total de la muestra, el 88.0% declararon no padecer ninguna enfermedad y el 83.7% no realizaba ningún tratamiento médico y un 4.2% asistía a algún curso orientado a mejorar su salud. En referencia a hábitos tóxicos relativos al consumo de tabaco y alcohol, el 27.7 % afirmó que era fumador y un 36.7% beber alcohol de forma regular, siendo las bebidas alcohólicas más consumidas entre los estudiantes la cerveza y los combinados con bebidas de alta graduación (Ginebra y Whisky).

Al comparar a los distintos grupos (intervención y control) de la muestra al inicio del estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas referentes a las variables de salud.

En relación a los hábitos tóxicos estudiados, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de fumadores siendo superior éste en el grupo de intervención ($p=0.045$).

Tabla 11: Características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio (n=166)

	Total	
	n	%
Padece alguna enfermedad		
Si	20	12.0
No	146	88.0
Estas realizando algún tratamiento médico		
Si	27	16.3
No	139	83.7
Estas tomando algún medicamento		
Si	33	19.9
No	133	80.1
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica		
Si	8	4.8
No	158	95.2
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud		
Si	7	4.2
No	159	95.8
Fumas		
Si	46	27.7
No	120	72.3
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)		
Menos de 10	30	65.2
Entre 10 y 20	16	34.8
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana		
Si	61	36.7
No	105	63.7
En caso afirmativo, indica el número de copas a la semana		
Cerveza	3.5 (DE 4.0)	
Cava	1.6 (DE 0.5)	
Vino	2.0 (DE 1.1)	
Alcohol de más graduación solo	1.9 (DE 1.4)	
Alcohol de más graduación combinado	2.6 (DE 1.4)	

Tabla 12: Comparación de las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de los distintos grupos (intervención y control) al inicio del estudio (n=166)

	Total		Control		Intervención		valor	p
	n	%	n	%	n	%		
Padece alguna enfermedad								
Si	20	12.0	14	13.0	6	10.3	.244	.803¹
No	146	88.0	94	87.0	52	89.7		
Estas realizando algún tratamiento médico								
Si	27	16.3	16	14.8	11	19.0	.477	.513¹
No	139	83.7	92	85.2	47	81.0		
Estas tomando algún medicamento								
Si	33	19.9	21	19.4	12	20.7	.037	.999¹
No	133	80.1	87	80.6	46	79.3		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica								
Si	8	4.8	5	4.6	3	5.2	.024	.999²
No	158	95.2	103	95.4	55	94.8		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud								
Si	7	4.2	5	4.6	2	3.4	.130	.999²
No	159	95.8	103	95.4	56	96.6		
Fumas								
Si	46	27.7	24	22.2	22	37.9	4.648	.045¹
No	120	72.3	84	77.8	36	62.1		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)								
Menos de 10	30	65.2	17	70.8	13	59.1	.698	.538¹
Entre 10 y 20	16	34.8	7	29.2	9	40.9		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana								
Si	61	36.7	38	35.2	23	39.7	.324	.614¹
No	105	63.7	70	64.8	35	60.3		

1: Chi cuadrado de Pearson; 2: t exacto de Fisher

6.3 Variables referentes a la Salud Mental Positiva al inicio del estudio

Al analizar los diferentes factores del cuestionario de salud mental positiva se halló que los relativos a la actitud prosocial y la satisfacción personal fueron en los que se obtuvieron mejores resultados, siendo las puntuaciones medias respectivas a cada factor de 16,7 (DE 2) y de 25.9 (DE 3.7). Por su parte, en los factores en los que se identificaron peores resultados fueron en el de autonomía 14,7 (DE 2.5) y especialmente en el de autocontrol con una puntuación media de 13.1 (DE 2.3) En el resto de factores se obtuvieron puntuaciones similares. Los resultados se presentan en la Tabla 13.

Al comparar los diferentes grupos (intervención y control) al inicio del estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total del cuestionario de Salud Mental Positiva entre ambos. Sin embargo, si aparecieron diferencias en el Factor 5 de la escala de la SMP relativo a la Resolución de problemas / Autoactualización ($p=0.007$) siendo las puntuaciones obtenidas en el grupo intervención superiores respecto al grupo control. Para poder comparar las puntuaciones entre factores, se dividió la puntuación media de cada factor por el número de ítems del factor. Los resultados se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13: Comparación de la Salud Mental Positiva de los distintos grupos (Intervención y control) al inicio del estudio (n=166)

Factores	Total		Control		Intervención		P*
	n	%	n	%	n	%	
F1: Satisfacción personal 8 ítems	25.9 (DE 3.7) 3.2		25.7 (DE 3.4) 3.2		26.4 (DE 4.2) 3.3		.226
F2: Actitud prosocial 5 ítems	16.7 (DE 2.0) 3.3		16.6 (DE 1.9) 3.3		16.8 (DE 2.1) 3.3		.664
F3: Autocontrol 5 ítems	13.1 (DE 2.3) 2.6		13.0 (DE 2.4) 2.6		13.3 (DE 2.0) 2.6		.355
F4: Autonomía 5 ítems	14.7 (DE 2.5) 2.9		14.6 (DE 2.4) 2.9		14.9 (DE 2.6) 2.9		.466
F5: Resolución de problemas / Autoactualización 9 ítems	28.0 (DE 3.8) 3.1		27.4 (DE 3.8) 3.0		29.1 (DE 3.7) 3.2		.007
F6: Habilidades de relación interpersonal 7 ítems	22.0 (DE 3.1) 3.1		21.8 (DE 3.1) 3.1		22.4 (DE 3.2) 3.2		.201
Total Salud Mental Positiva 39 ítems	120.6 (DE 12.7) 3.0		119.2 (DE 12.2) 3.0		123.1 (DE 13.4) 3.1		.061

*t de student Fisher; p nivel de significacion

6.4 Variables relativas a las Conductas Promotoras de Salud al inicio del estudio

Al analizar las diferentes dimensiones de las Conductas Promotoras de la Salud se halló que las relativas a relaciones interpersonales y desarrollo espiritual fueron en las que se obtuvieron mejores resultados, siendo las puntuaciones medias respectivas a cada dimensión de 21,5/3.07 (DE 2,7) y de 23.9/2.98 (DE 3.5). Por otro lado, en las dimensiones en las que se identificaron peores resultados fueron en las correspondientes a la actividad física (15.7/2.24 DE 5), la responsabilidad sobre la propia salud (21.5/2.38 DE 3.7), la nutrición (17.2/2.45 DE 3.7) y en la gestión del estrés (14.6/2.43

DE 2.6). Para analizar con mayor detalle las diferentes dimensiones de las conductas promotoras de la salud, se dividió la media obtenida en cada una de ellas por el número de ítems que la configuran. En este sentido las dimensiones D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física), D3 (Nutrición) y D6 (Gestión del estrés) presentan una media inferior a 2.5 lo que indica que el estudiante o no realiza, o no en suficiente medida, conductas promotoras de salud relativas a éstas dimensiones. Los resultados se muestran en la Tabla 14.

Al comparar al inicio del estudio los diferentes grupos (intervención y control) se encontraron diferencias en el total de la escala HPLP II ($p=0.037$), siendo superior la media en el grupo intervención. También la puntuación media fue superior en este grupo en la D1 relativa a la responsabilidad sobre la propia salud ($p=0.004$). Los resultados se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14: Comparación de las Conductas Promotoras de Salud de los distintos grupos al inicio del estudio (n=166)

Dimensiones	Total		Control		Intervención		P*
	n	%	n	%	n	%	
D1: Responsabilidad sobre la propia salud 9 ítems	21.5 (DE 3,7)		20.8 (DE 3,6)		22.6 (DE 3,8)		.004
	2.3		2.3		2.5		
D2: Actividad Física 7 ítems	15.7 (DE 5,0)		15,4 (DE 5,3)		16,4 (DE 4,4)		.221
	2.2		2.2		2.3		
D3: Nutrición 7 ítems	17.2 (DE 3,7)		17.2 (DE 3,7)		17,2 (DE 3,8)		.968
	2.4		2.4		2.4		
D4: Desarrollo espiritual 8 ítems	23.9 (DE 3,5)		23,6 (DE 3,6)		24,5 (DE 3,2)		.156
	2.9		2.9		3.0		
D5: Relaciones interpersonales 7 ítems	21.5 (DE 2,7)		21,2 (DE 2,7)		22.0 (DE 2,8)		.104
	3.0		3.0		3.1		
D6: Gestión del estrés 6 ítems	14.6 (DE 2,6)		14,5 (DE 2,7)		14,7 (DE 2,6)		.705
	2.4		2.4		2.4		
Total Pender 44 ítems	114.7 (DE 13,3)		113.1 (DE 13,2)		117.6 (DE 13,2)		.037
	2.6		2.5		2.6		

*t de student Fisher; p: nivel de significación

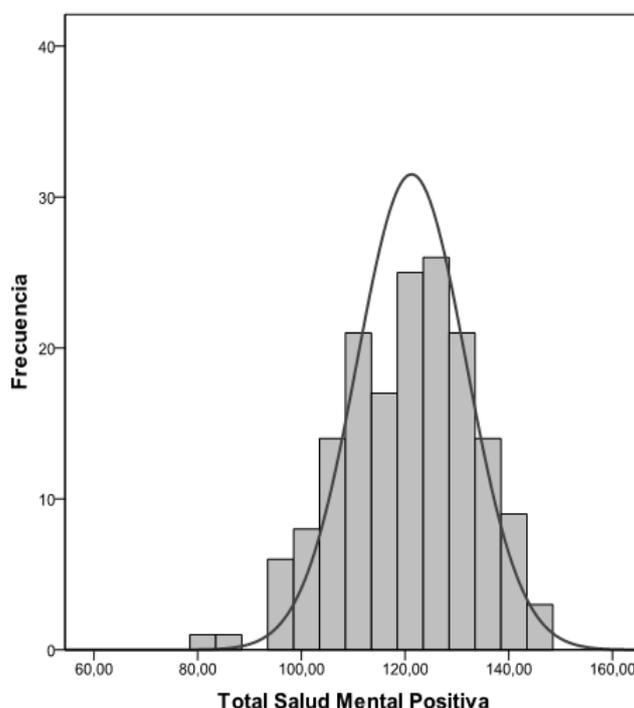
Resultados objetivo 2

Analizar la fiabilidad del cuestionario de Salud Mental Positiva y la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II (HPLP II)* para población española.

6.5 Cuestionario Salud Mental Positiva

La puntuación total media obtenida por los estudiantes en el cuestionario de salud mental positiva al inicio del estudio fue de 120.6 puntos (DE 12.7) sobre un máximo de 156 posibles, siendo la mediana de 121.5, con un valor mínimo de 81 y un valor máximo de 145 puntos. La distribución fue leptocúrtica tal y como se puede observar en la figura 23.

Figura 23: Histograma de frecuencias de la puntuación total del cuestionario de Salud Mental Positiva



Los valores de tendencia central, variabilidad, y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de los 39 ítems del cuestionario de salud mental positiva se muestran en la tabla 15.

Con respecto al efecto techo y suelo lo más destacable es que ningún ítem presentó un efecto suelo y en relación al efecto techo el número de ítems con un porcentaje superior al 20% fueron la mayoría de los ítems a excepción de 13 ítems (1, 2, 5, 6, 10, 13, 19, 21, 22, 26, 28, 29 y 34).

Tabla 15: Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario de Salud Mental Positiva
Media, Desviación estándar, Porcentaje techo y porcentaje suelo

Contenido de los ítems resumidos		Media	DE	% Suelo	% Techo
F1: Satisfacción personal					
P4	Me gusto como soy	2.92	.758	1.2	23.5
P6	Me siento a punto de explotar	3.03	.617	1.8	18.7
P7	Para mí, la vida es aburrida y monótona	3.36	.661	0.6	45.2
P12	Veo mi futuro con pesimismo	3.34	.735	2.4	47.9
P14	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	3.42	.765	2.4	56.6
P31	Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	3.64	.605	1.2	69.3
P38	Me siento insatisfecho/a conmigo mismo/a	3.14	.826	4.8	37.3
P39	Me siento insatisfecho/a de mi aspecto físico	3.12	.785	3.6	33.7
F2: Actitud Prosocial					
P1	Me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	3.01	.670	1.8	21.1
P3	A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	3.54	.710	1.8	65.1
P23	Pienso que soy una persona digna de confianza	3.57	.586	0.0	62.0
P25	Pienso en las necesidades de los demás	3.01	.718	1.2	24.7
P37	Me gusta ayudar a los demás	3.58	.584	0.6	62.7
F3: Autocontrol					
P2	Los problemas me bloquean fácilmente	2.72	.719	5.4	10.2
P5	Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	2.53	.658	1.8	7.2
P21	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	2.58	.748	2.4	13.3
P22	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	2.73	.708	0.6	14.5
P26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	2.60	.729	3.0	11.4
F4: Autonomía					
P10	Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí	2.75	.774	7.8	12.7
P13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	2.90	.681	3.0	15.7
P19	Me preocupa que la gente me critique	2.80	.818	8.4	16.9
P33	Me resulta difícil tener opiniones personales	3.43	.766	3.0	57.2
P34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy inseguro/a	2.83	.746	6.0	14.5
F5: Resolución de problemas y actualización					
P15	Soy capaz de tomar decisiones por mí mismo/a	3.31	.719	1.8	44.0
P16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me	2.96	.789	0.6	28.3
P17	Intento mejorar como persona	3.47	.658	1.2	54.8
P27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	3.19	.638	0.0	31.3
P28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información	2.90	.672	0.6	17.5
P29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan	2.78	.673	0.6	13.3
P32	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	3.21	.677	1.2	34.3
P35	Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	2.91	.893	6.6	28.9
P36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones	3.28	.721	2.4	41.6
F6: Habilidades de relación interpersonal					
P8	A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	3.42	.741	2.4	54.8
P9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	3.25	.799	2.4	45.2
P11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	3.06	.719	1.2	27.7
P18	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	2.86	.749	1.2	20.5
P20	Creo que soy una persona sociable	3.05	.837	3.0	34.3
P24	A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	3.35	.712	1.2	47.6
P30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	3.07	.868	6.0	34.9

Análisis de la fiabilidad del cuestionario de Salud Mental Positiva

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.896 y se obtuvieron valores próximos o superiores a 0.70 en cuatro de los seis factores que configuran el cuestionario. Estos factores corresponden al factor F1 (Satisfacción personal), en el F4 (Autonomía), en el factor F5 (Resolución de problemas y actualización) y en el F6 (Habilidades de relación interpersonal). En el factor F2 (Actitud prosocial) y F3 (Autocontrol) el alfa de Cronbach fue de 0.593 y 0.659 respectivamente. También se calculó el alfa Cronbach excluyendo cada ítem de la escala y no se observó que la exclusión mejorase la consistencia interna de la escala total (tabla 16).

Se analizó también el índice de homogeneidad de todos los ítems del cuestionario de Salud Mental Positiva tanto para el total de la misma como para cada dimensión. Se obtuvieron valores para el total de la escala superiores a 0,20 en todos los ítems, excepto en 1 ítem (21). Con respecto al índice de homogeneidad de los ítems de cada dimensión se obtuvieron también valores superiores a 0,20 en todos a excepción de 1 ítem (2) (tabla 17).

Tabla 16:
Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario de Salud Mental Positiva

Contenido de los ítems resumidos	Alfa de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
F1:Satisfacción personal	.807		
P4 Me gusto como soy		.791	.892
P6 Me siento a punto de explotar		.791	.893
P7 Para mi, la vida es aburrida y monótona		.792	.893
P12 Veo mi futuro con pesimismo		.774	.890
P14 Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean		.770	.891
P31 Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada		.781	.893
P38 Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o		.794	.895
P39 Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico		.788	.895
F2: Actitud Prosocial	.593		
P1 Me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías		.537	.895
P3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas		.545	.894
P23 Pienso que soy una persona digna de confianza		.541	.896
P25 Pienso en las necesidades de los demás		.551	.896
P37 Me gusta ayudar a los demás		.519	.894
F3: Autocontrol	.659		
P2 Los problemas me bloquean fácilmente		.722	.893
P5 Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas		.583	.896
P21 Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos		.544	.897
P22 Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida		.568	.896
P26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal		.590	.894
F4:Autonomía	.695		
P10 Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi		.607	.896
P13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones		.608	.894
P19 Me preocupa que la gente me critique		.612	.895
P33 Me resulta difícil tener opiniones personales		.717	.894
P34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o		.668	.893
F5: Resolución de problemas y actualización	.773		
P15 Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o		.745	.892
P16 Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me		.739	.892
P17 Intento mejorar como persona		.732	.892
P27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme		.737	.893
P28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información		.778	.897
P29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan		.762	.895
P32 Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes		.738	.892
P35 Soy capaz de decir no cuando quiero decir no		.787	.896
P36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones		.744	.893
F6: Habilidades de relación interpersonal	.673		
P8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional		.621	.893
P9 Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas		.620	.893
P11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas		.654	.895
P18 Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"		.659	.895
P20 Creo que soy una persona sociable		.637	.894
P24 A mi me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás		.639	.893
P30 Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes		.635	.895
Total del cuestionario de Salud Mental Positiva	.896		

Tabla 17:
Correlación ítem total del cuestionario de Salud Mental Positiva

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida	Correlación ítem-total subescala corregida
F1:Satisfacción personal			
P4	Me gusto como soy	.507	.484
P6	Me siento a punto de explotar	.469	.481
P7	Para mi, la vida es aburrida y monótona	.466	.470
P12	Veo mi futuro con pesimismo	.634	.594
P14	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	.569	.614
P31	Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	.507	.559
P38	Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	.320	.476
P39	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	.361	.506
F2: Actitud Prosocial			
P1	Me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	.313	.352
P3	A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	.390	.339
P23	Pienso que soy una persona digna de confianza	.277	.345
P25	Pienso en las necesidades de los demás	.282	.330
P37	Me gusta ayudar a los demás	.381	.393
F3: Autocontrol			
P2	Los problemas me bloquean fácilmente	.447	.146
P5	Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	.244	.470
P21	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	.191	.537
P22	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	.297	.493
P26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	.431	.448
F4:Autonomía			
P10	Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi	.254	.534
P13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	.417	.550
P19	Me preocupa que la gente me critique	.345	.522
P33	Me resulta difícil tener opiniones personales	.397	.272
P34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o	.476	.395
F5: Resolución de problemas y actualización			
P15	Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o	.511	.504
P16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me	.542	.537
P17	Intento mejorar como persona	.563	.600
P27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	.483	.570
P28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información	.218	.260
P29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan	.364	.381
P32	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	.541	.557
P35	Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	.291	.271
P36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones	.494	.505
F6: Habilidades de relación interpersonal			
P8	A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	.457	.444
P9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	.489	.444
P11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	.347	.322
P18	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	.324	.303
P20	Creo que soy una persona sociable	.400	.388
P24	A mi me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	.473	.380
P30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	.380	.394

El análisis de las correlaciones entre las subescalas y la escala total se presentan en la Tabla 18. Todas las correlaciones son significativas entre las subescalas y la escala total. El factor (F1) (Satisfacción personal) y el factor 5 (F5) (Resolución de problemas y actualización) correlacionaron más fuertemente con la escala total ($r=0.791$ y $r=0.812$ respectivamente), mientras que el factor 3 (F3) (Autocontrol) correlaciona más débilmente con la escala total ($r=0.571$). La correlación más fuerte entre las subescalas fue mostrada entre el factor 5 y factor 6 ($r=0.544$), mientras que la correlación más débil fue entre el factor 3 y factor 4 ($r=0.204$).

Tabla 18: Correlaciones Salud Mental Positiva Subescalas y Total escala

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Factor 1 (F1) Satisfacción personal	1					
Factor 2 (F2) Actitud prosocial	.354*	1				
Factor 3 (F3) Autocontrol	.295*	.244*	1			
Factor 4 (F4) Autonomía	.500*	.247*	.204*	1		
Factor 5 (F5) Resolución de problemas y actualización	.475*	.437*	.520*	.355*	1	
Factor 6 (F6) Habilidades de relación interpersonal	.579*	.468*	.266*	.419*	.544*	1
TOTAL	.791*	.604*	.571*	.634*	.812*	.789*

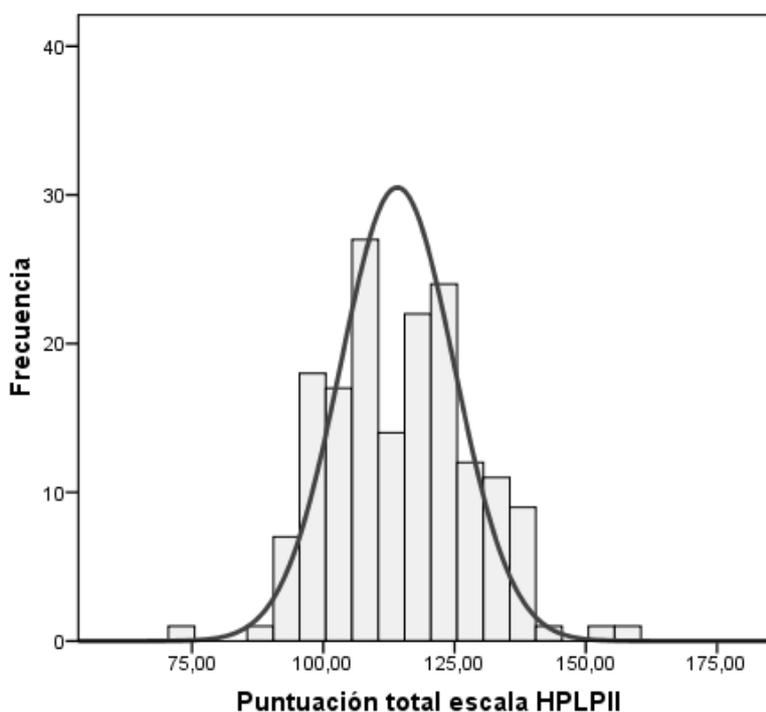
Todas las correlaciones son significativas.
Nivel de significación $p < 0,01$

6.6 Escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLPII) para población española.

La puntuación total media de la escala HPLPII al inicio del estudio fue de 114.7 (DE 13.3) siendo la mediana de 114.5, con un valor mínimo de 73 y un valor máximo de 153 puntos.

La distribución fue leptocúrtica tal y como se puede observar en la figura 24.

Figura 24: Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala HPLPII



Los valores de tendencia central, variabilidad, y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de los 44 ítems de la escala HPLP II se muestran en la tabla 19.

Lo más destacable es el efecto techo y suelo de determinados ítems de la escala. Se observó un efecto suelo en 10 ítems (4, 10, 15, 27, 28, 29, 35, 36, 38, 40 y 41) y un efecto techo en 23 ítems (1, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 21, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 42, 43, 44).

Tabla 19:
Estadísticos descriptivos de los ítems la escala HPLPII

Contenido de los ítems resumidos		Media	DE	% Suelo	% Techo
D1: Responsabilidad sobre la propia salud					
P3	Informo ... ante cualquier señal inusual o síntoma extraño.	2,55	,842	6.0	16.9
P9	Leo libros o veo programas TV que traten sobre el ...	2,10	,684	17.5	1.2
P14	Hago preguntas ... para poder entender bien su ...	2,66	,844	6.6	17.5
P20	Busco una segunda opinión.	2,77	,799	3.6	19.3
P26	Discuto mis dudas y preguntas de salud con ...	2,41	,794	10.8	8.4
P31	Examino mi cuerpo al menos una vez al mes, ...	2,53	,970	13.3	21.1
P35	Pido información de los profesionales de la salud sobre ...	2,10	,840	24.1	6.6
P39	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de ...	1,17	,426	84.3	0.0
P43	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	3,22	,758	0.6	41.6
D2: Actividad física					
P4	Sigo un programa de ejercicios planificados.	2,01	,997	37.3	11.4
P10	Hago ejercicios vigorosos por 20' o más al menos ...	2,25	1,099	30.1	20.5
P15	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas ...	1,98	1,000	39.8	10.8
P21	Tomo parte en actividades físicas de recreación: nadar ...	2,60	1,021	16.3	23.5
P27	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 ...	2,24	1,150	34.9	21.7
P32	Hago ejercicio en actividades físicas usuales diariamente ...	2,99	,969	7.2	39.2
P40	Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	1,70	,904	54.8	5.4
D3: Nutrición					
P2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en ...	2,31	,899	19.9	9.6
P8	Limito el uso de azúcares y dulces.	2,22	,839	19.3	7.2
P19	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	2,51	,977	12.7	22.3
P25	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	2,35	,914	15.7	14.5
P30	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	3,07	,915	6.0	39.2
P34	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, ...	2,63	,930	10.8	20.5
P38	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido...	2,20	1,057	32.5	15.1
D4: Desarrollo espiritual					
P6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma ...	2,93	,791	2.4	25.3
P12	Creo que mi vida tiene propósito.	3,44	,691	0.6	54.8
P17	Miro adelante hacia el futuro.	3,36	,671	10.8	47.0
P23	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	2,87	,743	1.8	19.9
P29	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	3,02	,738	25.9	28.3
P36	Soy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	3,43	,646	0.0	51.8
P41	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	1,98	,981	38.6	10.2
P44	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	2,93	,756	0.6	24.7
D5: Relaciones interpersonales					
P1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas ...	2,99	,759	0.0	28.3
P7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	2,98	,759	1.8	25.9
P13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	3,28	,677	0.6	40.4
P18	Paso tiempo con amigos íntimos.	3,14	,721	0.0	33.7
P24	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y ...	2,95	,936	8.4	32.5
P37	Busco apoyo de un grupo de personas que se ...	3,10	,878	5.4	38.6
P42	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y ...	3,09	,703	1.8	27.7
D6: Gestión del estrés					
P5	Duermo lo suficiente.	2,54	,735	4.8	9.6
P11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	2,67	,924	8.4	22.9
P16	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	2,64	,722	1.2	13.3
P22	Me concentro en pensamientos agradables a la hora ...	2,68	,853	5.4	19.9
P28	Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	1,53	,736	59.0	2.4
P33	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y ...	2,57	,758	4.2	12.0
HPLPII: Health Promoting Lifestyle Profile II					

Análisis de la fiabilidad de la escala HPLP II

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.843 y se obtuvieron valores próximos o superiores a 0.70 en cuatro de las seis dimensiones que configuran la escala. Estas dimensiones corresponden a la dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), en la D2 (Actividad física), en la D3 (Nutrición) y en la D4 (Desarrollo espiritual). En la dimensión D5 (Relaciones interpersonales) y D6 (Gestión del estrés) el alfa de Cronbach fue de 0.527 y 0.581 respectivamente. También se calculó el alfa Cronbach excluyendo cada ítem de la escala y no se observó que la exclusión mejorase la consistencia interna de la escala total (tabla 20).

Se analizó también el índice de homogeneidad de todos los ítems de la escala HPLPII tanto para el total de la misma como para cada dimensión. Se obtuvieron valores para el total de la escala superiores a 0,20 en todos los ítems, excepto en 5 ítems (1, 7, 34, 37 y 40). Con respecto al índice de homogeneidad de los ítems de cada dimensión se obtuvieron también valores superiores a 0,20 en todos a excepción de 6 ítems (5, 7, 20, 30, 34 y 39) (tabla 21).

Tabla 20:
Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala HPLPII

Contenido de los ítems resumidos	Alfa de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
D1: Responsabilidad sobre la propia salud	.691		
P3 Informo ... ante cualquier señal inusual o síntoma extraño.	.656	.839	
P9 Leo libros o veo programas TV que traten sobre el cuidado de la salud.	.673	.840	
P14 Hago preguntas ... para poder entender bien su información ...	.637	.839	
P20 Busco una segunda opinión.	.699	.842	
P26 Discuto mis dudas y preguntas de salud con profesionales de la salud.	.601	.836	
P31 Examinó mi cuerpo al menos una vez al mes, ...	.700	.841	
P35 Pido información de los profesionales de la salud sobre ...	.624	.839	
P39 Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	.694	.842	
P43 Busco orientación o consejo cuando es necesario.	.685	.839	
D2: Actividad física	.830		
P4 Sigo un programa de ejercicios planificados.	.788	.837	
P10 Hago ejercicios vigorosos por 20' o más al menos 3 veces a la semana	.779	.839	
P15 Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas de ...	.810	.838	
P21 Tomo parte en actividades físicas de recreación: nadar ...	.789	.835	
P27 Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces ...	.777	.834	
P32 Hago ejercicio en actividades físicas usuales diariamente	.833	.839	
P40 Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	.853	.843	
D3: Nutrición	.668		
P2 Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	.594	.840	
P8 Limito el uso de azúcares y dulces.	.612	.842	
P19 Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	.604	.838	
P25 Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	.561	.839	
P30 Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	.692	.840	
P34 Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, ...	.703	.844	
P38 Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido...	.636	.838	
D4: Desarrollo espiritual	.719		
P6 Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	.687	.839	
P12 Creo que mi vida tiene propósito.	.684	.839	
P17 Miro adelante hacia el futuro.	.668	.839	
P23 Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	.676	.839	
P29 Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	.696	.841	
P36 Soy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	.694	.840	
P41 Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	.728	.840	
P44 Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	.697	.838	
D5: Relaciones interpersonales	.527		
P1 Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	.502	.844	
P7 Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	.515	.843	
P13 Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	.446	.839	
P18 Paso tiempo con amigos íntimos.	.494	.841	
P24 Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	.491	.841	
P37 Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	.463	.843	
P42 Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	.502	.842	
D6: Gestión del estrés	.581		
P5 Duermo lo suficiente.	.591	.841	
P11 Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	.524	.839	
P16 Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	.556	.840	
P22 Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	.460	.838	
P28 Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	.549	.839	
P33 Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	.517	.838	
Total de la escala HPLPII	.843		

HPLPII: Health Promoting Lifestyle Profile II

Tabla 21:
Correlación ítem total de la escala HPLPII

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem- total escala corregida	Correlación ítem- total subescala corregida
D1: Responsabilidad sobre la propia salud			
P3	Informo ... ante cualquier señal inusual o síntoma extraño.	.313	.412
P9	Leo libros o veo programas TV que traten sobre el cuidado de la salud.	.272	.325
P14	Hago preguntas ... para poder entender bien su información ...	.331	.494
P20	Busco una segunda opinión.	.215	.194
P26	Discuto mis dudas y preguntas de salud con profesionales de la salud.	.467	.665
P31	Examino mi cuerpo al menos una vez al mes, ...	.268	.234
P35	Pido información de los profesionales de la salud sobre ...	.335	.550
P39	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	.201	.178
P43	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	.317	.264
D2: Actividad física			
P4	Sigo un programa de ejercicios planificados.	.415	.688
P10	Hago ejercicios vigorosos por 20' o más al menos 3 veces a la semana	.335	.732
P15	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas de ...	.370	.556
P21	Tomo parte en actividades físicas de recreación: nadar ...	.480	.684
P27	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces ...	.479	.737
P32	Hago ejercicio en actividades físicas usuales diariamente	.318	.399
P40	Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	.166	.236
D3: Nutrición			
P2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	.301	.512
P8	Limito el uso de azúcares y dulces.	.218	.460
P19	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	.359	.470
P25	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	.312	.617
P30	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	.280	.157
P34	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, ...	.140	.114
P38	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido...	.365	.371
D4: Desarrollo espiritual			
P6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	.319	.428
P12	Creo que mi vida tiene propósito.	.367	.451
P17	Miro adelante hacia el futuro.	.373	.538
P23	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	.352	.485
P29	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	.225	.384
P36	Soy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	.312	.401
P41	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	.281	.290
P44	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	.390	.381
D5: Relaciones interpersonales			
P1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	.081	.223
P7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	.156	.190
P13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	.371	.378
P18	Paso tiempo con amigos íntimos.	.245	.246
P24	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	.235	.260
P37	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	.151	.314
P42	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	.203	.224
D6: Gestión del estrés			
P5	Duermo lo suficiente.	.251	.176
P11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	.339	.346
P16	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	.292	.269
P22	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	.386	.472
P28	Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	.344	.285
P33	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	.389	.363
Total de la escala HPLPII			
HPLPII: Health Promoting Lifestyle Profile II			

El análisis de las correlaciones entre las subescalas y la escala total se presentan en la Tabla 22. Las correlaciones más fuertes se mostraron entre la mayoría de las subescalas y la escala total. La Dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) y Dimensión 6 (Gestión del estrés) correlacionaron más fuertemente con la escala total ($r=0,661$ y $r=0,679$ respectivamente), mientras que la Dimensión D5 (Relaciones interpersonales) correlaciona más débilmente con la escala total ($r=0.504$). La correlación más fuerte entre las subescalas fue mostrada entre la Dimensión D4 y Dimensión D5 ($r=0.441$), mientras que la correlación más débil fue entre Dimensión D2 y Dimensión D5 ($r=0.029$). No hubo correlación significativa entre la subescala de la Dimensión D2 con las subescalas de las Dimensiones D4 y D5, y entre la subescala de la Dimensión D3 con la subescala de la Dimensión D5. El resto de correlaciones fueron estadísticamente significativas (Tabla 22).

Tabla 22: Correlaciones Escala HPLPII Subescalas y Total escala

Dimensiones	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Dimensión 1 (D1) Responsabilidad sobre la propia salud	1					
Dimensión 2 (D2) Actividad Física	0.180*	1				
Dimensión 3 (D3) Nutrición	0.310*	0.323*	1			
Dimensión 4 (D4) Desarrollo espiritual	0.371*	0.133	0.153*	1		
Dimensión 5 (D5) Relaciones interpersonales	0.206*	0.029	0.123	0.441*	1	
Dimensión 6 (D6) Gestión del estrés	0.404*	0.290*	0.213*	0.438*	0.375*	1
TOTAL	0.661*	0.618*	0.601*	0.642*	0.504*	0.679*

* Todas las correlaciones son significativas.
Nivel de significación $p < 0,05$

Resultados objetivo 3

Explorar la correlación entre los factores de la Salud Mental Positiva y las dimensiones de las Conductas Promotoras de Salud

6.7 Correlación entre los factores de la Salud Mental Positiva y las dimensiones de las Conductas Promotoras de Salud

Los resultados del análisis de correlación entre las puntuaciones totales y de cada factor del cuestionario de SM+ y de la escala de Conductas Promotoras de la Salud al inicio del estudio se muestran en la tabla 23.

La correlación a nivel global entre la SM+ y las Conductas Promotoras de Salud fue significativa al inicio del estudio ($r = .288$), en el sentido de que a mayor salud mental positiva mayor nivel de conductas promotoras, y viceversa.

Esta correlación también fue positiva entre las distintas dimensiones de la escala de Conductas Promotoras de Salud y los factores del cuestionario de SM+. Las dimensiones de la escala de las Conductas Promotoras de Salud correlacionaron significativamente con la escala de SM+, a excepción de la dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física) y D3 (Nutrición).

La dimensión que mostró un mayor número de correlaciones al inicio del estudio fue la D4 (Desarrollo espiritual) que correlacionó con 5 factores del cuestionario de SM+ (F1: Satisfacción personal, F2: Actitud prosocial, F3: Autocontrol, F5: Resolución de problemas/autoactualización y F6: Habilidades de relación interpersonal). Al inicio del estudio la dimensión D2 (Actividad física) no se correlacionó con ningún factor del cuestionario de SM+ y la D3 (Nutrición) solo se correlacionó con el factor 2 (Actitud prosocial).

Al analizar la correlación al inicio del estudio entre los distintos factores del cuestionario de SM+ con las dimensiones de la escala de conductas promotoras de salud, todos los factores correlacionaron significativamente con la puntuación total de la escala de conductas promotoras de la salud, a

excepción del factor 4 (Autonomía) que solamente correlacionó con la dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud). El factor que mostró un mayor número de correlaciones al inicio del estudio fue el Factor 5 (Resolución de problemas y actualización) que correlacionó con 4 dimensiones de la escala de conductas promotoras de salud (D1: Responsabilidad sobre la propia salud, D4: Desarrollo espiritual, D5: Relaciones interpersonales y D6: Gestión del estrés).

Tabla 23: Análisis de correlación entre factores específicos de la escala de SM+ y las diferentes dimensiones de la escala HPLP II al inicio del estudio

Dimensiones	F-1 SM+		F-2 SM+		F-3 SM+		F-4 SM+		F-5 SM+		F-6 SM+		Total SM+	
	Satisfacción personal		Actitud prosocial		Autocontrol		Autonomía		Resolución de problemas y autoactualización		Habilidades de relación interpersonal		Total SM+	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
D1: Responsabilidad sobre la propia salud	-.013	.871	.007	.927	.121	.121	-.203	.009*	.296	.0001*	.043	.586	.079	.313
D2: Actividad Física	.101	.196	.073	.347	.107	.172	.032	.683	.093	.235	.084	.281	.116	.137
D3: Nutrición	-.042	.589	.165	.034*	.122	.118	-.005	.949	.142	.068	.037	.638	.087	.266
D4: Desarrollo espiritual	.263	.001*	.215	.005*	.378	.0001*	.095	.223	.456	.0001*	.205	.008*	.388	.0001*
D5: Relaciones interpersonales	.197	.011*	.247	.001*	.138	.077	.004	.963	.286	.0001*	.241	.002*	.269	.0001*
D6: Gestión del estrés	.192	.013*	.100	.202	.281	.0001*	-.006	.944	.241	.002	-.003	.966	.194	.012*
Total HPLP II	.171	.027*	.204	.008*	.293	.0001*	-.022	.775	.387	.0001*	.158	.043*	.288	.0001*

SM+: Salud Mental Positiva; HPLP II: Health Promoting Lifestyle Profile II; r: coeficiente de correlación de Pearson; p: nivel de significación; *: correlación significativa

Resultados objetivo 4

Explorar la relación entre las características sociodemográficas, de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest)

6.8 Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la salud mental positiva (post-pretest)

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las características estudiadas, excepto en algunas determinadas variables. Dentro de las características sociodemográficas las variables que han presentado diferencias significativas han sido: la edad, los estudios previos al acceso a la universidad, el nivel de estudios del padre y de la madre. Estas diferencias se han encontrado tanto en la puntuación total de la salud mental positiva como en la mayoría de los factores de la misma. En general, a medida que aumentaba la edad la puntuación de la salud mental positiva también aumentaba. En relación a los estudios, a mayor nivel de estudios, la salud mental positiva también mejoraba. Los resultados se presentan en las (Tablas 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30).

Tabla 24: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=.143		.066 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	4.2	13.9	F=2.378	.096 ²
Bachillerato	92	1.3	9.2		
Otros estudios universitarios	7	9.4	13.8		
Género					
Masculino	22	6.0	16.6	t =1.020	.318 ³
Femenino	144	2.3	10.6		
Número de hermanos	166		r=.150		.053 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	2.2	10.8	F=.301	.825 ²
Casado/a	9	4.2	10.4		
Pareja estable	49	3.9	13.6		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	1.0	2.8		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	-2,2	4,0	F=2.007	.080 ²
Estudios primarios	30	2,2	9,5		
Estudios secundarios	86	2,2	10,9		
Estudios universitarios	33	3,3	13,9		
Master	4	14,2	10,0		
Doctorado	5	13,2	19,6		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	1,6	15,0	F=1.954	.088 ²
Estudios primarios	34	1,5	8,6		
Estudios secundarios	71	2,6	11,9		
Estudios universitarios	45	3,2	11,7		
Master	6	5,5	12,1		
Doctorado	1	37,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	4,0	12,9	t =.944	.347 ³
No	109	2,2	10,9		
Número de horas / semana			r=-.016		.908 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	-7,0	12,7	F=0.934	.446 ²
Medio-alto	27	5,2	13,2		
Medio	98	2,1	10,7		
Medio-bajo	36	3,9	12,3		
Bajo	3	-2,0	17,7		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 25: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 1 (Satisfacción personal) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=.197		.011¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	1,3	4,0	F=4.746	.010²
Bachillerato	92	0,0	2,5		
Otros estudios universitarios	7	3,1	5,3		
Género					
Masculino	22	1.5	4.2	t=1.028	.191 ³
Femenino	144	0.5	3.2		
Número de hermanos	166		r=.105		.177 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,4	2,9	F=0.752	.523 ²
Casado/a	9	0,7	1,8		
Pareja estable	49	1,2	4,4		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	2,0	0,0		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	-0,2	2,3	F=2.009	.080 ²
Estudios primarios	30	0,6	3,2		
Estudios secundarios	86	0,4	2,6		
Estudios universitarios	33	0,8	4,1		
Máster	4	5,2	6,6		
Doctorado	5	2,6	6,8		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	1,7	5,1	F=2.432	.037²
Estudios primarios	34	0,5	2,2		
Estudios secundarios	71	0,2	3,1		
Estudios universitarios	45	0,9	3,3		
Master	6	1,5	6,8		
Doctorado	1	11,0	0.0		
Trabajas actualmente					
Si	57	1.1	3.3	t=1.106	.270 ³
No	109	0.4	3.4		
Número de horas / semana			r=-.156		.245 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	- 3,0	2,8	F=1.057	.203 ²
Medio-alto	27	1,4	3,2		
Medio	98	0,3	2,9		
Medio-bajo	36	1,1	4,5		
Bajo	3	2,3	3,2		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2 ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 26: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 2 (Actitud prosocial) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=.215		.005¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,4	2,5	F=4.846	.009²
Bachillerato	92	-0,0	1,8		
Otros estudios universitarios	7	2,4	2,4		
Género					
Masculino	22	0.2	3.0	t=-0.065	.949 ³
Femenino	144	0.2	2.0		
Número de hermanos	166		r=.067		.394 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,0	2,2	F=1.402	.244 ²
Casado/a	9	1,1	1,9		
Pareja estable	49	0,6	2,2		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	0,5	0,7		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	-0,3	1,3	F=3.052	.012²
Estudios primarios	30	0,3	1,9		
Estudios secundarios	86	0,0	2,2		
Estudios universitarios	33	0,3	1,9		
Master	4	2,7	3,3		
Doctorado	5	3,0	3,1		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	0,4	2,0	F=2.586	.028²
Estudios primarios	34	0,1	1,9		
Estudios secundarios	71	0,0	2,4		
Estudios universitarios	45	0,3	1,8		
Máster	6	1,6	2,2		
Doctorado	1	7,0	0.0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.4	2.0	t=0.722	.471 ³
No	109	0.1	2.3		
Número de horas / semana			r=-.106		.432 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	-1,0	1,4	F=0.273	.895 ²
Medio-alto	27	0,3	2,6		
Medio	98	0,2	2,1		
Medio-bajo	36	0,4	2,2		
Bajo	3	-0,3	3,0		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2 ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 27: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 3 (Autocontrol) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166				.600 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,5	2,4	F=0.378	.686 ²
Bachillerato	92	0,2	2,5		
Otros estudios universitarios	7	0,2	2,4		
Género					
Masculino	22	0.5	2.4	t=0.250	.803 ³
Femenino	144	0.3	2.5		
Número de hermanos	166				.010 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,5	2,6	F=1.150	.331 ²
Casado/a	9	-0,3	2,5		
Pareja estable	49	0,0	2,3		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	2,5	2,1		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	0,0	2,9	F=1.240	.293 ²
Estudios primarios	30	-0,2	2,3		
Estudios secundarios	86	0,7	2,6		
Estudios universitarios	33	0,3	2,2		
Master	4	-0,7	2,2		
Doctorado	5	-0,8	2,2		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	-0,1	2,7	F=0.451	.812 ²
Estudios primarios	34	0,3	2,8		
Estudios secundarios	71	0,4	2,4		
Estudios universitarios	45	0,3	2,4		
Máster	6	0,1	2,0		
Doctorado	1	-3,0	0.0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.6	2.6	t=1.077	.283 ³
No	109	0.2	2.5		
Número de horas / semana					.703 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	0.0	2.8	F=1.489	.208 ²
Medio-alto	27	0.6	2.0		
Medio	98	0.4	2.6		
Medio-bajo	36	0.2	2.3		
Bajo	3	-3.0	2.6		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2 ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 28: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 4 (Autonomía) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=0.167		.031¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,2	2,7	F=0.854	.428 ²
Bachillerato	92	0,0	2,2		
Otros estudios universitarios	7	1,2	1,7		
Género					
Masculino	22	0.8	3.6	t= 0.928	.363 ³
Femenino	144	0.1	2.2		
Número de hermanos	166		r=-0.016		.840 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,0	2,3	F=0.480	.696 ²
Casado/a	9	0,8	1,4		
Pareja estable	49	0,4	2,7		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-0,5	0,7		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	0,0	1,4	F=1.659	.147 ²
Estudios primarios	30	0,0	2,3		
Estudios secundarios	86	0,0	2,0		
Estudios universitarios	33	0,4	3,4		
Master	4	2,0	1,4		
Doctorado	5	2,6	3,2		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	-0,4	1,0	F=2,068	.072 ²
Estudios primarios	34	0,0	2,0		
Estudios secundarios	71	0,4	2,5		
Estudios universitarios	45	0,0	2,5		
Máster	6	0,8	2,4		
Doctorado	1	7,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.2	12.9	t= -0.024	.981 ³
No	109	0.2	10.6		
Número de horas / semana			r=-0.054		.688 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	-2.0	2.8	F=0.454	.769 ²
Medio-alto	27	0.2	3.4		
Medio	98	0.2	3.3		
Medio-bajo	36	0.3	3.6		
Bajo	3	0,0	5.1		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2 ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 29: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 5 (Resolución de problemas / autoactualización) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166				.844 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,4	3,9	F=0.043	.958 ²
Bachillerato	92	0,4	2,9		
Otros estudios universitarios	7	0,8	4,5		
Género					
Masculino	22	1.3	4.1	t= 1.298	.196 ³
Femenino	144	0.3	3.2		
Número de hermanos	166				.033 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,5	3,2	F=0.676	.568 ²
Casado/a	9	1,5	4,1		
Pareja estable	49	0,3	3,7		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-2,0	2,8		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	0,1	2,4	F=0.680	.639 ²
Estudios primarios	30	0,4	3,3		
Estudios secundarios	86	0,3	3,6		
Estudios universitarios	33	0,0	3,3		
Master	4	0,0	1,4		
Doctorado	5	3,2	3,1		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	0,0	5,5	F=0.860	.510 ²
Estudios primarios	34	0,3	3,1		
Estudios secundarios	71	0,5	3,3		
Estudios universitarios	45	0,6	3,2		
Máster	6	-1,1	2,6		
Doctorado	1	6,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.7	4.2	t= 0.692	.490 ³
No	109	0.3	2.9		
Número de horas / semana					.191 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	0.0	2.8	F=0.923	.452 ²
Medio-alto	27	1.4	3.4		
Medio	98	0.1	3.3		
Medio-bajo	36	0.8	3.6		
Bajo	3	-0.3	5.1		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2 ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 30: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 6 (Habilidades de relación interpersonal) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=0.050		.524 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	1,0	3,4	F=0.601	.550 ²
Bachillerato	92	0,5	2,6		
Otros estudios universitarios	7	1,4	3,3		
Género					
Masculino	22	1.5	3.9	t= 1.214	.226 ³
Femenino	144	0.7	2.8		
Número de hermanos	166		r=0.068		.382 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,6	2,7	F=1.004	.393 ²
Casado/a	9	0,2	2,3		
Pareja estable	49	1,3	3,6		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-1,5	3,5		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	-1,7	2,2	F=3.373	.006²
Estudios primarios	30	1,0	2,5		
Estudios secundarios	86	0,6	2,7		
Estudios universitarios	33	0,9	3,2		
Máster	4	5,0	3,5		
Doctorado	5	2,6	4,7		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	0,0	4,3	F=2,382	.041²
Estudios primarios	34	0,2	2,6		
Estudios secundarios	71	0,8	3,0		
Estudios universitarios	45	0,9	2,7		
Máster	6	2,5	3,2		
Doctorado	1	9,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.8	2.9	t= 0.178	.859 ²
No	109	0.7	3.0		
Número de horas / semana			r=-0.070		.605 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	-1.0	2.8	F=0.462	.763 ²
Medio-alto	27	1.1	4.1		
Medio	98	0.7	2.6		
Medio-bajo	36	0.8	2.8		
Bajo	3	-0.6	4.9		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

6.9 Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la salud mental positiva (post-pretest)

De las características de salud y hábitos tóxicos, las variables con diferencias estadísticamente significativas han sido estar realizando algún tratamiento médico (en la mayoría de los factores), padecer alguna enfermedad y el consumo de tabaco en alguno de los factores de la salud mental positiva. En cuanto a las características de salud, el estar realizando algún tratamiento médico (en la mayoría de los factores) y el ser fumador (F6: Habilidades de relación interpersonal) la puntuación de la salud mental positiva posterior era mayor y el hecho de padecer alguna enfermedad (Factor 3: Autocontrol) la puntuación de la salud mental positiva posterior era menor (Tablas 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

Tabla 31: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.5	7.9	t= -0.944	.347 ¹
No	146	3.1	12.0		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	7.0	12.1	t= 2.041	.043¹
No	139	2.0	11.4		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	4.0	11.0	t= 0.663	.508 ¹
No	133	2.5	11.8		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	5.7	14.5	t= 0.720	.473 ¹
No	158	2.7	11.5		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	3.0	6.0	t= .8.180	.953 ¹
No	159	2.8	11.8		
Fumas					
Si	46	5.4	11.9	t= 1.764	.080 ¹
No	120	1.8	11.4		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	6.5	12.7	t=.898	.374 ¹
Entre 10 y 20	16	3.2	10.2		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	4.5	12.9	t= 1.454	.148 ¹
No	105	1.8	10.7		

1: t de Student Fisher

Tabla 32: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 1 (Satisfacción Personal) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.2	2.8	t= -0.623	.534 ¹
No	146	0.7	3.5		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	1.6	3.0	t= 1.612	.109 ¹
No	139	0.5	3.4		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	1.1	3.0	t= 0.790	.430 ¹
No	133	0.5	3.5		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	2.0	4.5	t= 1.102	.272 ¹
No	158	0.6	3.3		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	0.2	3.0	t= -0.325	.746 ¹
No	159	0.7	3.4		
Fumas					
Si	46	1.3	3.9	t= 1.569	.119 ¹
No	120	0.4	3.1		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	1.2	4.1	t=-0.241	.811 ¹
Entre 10 y 20	16	1.5	3.5		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.9	3.5	t= 0.580	.563 ¹
No	105	0.5	3.3		

1: t de Student Fisher

Tabla 33: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 2 (Actitud prosocial) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.6	1.9	t= -0.820	.413 ¹
No	146	0.2	2.2		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	1.1	2.3	t= 2.370	.019¹
No	139	0.0	2.1		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	0.7	2.2	t= 1.507	.134 ¹
No	133	0.1	2.2		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	0.8	3.0	t= 0.790	.431 ¹
No	158	0.2	2.1		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	1.0	2.1	t= 0.888	.376 ¹
No	159	0.2	2.2		
Fumas					
Si	46	0.7	1.9	t= 1.861	.065 ¹
No	120	0.0	2.2		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	1.1	1.9	t=1.661	.104 ¹
Entre 10 y 20	16	0.1	1.9		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.5	2.2	t= 1.069	.287 ¹
No	105	0.1	2.2		

1: t de Student Fisher

Tabla 34: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 3 (Autocontrol) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	-0.7	2.3	t= -2.036	.043¹
No	146	0.5	2.5		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	0.3	2.8	t= -0.090	.929 ¹
No	139	0.3	2.4		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	0.0	2.7	t= -0.790	.430 ¹
No	133	0.4	2.4		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	0.0	1.4	t=-0.426	.671 ¹
No	158	0.3	2.5		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	-0.2	1.7	t= -0.701	.484 ¹
No	159	0.4	2.5		
Fumas					
Si	46	0.3	2.5	t=-0.012	.990 ¹
No	120	0.3	2.5		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.8	2.4	t=1.859	.070 ¹
Entre 10 y 20	16	-0.5	2.5		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.5	2.4	t= 0.710	.478 ¹
No	105	0.2	2.6		

1: t de Student Fisher

Tabla 35: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 4 (Autonomía) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.2	1.8	t= -0.033	.974 ¹
No	146	0.2	2.5		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	1.0	2.7	t= 2.005	.047¹
No	139	0.0	2.3		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	0.6	2.2	t=1.020	.309 ¹
No	133	0.1	2.4		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	0.1	2.9	t=-0.108	.914 ¹
No	158	0.2	2.4		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	1.4	1.9	t= 1.340	.182 ¹
No	159	0.1	2.4		
Fumas					
Si	46	0.7	2.7	t=1.711	.089 ¹
No	120	0.0	2.3		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.7	2.4	t=-0.133	.895 ¹
Entre 10 y 20	16	0.8	3.1		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.5	2.7	t= 1.369	.173 ¹
No	105	0.0	2.2		

1: t de Student Fisher

Tabla 36: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 5 (Resolución de problemas / Autoactualización) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.2	2.4	t= -0.391	.696 ¹
No	146	0.5	3.5		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	0.9	3.3	t= 0.796	.427 ¹
No	139	0.3	3.4		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	0.3	3.3	t=-0.334	.739 ¹
No	133	0.5	3.4		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	0.6	3.7	t=0.121	.904 ¹
No	158	0.4	3.4		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	0.0	2.9	t= -0.379	.705 ¹
No	159	0.5	3.4		
Fumas					
Si	46	0.5	3.6	t=0.244	.808 ¹
No	120	0.4	3.3		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	1.3	3.6	t=1.864	.069 ¹
Entre 10 y 20	16	-0.7	3.3		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.7	3.5	t= 0.873	.384 ¹
No	105	0.3	3.3		

1: t de Student Fisher

Tabla 37: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación del Factor 6 (Habilidades de Relación interpersonal) de la Salud Mental Positiva (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.0	2.0	t= -1.378	.170 ¹
No	146	0.9	3.1		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	1.7	3.5	t= 1.817	.071 ¹
No	139	0.6	2.8		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	1.1	3.2	t=0.771	.442 ¹
No	133	0.7	2.9		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	2.1	3.7	t=1.257	.210 ¹
No	158	0.7	2.9		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	0.5	2.2	t= -0.222	.825 ¹
No	159	0.8	3.0		
Fumas					
Si	46	1.5	3.0	t=1.991	.048¹
No	120	0.5	2.9		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	1.3	3.3	t=-0.810	.423 ¹
Entre 10 y 20	16	2.0	2.2		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	1.2	3.4	t= 1.447	.150 ¹
No	105	0.5	2.7		

1: t de Student Fisher

6.10 Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest)

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las características estudiadas, excepto en las variables siguientes y en algunas de las dimensiones analizadas: el género y el nivel de estudios de la madre. En general las mujeres presentan una mayor puntuación posterior en la escala de conductas promotoras de la salud en relación a los hombres y también cuanto mayor es el nivel de estudios de la madre. Los resultados se muestran en las Tablas (38, 39, 40, 41, 42, 43, 44).

Tabla 38: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166			r=0.084	.283 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	4,9	11,2	F=0.708	.494 ²
Bachillerato	92	4,5	11,3		
Otros estudios universitarios	7	10,0	18,4		
Género					
Masculino	22	0,4	8,1	t= -1.963	.051 ³
Femenino	144	5,6	11,9		
Número de hermanos	166			r=-0.042	.590 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	4,6	12,1	F=0.917	.434 ²
Casado/a	9	2,4	12,0		
Pareja estable	49	6,4	10,2		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-5,0	5,6		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	9,3	13,4	F=0.674	.644 ²
Estudios primarios	30	6,2	11,7		
Estudios secundarios	86	4,8	12,0		
Estudios universitarios	33	2,4	9,4		
Máster	4	7,7	8,0		
Doctorado	5	6,6	16,7		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	7,5	11,0	F=3.118	.010 ²
Estudios primarios	34	7,3	11,8		
Estudios secundarios	71	2,7	10,4		
Estudios universitarios	45	4,0	11,4		
Máster	6	15,8	15,5		
Doctorado	1	30,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	5,7	12,3	t= 0.625	.533 ³
No	109	4,5	11,2		
Número de horas / semana				r=-0.134	.322 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	6,0	2,8	F=0.790	.533 ²
Medio-alto	27	2,9	12,9		
Medio	98	5,7	11,9		
Medio-bajo	36	3,4	9,1		
Bajo	3	12,3	17,2		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 39: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166				.617 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,8	2,9	F=0.140	.869 ²
Bachillerato	92	1,1	3,4		
Otros estudios universitarios	7	1,4	2,5		
Género					
Masculino	22	0.9	2.2	t= -0.200	.642 ³
Femenino	144	1.0	3.3		
Número de hermanos	166				.952 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	1,1	3,2	F=1.001	.394 ²
Casado/a	9	0,3	2,3		
Pareja estable	49	1,1	3,2		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-2,5	2,1		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	1,0	3,17	F=0.553	.736 ²
Estudios primarios	30	0,8	2,4		
Estudios secundarios	86	1,2	3,3		
Estudios universitarios	33	0,6	3,7		
Máster	4	2,7	1,5		
Doctorado	5	-0,2	1,9		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	1,3	3,8	F=1.063	.383 ²
Estudios primarios	34	1,5	2,5		
Estudios secundarios	71	0,6	3,4		
Estudios universitarios	45	0,9	2,7		
Máster	6	3,3	4,8		
Doctorado	1	-1,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.8	0.8	t= - 0.616	.539 ³
No	109	1.1	1.1		
Número de horas / semana					.794 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	2.5	2.1	F=0.572	.683 ²
Medio-alto	27	0.5	3.8		
Medio	98	1.2	3.1		
Medio-bajo	36	0.7	2.9		
Bajo	3	2.3	2.5		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2 ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 40: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D2 (Actividad física) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=.080		.305 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	1,0	4,1	F=2.529	.083 ²
Bachillerato	92	1,0	3,7		
Otros estudios universitarios	7	4,4	3,8		
Género					
Masculino	22	0.0	4.6	t= -1.386	.168 ³
Femenino	144	1.3	3.8		
Número de hermanos	166		r=-.059		.454 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	1,0	4,3	F=0.401	.752 ²
Casado/a	9	1,4	3,3		
Pareja estable	49	1,4	3,1		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-1,5	2,1		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	3,5	3,1	F=0.976	.434 ²
Estudios primarios	30	1,3	3,5		
Estudios secundarios	86	1,1	4,0		
Estudios universitarios	33	0,8	3,8		
Máster	4	-1,2	4,1		
Doctorado	5	0,2	5,8		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	1,6	1,8	F=2,407	.039²
Estudios primarios	34	2,0	4,1		
Estudios secundarios	71	0,2	3,6		
Estudios universitarios	45	1,5	4,0		
Máster	6	3,0	5,0		
Doctorado	1	9,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	1.7	4.2	t= 1.372	.172 ³
No	109	0.8	3.7		
Número de horas / semana			r= .097		.473 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	1.5	0.7	F=0.542	.705 ²
Medio-alto	27	0.4	4.5		
Medio	98	1.5	4.0		
Medio-bajo	36	0.7	3.2		
Bajo	3	2.0	4.3		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 41: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D3 (Nutrición) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=.043		.580 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,3	3,0	F=0.201	.811 ²
Bachillerato	92	0,6	3,1		
Otros estudios universitarios	7	0,4	4,7		
Género					
Masculino	22	-0.7	2.9	t= -2.054	.042³
Femenino	144	0.6	3.1		
Número de hermanos	166		r=-.098		.210 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,3	3,3	F=0.371	.774 ²
Casado/a	9	0,2	3,7		
Pareja estable	49	0,8	2,6		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	0,5	3,5		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	1,5	3,3	F=0.592	.706 ²
Estudios primarios	30	0,2	3,1		
Estudios secundarios	86	0,4	3,0		
Estudios universitarios	33	0,4	2,8		
Máster	4	0,7	2,0		
Doctorado	5	2,4	6,1		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	0,8	2,9	F=1.146	.338 ²
Estudios primarios	34	0,5	3,4		
Estudios secundarios	71	0,1	2,7		
Estudios universitarios	45	0,6	3,4		
Máster	6	1,3	3,7		
Doctorado	1	7,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.3	3.1	t= -0.336	.737 ³
No	109	0.5	3.1		
Número de horas / semana			r=-.025		.852 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	1.0	1.4	F=0.618	.651 ²
Medio-alto	27	0.7	3.1		
Medio	98	0.6	3.5		
Medio-bajo	36	-0.2	1.8		
Bajo	3	0.3	3.2		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 42: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D4 (Desarrollo espiritual) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=0.055		.483 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,1	3,1	F=0.260	.771 ²
Bachillerato	92	-0,2	2,9		
Otros estudios universitarios	7	0,0	3,4		
Género					
Masculino	22	-0.3	2.5	t= -0.508	.612 ³
Femenino	144	-0.0	3.1		
Número de hermanos	166		r=0.005		.949 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,1	3,1	F=0.771	.512 ²
Casado/a	9	-0,5	3,1		
Pareja estable	49	-0,3	2,9		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-2,5	3,5		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	0,2	3,8	F=0,.926	.466 ²
Estudios primarios	30	0,6	3,5		
Estudios secundarios	86	0,0	2,9		
Estudios universitarios	33	-0,9	2,6		
Máster	4	-0,7	3,8		
Doctorado	5	0,8	3,1		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	1,1	2,2	F=1.029	.403 ²
Estudios primarios	34	0,2	3,3		
Estudios secundarios	71	-0,1	3,1		
Estudios universitarios	45	-0,6	2,8		
Máster	6	1,1	2,2		
Doctorado	1	3,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	-0.4	3.0	t= 1.450	.149 ³
No	109	-0.3	3.0		
Número de horas / semana			r=0.191		.155 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	-1.5	0.7	F=1.084	.366 ²
Medio-alto	27	-0.4	2.9		
Medio	98	-0.1	2.9		
Medio-bajo	36	0.4	3.4		
Bajo	3	2,6	2.0		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 43: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D5 (Relaciones interpersonales) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=-0.015		.848 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,0	2,6	F=0.030	.970 ²
Bachillerato	92	0,0	2,5		
Otros estudios universitarios	7	0,1	5,4		
Género					
Masculino	22	0.1	1.9	t= 0.384	.703 ³
Femenino	144	0.0	2.8		
Número de hermanos	166		r=-0.068		.383 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,0	2,5	F=1.679	.174 ²
Casado/a	9	-1,5	4,0		
Pareja estable	49	0,5	2,8		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	-1,0	2,8		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	-0,7	1,1	F=1.117	.353 ²
Estudios primarios	30	0,6	3,4		
Estudios secundarios	86	0,0	2,6		
Estudios universitarios	33	-0,4	2,5		
Máster	4	2,0	3,2		
Doctorado	5	-0,4	1,1		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	-0,4	2,0	F=0.770	.573 ²
Estudios primarios	34	0,4	3,0		
Estudios secundarios	71	0,0	2,5		
Estudios universitarios	45	-0,3	2,9		
Máster	6	1,6	2,4		
Doctorado	1	0,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.0	3.1	t= 0.214	.830 ³
No	109	0.0	2.5		
Número de horas / semana			r=-0.012		.932 ¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	2.0	1.4	F=0.847	.497 ²
Medio-alto	27	-0.0	2.9		
Medio	98	1.9	2.7		
Medio-bajo	36	-0.5	2.4		
Bajo	3	1.0	5.5		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

Tabla 44: Relación entre las características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D6 (Gestión del estrés) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Edad en años	166		r=0.103		.185 ¹
Estudios previos al acceso a la Universidad					
Grado superior	67	0,8	2,9	F=0.515	.598 ²
Bachillerato	92	0,4	2,2		
Otros estudios universitarios	7	1,0	4,2		
Género					
Masculino	22	-0.8	1.9	t= -2.762	.006³
Femenino	144	0.8	2.6		
Número de hermanos	166		r=0.020		.801 ¹
Estado civil					
Soltero/a	106	0,4	2,5	F=0.602	.615 ²
Casado/a	9	0,3	3,3		
Pareja estable	49	1,0	2,7		
Separado/a y/o Divorciado/a	2	0,5	2,1		
Nivel de estudios del padre					
Sin estudios	8	1,5	2,9	F=1.269	.280 ²
Estudios primarios	30	1,0	3,2		
Estudios secundarios	86	0,2	2,2		
Estudios universitarios	33	0,4	2,4		
Máster	4	2,5	2,3		
Doctorado	5	1,8	4,4		
Nivel de estudios de la madre					
Sin estudios	9	1,0	1,8	F=3.421	.006²
Estudios primarios	34	0,7	3,		
Estudios secundarios	71	0,2	2,5		
Estudios universitarios	45	0,4	2,0		
Máster	6	2,8	3,4		
Doctorado	1	9,0	0,0		
Trabajas actualmente					
Si	57	0.5	2.7	t= -0.124	.902 ³
No	109	0.6	2.5		
Número de horas / semana			r=-0.305		.021¹
Nivel socio-económico familiar					
Alto	2	-1.0	1.4	F=0.415	.797 ²
Medio-alto	27	0.2	2.1		
Medio	98	0.6	2.9		
Medio-bajo	36	0.7	2.1		
Bajo	3	1.6	0.5		

1: coeficiente de correlación de Pearson; 2: ANOVA; 3: t de Student Fisher

6.11 Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de alcohol y tabaco) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest)

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las características estudiadas, excepto en las siguientes variables: estar siguiendo alguna dieta o tomando algún medicamento. Mayor es la puntuación posterior de las conductas promotoras de la salud si se está siguiendo alguna dieta por prescripción médica o tomando algún medicamento. Los resultados se muestran en las Tablas (45, 46, 47, 48, 49, 50, 51).

Tabla 45: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)* (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	5.0	8.4	t= 0.045	.964 ¹
No	146	4.9	11.9		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	3.5	12.0	t= -0.694	.448 ¹
No	139	5.2	11.5		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	6.7	13.3	t=1.022	.308 ¹
No	133	4.4	11.1		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	13.2	16.6	t=1.466	.184 ¹
No	158	4.5	11.2		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	6.0	9.5	t= 0.246	.806 ¹
No	159	4.8	11.7		
Fumas					
Si	46	5.2	10.3	t=0.235	.815 ¹
No	120	4.8	12.0		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	4.2	10.2	t=-0.941	.352 ¹
Entre 10 y 20	16	7.2	10.5		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	3.0	11.3	t= -1.607	.110 ¹
No	105	6.0	11.6		

1: t de Student Fisher

Tabla 46: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la dimensión D1 (responsabilidad sobre la propia salud) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.8	2.7	t= -0.352	.726 ¹
No	146	1.0	3.2		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	0.1	3.9	t= -1.519	.131 ¹
No	139	1.2	3.0		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	0.9	3.7	t=-0.133	.894 ¹
No	133	1.0	3.0		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	0.8	4.3	t=-0.146	.884 ¹
No	158	1.0	3.1		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	0.2	3.0	t= -0.634	.527 ¹
No	159	1.0	3.2		
Fumas					
Si	46	1.1	2.7	t=0.181	.857 ¹
No	120	1.0	3.3		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.6	2.1	t=-1.629	.110 ¹
Entre 10 y 20	16	2.0	3.5		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.7	3.0	t= -0.917	.360 ¹
No	105	1.2	3.2		

1: t de Student Fisher

Tabla 47: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D2 (Actividad física) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	2.1	2.8	t= 1.179	.240 ¹
No	146	1.0	4.0		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	2.0	3.9	t= 1.296	.197 ¹
No	139	1.0	3.9		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	2.4	3.9	t=2.051	.042¹
No	133	0.8	3.9		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	2.8	4.6	t=1.251	.213 ¹
No	158	1.0	3.9		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	-0.4	3.1	t= -1.098	.274 ¹
No	159	1.2	3.9		
Fumas					
Si	46	1.0	4.1	t=-0.352	.725 ¹
No	120	1.2	3.8		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.0	3.7	t=-2.255	.029¹
Entre 10 y 20	16	2.8	4.4		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.5	4.3	t= -1.583	.115 ¹
No	105	1.5	3.6		

1: t de Student Fisher

Tabla 48: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D3 (Nutrición) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.9	2.7	t= 0.680	.497 ¹
No	146	0.4	3.2		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	0,1	3,4	t= -0.700	.485 ¹
No	139	0,5	3,0		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	0.9	3.6	t=0.833	.446 ¹
No	133	0.3	3.0		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	2.3	3.4	t=1.736	.084 ¹
No	158	0.4	3.1		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	1.1	1.7	t= 1.042	.299 ¹
No	159	0.4	3.1		
Fumas					
Si	46	0.6	3.0	t=0.439	.661 ¹
No	120	0.4	3.2		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.5	2.9	t=-0.328	.744 ¹
Entre 10 y 20	16	0.8	3.2		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.3	3.1	t=-0.587	.558 ¹
No	105	0.6	3.1		

1: t de Student Fisher

Tabla 49: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D4 (Desarrollo espiritual) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	-0.8	3.4	t= -1.162	.247 ¹
No	146	0.0	3.0		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	-0.5	3.2	t= -0.860	.391 ¹
No	139	0.0	3.0		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	-0.2	3.4	t=-0.393	.695 ¹
No	133	0.0	2.9		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	2.3	2.6	t=2.330	.021¹
No	158	-0.1	3.0		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	1.2	2.3	t=1.184	.238 ¹
No	159	-0.1	3.0		
Fumas					
Si	46	0.3	3.2	t=1.047	.297 ¹
No	120	-0.2	2.9		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.9	3.0	t=1.582	.121 ¹
Entre 10 y 20	16	-0.6	3.5		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.0	3.2	t= 0.016	.987 ¹
No	105	0.0	2.9		

1: t de Student Fisher

Tabla 50: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D5 (Relaciones interpersonales) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	-0.6	2.9	t= -1.080	.282 ¹
No	146	0.1	2.7		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	-0.8	3.0	t= -1.817	.071 ¹
No	139	0.1	2.6		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	-0.2	2.6	t=-0.619	.537 ¹
No	133	0.0	2.7		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	-0.5	2.2	t=-0.550	.583 ¹
No	158	0.0	2.7		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	0.8	3.7	t= 0.816	.416 ¹
No	159	0.0	2.7		
Fumas					
Si	46	0.2	2.4	t= 0.621	.535 ¹
No	120	0.0	2.8		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.2	2.4	t=-0.146	.885 ¹
Entre 10 y 20	16	0.3	2.5		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	-0.2	2.7	t= -0.844	.400 ¹
No	105	0.1	2.7		

1: t de Student Fisher

Tabla 51: Relación entre las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación de la Dimensión D6 (Gestión del estrés) de la escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) (post-pre) (n=166)

	n	Media	DE	prueba	p- valor
Padeces alguna enfermedad					
Si	20	0.8	2.9	t=0.368	.713 ¹
No	146	0.5	2.5		
Estas realizando algún tratamiento médico					
Si	27	0.5	3.7	t= -0.168	.867 ¹
No	139	0.6	2.3		
Estas tomando algún medicamento					
Si	33	1.0	3.6	t=0.764	.450 ¹
No	133	0.4	2.3		
Sigues alguna dieta especial por prescripción médica					
Si	8	3.0	3.8	t=2.699	.008¹
No	158	0.4	2.5		
Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o autocuidado de tu salud					
Si	7	0.1	2.1	t=-0.465	.643 ¹
No	159	0.6	2.6		
Fumas					
Si	46	0.5	2.7	t=-0.160	.873 ¹
No	120	0.6	2.6		
En caso afirmativo (número de cigarrillos día)					
Menos de 10	30	0.5	2.7	t=-0.034	.973 ¹
Entre 10 y 20	16	0.5	2.6		
Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana					
Si	61	0.2	2.5	t= -1.187	.237 ¹
No	105	0.7	2.6		

1: t de Student Fisher

Resultados objetivo 5

Analizar el efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y en las Conductas Promotoras de Salud.

6.12 Efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y en las Conductas Promotoras de Salud

Los resultados del MANCOVA de las diferencias posttest-pretest entre el grupo experimental y el grupo control (ajustado por las puntuaciones pretest) mostró diferencias estadísticamente significativas (Multivariate Pillai F [13, 140] = 7,747, $p < 0.001$).

Los resultados de los análisis de la varianza univariante se muestran en las tablas 52 y 53. Al analizar las puntuaciones de la SM+, la intervención mejoró la puntuación total y las puntuaciones de todos los factores, a excepción del factor F4 (Autonomía) y del factor F5 (Resolución de problemas/Autoactualización) en el grupo de intervención.

Al comparar las diferencias posttest-pretest de las puntuaciones de la escala HPLP II, según el grupo de estudio se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el total de la escala y en todas las dimensiones excepto en la Dimensión D4 (Desarrollo espiritual). De la misma manera que ha sucedido con el cuestionario de SM+ las puntuaciones también han aumentando en el grupo intervención con respecto al grupo control de forma significativa.

En el MANCOVA ajustado por la variación de la SM+ total, confirmó el efecto positivo de la intervención en el HPLP II (Multivariate Pillai F [7, 157] = 4.077, $p < 0.001$), mostrando también la influencia positiva de la mejoría de la salud mental positiva sobre el HPLP II (Multivariate Pillai F [7, 157] = 4.244, $p < 0.001$).

Por último, cuando se examinó si la mejoría variaba según la edad y el sexo el MANOVA de las diferencias posttest-pretest del HPLP II no fue significativo (F [7, 152] = 0.394, $p = 0.864$, F [7, 152] = 0.457, $p = 0.905$ respectivamente), mostrando que la intervención produce una variación similar según la edad y en ambos sexos.

Tabla 52: Posttest-Pretest
Diferencias en la Salud Mental Positiva según grupo de estudio

	Intervención Grupo (n=58)			Control Grupo (n=108)			F valor	p
	Pretest	Posttest	Diferencia	Pretest	Posttest	Diferencia		
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Total Salud Mental Positiva	123.1 (13.4)	129.3 (9.9)	6,2 (14,0)	119.2 (12.2)	120.3 (11.3)	1.0 (9,7)	7,85	0.006
F1: Satisfacción personal	26.4 (4.2)	28.1 (2.5)	1.7 (4.2)	25.7 (3.4)	25.8 (3.0)	0.1 (2.7)	8,63	0.004
F2: Actitud prosocial	16.8 (2.1)	18.0 (1.4)	1,1 (2.9)	16.6 (1.9)	16.4 (1.7)	0.0 (2.2)	17,40	0.001
F3: Autocontrol	13.3 (2.0)	14.5 (2.7)	1.1 (2.9)	13.0 (2.4)	13.0 (2.1)	0.0 (2.2)	8,05	0.005
F4: Autonomía	14.9 (2.6)	15.3 (2.2)	0.6 (3.0)	14.6 (2.4)	14.6 (2.6)	0.0 (2.0)	2.44	0.120
F5: Resolución de problemas / Autoactualización	29.1 (3.7)	29.0 (3.4)	0.1 (3.7)	27.4 (3.8)	28.1 (3.7)	0.7 (3.2)	1,90	0.170
F6: Habilidades de relación interpersonal	22.4 (3.2)	24.0 (2.2)	1.5 (3.3)	21.8 (3.1)	22.2 (2.7)	0.4 (2.7)	5.66	0.018

F valor: pretest-posttest ANOVA; Media, media pretest-posttest diferencias; DE, desviación estándar

Tabla 53: Posttest-Pretest								
Diferencias en la escala <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> (HPLP II) según grupo de estudio								
	Intervención Grupo (n=58)			Control Grupo (n=108)			F valor	p
	Pretest	Posttest	Diferencia	Pretest	Posttest	Diferencia		
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Total HPLP II	117.6 (13.2)	127.5 (13.7)	9.8 (12.5)	113.1 (13.2)	115.4 (13.0)	2.2 (10.1)	17.79	0.001
D1: Responsabilidad sobre la propia salud	22.6 (3.8)	24.7 (3.6)	2.1 (3.2)	20.9 (3.6)	21.3 (3.8)	0.4 (3.0)	10.89	0.001
D2: Actividad Física	16.4 (4.4)	18.9 (4.9)	2.4 (4.3)	15.4 (5.3)	15.8 (4.8)	0.4 (3.5)	10.34	0.002
D3: Nutrición	17.2 (3.8)	18.4 (3.8)	1.1 (3.4)	17.2 (3.7)	17.4 (3.8)	0.1 (2.9)	4.13	0.044
D4: Desarrollo espiritual	24.5 (3.2)	24.6 (3.1)	0.1 (2.7)	23.6 (3.6)	23.5 (3.6)	-0.1 (3.2)	0.48	0.487
D5: Relaciones interpersonales	22.0 (2.8)	22.6 (1.9)	0.6 (3.0)	21.2 (2.7)	20.9 (2.7)	-0.3 (2.5)	4.77	0.030
D6: Gestión del estrés	14.7 (2.6)	16.0 (2.2)	1.3 (3.0)	14.6 (2.7)	14.7 (2.5)	0.1 (2.3)	7.50	0.007

F valor: pretest-posttest ANOVA; Media, media pretest-posttest diferencias; DE, desviación estándar

Resultados objetivo 6

Describir la valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud.

6.13 Valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud.

Con respecto a la valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención, los resultados se muestran en las tablas 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60 y 61.

El ámbito de la salud que más trabajaron los estudiantes fue la responsabilidad sobre la propia salud y la gestión del estrés (86.2% y 82.8% respectivamente). Por el contrario el menos trabajado fue el espiritual (53,4%) (Tabla 54).

El ámbito de la salud que ha mostrado mayor porcentaje de satisfacción ha sido el de responsabilidad sobre la propia salud (60.3%) (Tabla 55). Sin embargo, el que han considerado el más importante y el más complicado de trabajar ha sido la responsabilidad sobre la propia salud y la gestión del estrés (Tablas 56 y 57).

La automotivación y la autoestima son las competencias que los estudiantes consideran que les han proporcionado más información en los ámbitos de salud trabajados (Tabla 58).

Los recursos y materiales que han utilizado los estudiantes se muestran en las tablas 59 y 60 y los contenidos de la asignatura de psicología en la tabla 61.

Los estudiantes han calificado con una puntuación media 7.7 (DE 0.7) la autoevaluación del plan de cuidados y con una media de 8.2 (DE 0.8) la evaluación de la dinámica para el cuidado de otras personas (Tabla 62).

Tabla 54: Ámbitos de la salud trabajados en el plan de autocuidados (n= 58)

	Total	
	n	%
Responsabilidad sobre la propia salud		
Si	50	86.2
No	8	13.8
Desarrollo / espiritual		
Si	31	53.4
No	27	46.6
Relaciones interpersonales		
Si	41	70.7
No	17	29.3
Gestión del estrés		
Si	48	82.8
No	10	17.2

Tabla 55: Satisfacción de los ámbitos de la salud trabajados en el plan de autocuidados (n= 58)

	Total	
	n	%
Responsabilidad sobre la propia salud		
Si	35	60.3
No	23	39.7
Desarrollo / espiritual		
Si	20	34.5
No	38	65.5
Relaciones interpersonales		
Si	20	34.5
No	38	65.5
Gestión del estrés		
Si	30	51.7
No	28	48.3

Tabla 56: Ámbitos de la salud que los estudiantes consideran más importantes que han trabajado en el plan de autocuidados (n= 58)

	Total	
	n	%
Responsabilidad sobre la propia salud		
Si	24	41.4
No	34	58.6
Desarrollo / espiritual		
Si	20	34.5
No	38	65.5
Relaciones interpersonales		
Si	9	15.5
No	49	84.5
Gestión del estrés		
Si	25	43.1
No	33	56.9

Tabla 57: Ámbitos de la salud que los estudiantes consideran más complicados para trabajar en el plan de autocuidados a nivel emocional (n= 58)

	Total	
	n	%
Responsabilidad sobre la propia salud		
Si	15	12.1
No	43	87.9
Desarrollo / espiritual		
Si	14	25.9
No	44	74.1
Relaciones interpersonales		
Si	24	24.1
No	34	75.9
Gestión del estrés		
Si	35	41.4
No	23	58.6

Tabla 58: Competencias que consideran los estudiantes que le han proporcionado información (n= 58)

	n	Total	%
Autoestima			
Si	35		60.3
No	23		39.7
Percepción de autoeficacia			
Si	14		25.9
No	44		74.1
Automotivación			
Si	37		63.8
No	21		36.2
Autocontrol			
Si	31		53.4
No	27		46.6

Tabla 59: Materiales o recursos que los estudiantes han utilizado en el plan de autocuidados (n= 58)

	Planificación		Realización	
	n	%	%	%
Asistencia a las clases presenciales de psicología				
Si	39	67.2	23	39.7
No	19	32.8	35	60.3
Ejercicios para pasar a la acción				
Si	37	63.8	46	79.3
No	21	36.2	12	20.7
Metáforas				
Si	45	77.6	31	53.4
No	13	22.4	27	46.6
Ideas clave				
Si	38	65.5	28	48.3
No	20	34.5	30	51.7
Preguntas				
Si	28	48.3	32	55.2
No	30	51.7	26	44.8
Otros				
Si	11	19.0	17	29.3
No	47	81.0	41	70.7

Tabla 60: Materiales o recursos que los estudiantes han utilizado para la dinámica dirigida al cuidado de otras personas (n= 58)

	Planificación		Realización	
	n	%	%	%
Asistencia a las clases presenciales de psicología				
Si	36	62.1	19	32.8
No	22	37.9	39	67.2
Ejercicios para pasar a la acción				
Si	37	63.8	45	77.6
No	21	36.2	13	22.4
Metáforas				
Si	33	56.9	25	43.1
No	25	43.1	33	56.9
Ideas clave				
Si	27	46.6	25	43.1
No	31	53.4	33	56.9
Preguntas				
Si	30	51.7	28	48.3
No	28	48.3	30	51.7
Otros				
Si	12	20.7	16	27.6
No	46	79.3	42	72.4

Tabla 61: Indica de los contenidos del programa de la asignatura de psicología, en cual/es has obtenido más materiales o recursos, para la planificación y ejecución del: (n= 58)

	Plan de cuidados		Dinámica para el cuidado de otras personas	
	n	%	%	%
Origen e historia de la psicología				
Si	5	8.6	10	17.2
No	53	91.4	48	82.8
Sensación Atención Percepción				
Si	13	22.4	14	24.1
No	45	77.6	44	75.9
Aprendizaje				
Si	23	39.7	19	32.8
No	35	60.3	39	67.2
Memoria				
Si	9	15.5	12	20.7
No	49	84.5	46	79.3
Personalidad				
Si	34	58.6	22	37.9
No	24	41.4	36	62.1
Motivación				
Si	31	53.4	32	55.2
No	27	46.6	26	44.8
Actitud				
Si	24	41.4	23	39.7
No	34	58.6	35	60.3
Emociones				
Si	37	63.8	23	39.7
No	21	36.2	35	60.3
Psicología del desarrollo				
Si	6	10.3	13	22.4
No	52	89.7	45	77.6

Tabla 62 : Calificación numérica de los estudiantes (n= 58)

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Autoevaluación del plan de cuidados	6.0	9.0	7.7	0.7
Evaluación de la dinámica para el cuidado de otras personas	6.5	10.0	8.2	0.8

VII. Discusión

Para facilitar el orden de la discusión, ésta se ha organizado a partir de los objetivos específicos definidos con anterioridad en la investigación. A continuación se plantean los aspectos que se han considerado más relevantes en cada uno de ellos.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 1

Conocer las variables de estudio de ambos grupos (control e intervención) al inicio de la investigación.

Variables sociodemográficas

Las características de la muestra del estudio relativas a la media de edad, vía de acceso a la universidad, estado civil y número de hijos son similares a la de otros estudios realizados con estudiantes universitarios en el contexto nacional ⁽²⁰⁸⁻²¹¹⁾.

En este mismo sentido, la mayor parte de estudiantes del Grado en Enfermería siguen siendo mujeres lo que contribuye a que la enfermería permanezca como una profesión eminentemente femenina ⁽²¹²⁾. Esto puede ser influido por la propia sociedad, la cual ha ido creando imágenes y simbolismos que han conformado distintos roles sociales y distintas ocupaciones profesionales a las que se les ha atribuido un determinado sexo ⁽²¹³⁾.

En cambio, resultados relativos a variables como son la estructura familiar, concretamente el número de hermanos, o el nivel educativo de los padres de los estudiantes y el número de horas de trabajo remunerado realizadas por el estudiante simultáneamente a su actividad académica, han mostrado diferencias entre distintas investigaciones revisadas.

En esta dirección, el 48.2 % de los sujetos del presente estudio eran hijos únicos, en contraste con los resultados de otras investigaciones dónde lo eran el 21% ⁽²¹⁰⁾, o sólo el 5.3% de los universitarios de Castilla-La Mancha ⁽²⁰⁸⁾.

Los estudios universitarios de los padres es otra variable donde se ha encontrado diferencias respecto a otras investigaciones. Mientras que en España sólo el 16,1% de la población general tiene estudios universitarios ⁽²¹⁴⁾, en el caso de los padres de los estudiantes que acceden a la universidad el porcentaje asciende al 40,8% ⁽²¹⁴⁾, en el caso concreto de los padres de los estudiantes de la muestra analizada este porcentaje desciende hasta el 31.3 - 25.3% (madres y padres respectivamente). A pesar de ello, éste porcentaje sigue siendo mayor frente a otros estudios realizados a nivel nacional donde la formación universitaria de los padres de los estudiantes disminuye hasta un 14.9-13.5% ⁽²⁰⁸⁾.

Según el informe realizado en el proyecto Eurostudent (*Social and Economic Conditions of Student Life in Europe*) ⁽²¹⁴⁾ el porcentaje total de estudiantes con dedicación laboral superior a 20 horas semanales en España es del 22.5%. Mientras que el porcentaje de estudiantes en esta situación en la muestra analizada es del 34,3%, en cambio, en estudios realizados con estudiantes pertenecientes a la universidad de Castilla la Mancha éste porcentaje desciende hasta el 18.2% ⁽²⁰⁸⁾ y en el caso de los estudiantes de la Universitat de València al 11,8% ⁽²¹¹⁾.

Si bien los estudiantes de la muestra analizada refieren a nivel familiar un mayor nivel socioeconómico, respecto a otros de distintas regiones nacionales ⁽²¹¹⁾, éstos compatibilizan en mayor medida sus estudios con un trabajo remunerado y se aproximan más en el porcentaje a estudiantes de países como, Lituania, Finlandia o Eslovaquia ⁽²¹⁴⁾. En este sentido el compatibilizar trabajo con la realización del Grado, supone reducir la disponibilidad de tiempo para dedicarlo a los estudios respecto a sus homólogos españoles.

En referencia a como el trabajo puede afectar al desempeño académico de los estudiantes, algunas investigaciones muestran una influencia negativa en función de la jornada laboral, especialmente si esta es igual o superior a 15-20 horas/semana ^(215,216). En esta circunstancia, se identifican como más expuestos a pobres resultados académicos los estudiantes más jóvenes, recién

incorporados en la universidad, sin experiencia laboral y que empiezan una actividad remunerada ⁽²¹⁵⁾. Es por ello recomendable velar por el seguimiento de los estudiantes en general y especialmente por los de éste perfil, para identificar de manera precoz posibles interferencias en su desempeño académico, y en este caso, reforzar las medidas existentes e introducir, si se considera oportuno, nuevas acciones para potenciar su rendimiento.

Éstas diferencias se agudizan si se analizan por separado los grupos control e intervención de la muestra estudiada. Existen diferencias significativas en las variables referentes a la percepción del nivel socioeconómico de la familia y en el nivel educativo que presentan las madres de los estudiantes, resultando ambas superiores en el grupo intervención respecto al grupo control. Según constata el estudio de Eurostudent ⁽²¹⁴⁾, la decisión de prolongar el periodo de formación y en particular el de continuar con estudios universitarios suele depender en gran medida del nivel económico y/o educacional de los padres. Rahona ⁽²¹⁷⁾ encuentra, para el caso español, que el nivel educativo de los padres, especialmente el de la madre, tiene un efecto positivo y significativo en la decisión de los hijos para realizar estudios universitarios.

A pesar de no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervención y control, en la variable relativa al número de horas de trabajo remunerado por semana que los estudiantes realizan simultáneamente a su actividad académica, el porcentaje de estas es superior en el grupo intervención. Es posible que estas diferencias puedan explicarse, en cierta medida, por el hecho de pertenecer el grupo intervención a una universidad privada, siendo el coste económico del curso académico del Grado en Enfermería de la misma, diferente respecto a las del grupo control. A su vez, ello puede relacionarse con el nivel económico familiar superior percibido por los estudiantes del grupo intervención, y éste, a su vez pueda estar motivado por la actividad laboral y los estudios de los padres. Por otro lado, los estudiantes del grupo intervención compatibilizan en un mayor porcentaje su actividad académica con la realización

de un trabajo remunerado, en parte, pueda ser debido en determinados casos para costear sus estudios y contribuir a la economía familiar.

Variables de Salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol)

Variables de salud

Alguno de los indicadores del concepto de salud, entendido éste de manera multidimensional, son la ausencia de enfermedad y la salud autopercibida y, que a pesar de posibles sesgos propios de los datos recogidos, como puede ser la subjetividad de la respuesta realizada por el estudiante, se consideran adecuados para describir el estado de salud de una población ⁽²¹⁸⁾.

La autovaloración de la salud de la muestra estudiada es satisfactoria, el 88% de los estudiantes universitarios manifiesta no padecer ninguna enfermedad, y de manera predominante no deben realizar tratamientos farmacológicos ni dietéticos. Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios, como los realizados con estudiantes de la Universitat de les Illes Balears ⁽²¹⁰⁾ donde el porcentaje de estudiantes que no presentaban ninguna enfermedad fue del 87,6%, o en los estudiantes de la Universidad de Castilla la Mancha en los que el porcentaje fue del 86,8% ⁽²⁰⁸⁾ y en el caso de la Universidad de Alicante, el 85% de los estudiantes califican su salud de buena, muy buena o excelente ⁽¹⁴⁶⁾.

Asimismo, estos resultados presentan la misma tendencia que los datos obtenidos en la Encuesta de Salud de Cataluña 2014 ⁽²¹⁹⁾ en la que el 83.2% de la población consideraba que su salud era buena, muy buena o excelente y los de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 ⁽²²⁰⁾ en el que el 88,69% de los universitarios consideraba que su salud era buena o muy buena. Igualmente, los resultados mostrados en la encuesta de calidad de vida en Europa, publicada por la oficina estadística de la comisión europea en 2015 (Eurostat), el 92.5% de la población de la Unión Europea, comprendida entre los 16 y 24 años de edad, refería una percepción de buena o muy buena salud ⁽²²¹⁾.

La autopercepción favorable de la salud encontrada entre los estudiantes, puede ser un factor que contribuya a explicar el bajo porcentaje de cursos realizados por éstos con la finalidad de promover la propia salud desde una perspectiva positiva. Concretamente en la muestra de estudio el porcentaje fue de 4.2%, y a pesar de ser muy austero, fue mayor respecto a otros universitarios que realizan titulaciones relativas a ciencias experimentales y de la salud, donde el porcentaje de cursos realizados para mejorar la propia salud se limitó a un 2.4% y en el caso de los estudiantes que realizaban enseñanzas técnicas, un 0% ⁽²⁰⁸⁾. Ello puede mostrar una diferencia en la relación y los comportamientos que establecen los estudiantes ante la presencia o ausencia de una enfermedad. Es decir, una mayor disposición para realizar comportamientos referentes a la prevención y tratamiento de la enfermedad que para la promoción de la salud.

Variables relativas a hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol)

Tabaco

El consumo de tabaco es un factor de riesgo crítico para la salud en términos de morbimortalidad de la población. En la muestra de estudio el porcentaje de fumadores fue del 27.7%, éste fue muy similar a los resultados obtenidos en estudiantes de la universidad de Castilla la Mancha ⁽²⁰⁸⁾ cuyo porcentaje fue del 27.6% y con los de la Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia-San Sebastián ^(222,209). En cambio fue muy superior respecto a estudiantes de la Universitat de les Illes Balears ⁽²¹⁰⁾ donde sólo el 19.5% de ellos eran fumadores.

Si se compara el porcentaje de fumadores de la muestra analizada (27.7%) con los últimos datos presentados en Encuesta de Salud de Cataluña 2014 ⁽²¹⁹⁾ y los de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 ⁽²²³⁾ se observa como éste es inferior en ambas encuestas, siendo los porcentajes respectivamente del 25,9% ⁽²²⁰⁾ y del 20.06% ⁽²²³⁾. En cambio, si comparamos la muestra estudiada con los resultados publicados en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) ⁽²²⁴⁾ en el periodo de 2012 a 2013, se observa cómo el porcentaje de fumadores de la muestra analizada es

inferior respecto al porcentaje obtenido entre adolescentes de 14 a 18 años, el cual fue del 35.3% ⁽²²⁴⁾.

Como se ha indicado en el apartado de resultados, entre el grupo control e intervención de la muestra estudiada existen diferencias significativas relativas al consumo de tabaco, siendo el porcentaje de fumadores muy superior en el grupo intervención (37.9%) respecto al grupo control (22.2%). El porcentaje de fumadores del grupo control está más en consonancia con los datos de otros estudios ^(208, 219,223), en cambio, en el grupo intervención se observa un incremento considerable del porcentaje de fumadores respecto a los estudios consultados.

Dada la influencia del tabaco en la aparición de enfermedades, se pone de manifiesto la importancia de considerar el consumo de ésta sustancia entre el colectivo estudiado y valorar la necesidad de influir para disminuir el hábito mediante intervenciones. Si cabe, éste hecho adquiere aún más relevancia si se considera que se trata de futuros profesionales de la salud y como tales serán modelos de comportamientos de salud para los usuarios.

Alcohol

Según los resultados obtenidos por la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en el periodo 2011-2012 ⁽²²⁵⁾, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. Según los resultados publicados en dicha encuesta, el 10.2% de la población consume bebidas alcohólicas diariamente y el 62.3% lo ha hecho en los últimos 30 días ⁽²²⁵⁾.

En la muestra analizada, el porcentaje de estudiantes que consumían bebidas alcohólicas de manera regular, es decir, entre 7 - 3 veces por semana, fue del 36.7%. Éste porcentaje es superior respecto a los resultados publicados en la Encuesta Europea de Salud en España 2009, donde solo el 25.56% de los encuestados manifestaron consumir bebidas alcohólicas todos los días o entre 6-

3 veces por semana ⁽²²⁶⁾. En cambio, el porcentaje de la muestra analizada fue inferior a los resultados obtenidos en estudios realizados con estudiantes de otras universidades, como son las de les Illes Balears y Castilla la Mancha, cuyos porcentajes fueron respectivamente del 58% ⁽²¹⁰⁾ y 68.2% ⁽²⁰⁸⁾.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa se considera que una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol ⁽²²⁷⁾. Por ello, para un mejor conocimiento de cuál es el índice de alcohol consumido, es importante el cálculo de la cantidad de alcohol puro total ingerido de media semanalmente. Los estudiantes de enfermería del Campus de la Universidad de Castilla la Mancha consumieron una media de 60 gr de alcohol puro por semana siendo las bebidas más frecuentes la cerveza y los combinados con alcohol de mayor graduación ⁽²⁰⁸⁾. En este mismo sentido, la muestra de estudio presenta un perfil similar en sus consumos.

A pesar de que en la muestra analizada, el porcentaje de estudiantes que consumen bebidas alcohólicas de manera regular o habitual, es inferior respecto a otros colectivos universitarios nacionales, también se identifica un consumo de alcohol superior respecto al descrito entre la población en general ^(225,226). Ésta diferencia respecto a la población general es más llamativa si cabe, si se observa que el mayor porcentaje de estudiantes de la muestra de estudio es de sexo femenino (86.7%), y en este sentido, según la Encuesta Europea de Salud en España 2009 ⁽²²⁸⁾ el porcentaje de consumo de alcohol entre estudiantes femeninas es menor respecto a los varones.

El mayor porcentaje en la muestra analizada de estudiantes que consumen bebidas alcohólicas (36.7%), respecto al porcentaje existente entre la población general (25.56%), plantea la posibilidad que en la muestra de estudio, la prevalencia del número de casos que presenten un consumo de alcohol de riesgo, es decir, un patrón de consumo que aumenta el riesgo de aparecer consecuencias adversas para la salud si el hábito persiste, e incluso, en algún

caso, el de un consumo perjudicial el cual conlleva consecuencias negativas tanto para la salud física como para la salud mental de la persona, sea superior respecto a la población en general. En este sentido, según la Encuesta de salud de Cataluña 2014 ⁽²¹⁹⁾ la mayor prevalencia de bebedores de riesgo se encuentra entre hombres (10.7%) respecto a las mujeres (4.3%) siendo el porcentaje de bebedores de riesgo más elevado el relativo al grupo de varones de 15 a 24 años.

Por ello, sería importante considerar en un futuro un estudio más preciso que permita considerar, si fuera el caso, a aquellos estudiantes que presentan un consumo de riesgo, perjudicial e incluso de dependencia al alcohol y valorar la necesidad de diseñar y evaluar intervenciones dirigidas a prevenir su consumo y los problemas derivados. Al igual que con el hábito tabáquico, éste hecho resulta especialmente relevante al tratarse de futuros profesionales de la salud, los cuales, como ya se ha comentado, influirán en los valores, creencias, actitudes y comportamientos de salud de los usuarios.

Variables relativas a la Salud Mental Positiva al inicio del estudio

Para la discusión de este apartado, por un lado se han comparado los resultados obtenidos en la muestra analizada con otros estudios en los que se utilizó como instrumento de medida el cuestionario de salud mental positiva definido por MT Lluch en 1999 ⁽³⁸⁾. Por otro lado, se han considerado otros estudios que, sin medir el mismo constructo, permiten discutir algunos aspectos de la salud mental positiva, ya sea globalmente o en alguno de sus factores. A continuación se comentan los aspectos más relevantes que se han investigado en el área.

En la muestra analizada la puntuación media obtenida por los estudiantes en el cuestionario global de salud mental positiva fue de 120.6 (DE12.7) puntos sobre 156 posibles, lo que indica que la mayor parte de los participantes presenta indicadores de salud mental positiva correspondientes a un nivel moderado-alto.

Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios en los que se utilizó el mismo instrumento ^(49,229).

En este mismo sentido, los resultados y datos relativos a la salud mental positiva publicados en la Encuesta Europea de Salud en España (Eurohis) ⁽²³⁰⁾, donde una puntuación de 100 representa la salud mental óptima, se halló que la población comprendida entre los 16 y 24 años de edad presentó una puntuación media de 76.35 (DE 17.37). Así mismo, se observó en ésta misma franja de edad, una diferencia en la media de la salud mental positiva entre hombres, siendo esta de 79.5 (DE 15.98) respecto a la de las mujeres de 73.08 (DE 18.14) ⁽²³⁰⁾. Estos resultados hacen considerar los obtenidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el estudio realizado sobre los activos para el desarrollo positivo y la salud mental en la adolescencia ⁽²³¹⁾, donde competencias básicas reconocidas para la salud mental como son la autoestima, la autoeficacia, y el optimismo, también fueron superiores entre chicos que entre chicas.

Por otro lado, según la Encuesta Europea de Salud en España, las puntuaciones inferiores en salud mental positiva se encontraron entre el colectivo perteneciente a los mayores de 75 años, siendo la media de la salud mental entre los hombres de 59.93 (DE 25.37) y de 50.93 (De 24.96) en mujeres ⁽²³⁰⁾. Estos datos son coincidentes con los obtenidos en otros estudios donde la edad se reveló como una variable influyente para la SM+ ⁽⁴⁹⁾. Por otro lado, el colectivo que presentó una media superior de salud mental positiva, fue el correspondiente a los jóvenes, especialmente si éstos eran estudiantes ⁽²³²⁾.

Estos datos orientan a que variables relativas a la edad, sexo y ocupación, influyen en el nivel de salud mental positiva de las personas, siendo los jóvenes, los estudiantes y especialmente los hombres, los que gozan de una mayor presencia de ésta. Ahora serían necesarios otros estudios más precisos para explorar estos resultados con mayor profundidad.

Al analizar con mayor detalle, en la muestra de estudio, los diferentes factores del cuestionario de salud mental positiva, se halló que los relativos a la actitud prosocial (F2) y a la satisfacción personal (F1) fueron los que presentaron mejores resultados, esto es coincidente con otros estudios ^(49,229,78), en cambio otros autores identifican como estos factores son de los menos acentuados ⁽²³³⁾, ello hace pensar que diferentes variables relacionadas con el contexto pueden influir en estos aspectos por lo que sería necesario realizar más estudios para su concreción.

En el caso concreto de la muestra analizada, los resultados obtenidos orientan a considerar que los estudiantes presentan una predisposición activa hacia lo social, con una actitud de ayuda y apoyo hacia los demás aceptando a éstos como seres únicos y diferentes. Estas actitudes y comportamientos caracterizan a profesiones orientadas a ofrecer un servicio a las personas, como es el caso de la enfermería. Esto sugiere que los estudiantes, como futuros profesionales de la salud, atribuyen un valor a la actitud prosocial con la que se identifican.

En este sentido, destaca el importante papel de la empatía, como motivadora de la conducta prosocial; así pues, la empatía analizada desde una perspectiva multidimensional, que incluye componentes cognitivos (toma de perspectiva) y emocionales (preocupación por el otro y capacidad para compartir sentimientos), se relaciona positivamente con la conducta prosocial. Asimismo, algunos estudios han constatado que la conducta prosocial, es un factor de protección frente a la conducta agresiva y favorece la interacción personal ⁽²³⁴⁾.

Al mismo tiempo, las altas puntuaciones obtenidas en el F1, relativo a satisfacción personal, parecen indicar que los estudiantes presentan un buen concepto de sí mismos, que están satisfechos con la vida personal y con las perspectivas de su futuro. Ello puede estar relacionado con el inicio de unos estudios universitarios, lo cual en sí mismo, es un logro significativo que puede favorecer la presencia de sentimientos positivos. Algunos estudios muestran relación entre la satisfacción con la vida personal y la autoestima, la cual es la

parte evaluativa del autoconcepto ⁽²³⁵⁾, en este sentido, podría considerarse la presencia de una autoestima consistente en parte de los estudiantes de la muestra analizada.

En definitiva, los factores relativos a actitud prosocial y satisfacción personal plantean competencias básicas de relación intrapersonal e interpersonal como son la autoestima y la empatía respectivamente, que sin duda, pueden identificarse como fortalezas para las personas y su salud mental. No obstante, sería necesario realizar otros estudios que permitieran analizar con mayor detalle el tipo de relación entre estos factores de la salud mental positiva y competencias básicas como son la autoestima y la empatía.

Por otro lado, en la muestra analizada, al igual que en otros estudios ^(49, 229,78), los factores referentes a la autonomía (F4) y especialmente al de autocontrol (F3), representaron la mayor debilidad en cuanto a salud mental, dado que fueron los factores en los que se encontraron puntuaciones inferiores. Igualmente, algunos estudios han puesto de manifiesto la existencia de mayores niveles de estrés entre los estudiantes de enfermería respecto a estudiantes de otras disciplinas ⁽²³⁶⁾. En este sentido, estos resultados muestran como los mayores retos para los estudiantes participantes en el estudio se centran en dos aspectos, uno de ellos, consiste en reforzar y aumentar su capacidad para afrontar situaciones estresantes, mejorar su tolerancia a la ansiedad y gozar de un mejor equilibrio y control emocional, el segundo aspecto consiste en aumentar la confianza en sí mismo, la independencia y capacidad de tener un criterio propio.

El déficit en la gestión emocional efectiva, relativo al F3 (autocontrol) del cuestionario de salud mental positiva, puede derivarse del incremento y/o aparición de nuevas necesidades a las que deben dar respuesta los estudiantes en el ámbito universitario ⁽²³⁷⁾. El incremento de trabajos individuales, los trabajos en equipo, las presentaciones en público o las evaluaciones continuadas, incrementan las exigencias y la presión a la que se exponen los estudiantes y frente a éstas, han de potenciar o desarrollar estrategias que les permita mejorar la gestión del tiempo para conseguir unos objetivos previamente definidos.

Por otro lado, dar respuesta a este incremento en la demanda académica del estudiante, puede interferir en el tiempo disponible para otras actividades por lo que pueden verse afectadas las relaciones interpersonales y el apoyo social, al disminuir, e incluso sacrificar, espacios que el estudiante destinaba a compartir y tratar con otros la propia conflictividad. Esto puede verse agudizado en el caso de los estudiantes que compatibilizan sus responsabilidades académicas con otras de tipo laboral o familiar, y en aquellos en los que las tensiones se mantienen en el tiempo, sus mecanismos adaptativos pueden quedar interferidos propiciando la aparición de un desequilibrio emocional.

Algunos autores afirman que las personas con bajos niveles de estabilidad emocional y cuya respuesta a situaciones con frecuencia son desproporcionadas o van acompañadas de irritabilidad y ansiedad, pueden ser más propensas a desarrollar en un futuro un trastorno mental ^(238, 239).

Así mismo, la salud mental positiva a través del autocontrol puede ayudar a proteger en un futuro a los estudiantes, en su rol como profesionales, contra el efecto del estrés en el trabajo o *burnout* ⁽²⁴⁰⁾ dada la relevancia que este fenómeno presenta entre el colectivo enfermero y sus consecuencias negativas en el acto de cuidar ^(241,242).

Por todo ello, con la finalidad de aumentar el nivel de salud en general y disminuir la aparición de trastornos mentales, es importante desarrollar el F3 (autocontrol) de la salud mental positiva mediante la introducción y fortalecimiento de programas de seguimiento para los estudiantes ^(66, 243, 237).

De acuerdo con MT Lluch ⁽³⁸⁾, el autocontrol es una dimensión esencial de la salud mental positiva para mantener el equilibrio emocional, un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona por lo que se hace indispensable afianzarlo en población universitaria.

El otro factor de salud mental positiva con puntuaciones inferiores, fue el correspondiente al de autonomía (F4). Esto también puede estar influido por el inicio de unos nuevos estudios, lo que implica, además de ser un reto e incentivo personal, el tener que aprender a ser estudiante universitario ⁽²⁴⁴⁾. Ello además, pasa por conocer nuevas personas, el empezar a relacionarse con estas bajo la premisa implícita de ser aceptado y reconocido por ellas. Se acentúa por tanto, la necesidad de agradar a los demás, de ser uno de ellos, de demostrar que se está a la altura y capacitado para los estudios universitarios. Al mismo tiempo, se descubren nuevos referentes, espacios y reglas que requieren la identificación de límites que finalmente acaben confiriendo seguridad psicológica y emocional al estudiante. Ante este escenario, aparecen dudas, preguntas y sentimientos como el de inseguridad, de confusión, de miedo o falta de confianza, relativos a ser rechazado, el no haber elegido los estudios adecuados, no “encajar”, o el no ser capaz de finalizar el Grado.

En este sentido, si bien por parte de los estudiantes en ningún ítem del cuestionario de salud mental positiva, se presentó un efecto suelo, los que mayor número de respuestas agruparon, entre otros, fueron los relativos al F4 (Autonomía) que comprendían la siguiente información: P10 (Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi), P19 (Me preocupa que la gente me critique), P34 (Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o).

Para la mayor comprensión de estas respuestas, resulta valiosa la teoría del desarrollo psicosocial definida por Erikson ⁽²⁴⁵⁾. Ésta teoría presenta la evolución de la personalidad a través de la vida a partir de ocho “crisis” enfatizando las influencias de tipo social y cultural sobre el “yo” en cada una de ellas. Cada crisis es un punto decisivo relacionado con un aspecto de importancia a lo largo de la vida y surgen de acuerdo con el nivel de maduración de una persona en un momento determinado. Una de las crisis comprendidas en la teoría de Erikson es la denominada; identidad frente a confusión de identidad. Esta surge durante la adolescencia, cuando el joven se está volviendo más autónomo y comienza a

mirar el futuro en términos de carrera profesional, relaciones y familia, entre otros. Durante este período, los jóvenes investigan diversas posibilidades y comienzan a formar su identidad basándose en el resultado de esas investigaciones. El sentido de quiénes son (frente al mundo) puede dar lugar a una sensación de confusión sobre sí mismos.

La autonomía requiere de habilidad para enfrentar las presiones sociales, de pensar o actuar de cierta forma y de guiar y evaluar comportamientos en base a pautas y valores personales en lugar de utilizar los de otras personas. Aunque los estudios universitarios son una oportunidad para potenciar y desarrollar la autonomía personal, antes de que ello ocurra, es necesario que el estudiante invierta un tiempo en procesar e integrar lo que poco a poco va descubriendo en su rutina académica, es decir, el darse cuenta de que es él, el auténtico protagonista y el que lidera su proyecto personal. Se espera que el estudiante pueda asumir el control de las decisiones que toma e ir evaluando en qué áreas puede tomar el control y en cuáles no. Es por ello que el primer año en la universidad es el que constituye un mayor proceso de ajuste para el estudiante.

En este sentido, los sistemas de acogida y tutorización de los estudiantes en la universidad son importantes para favorecer su desarrollo personal en éste contexto ⁽²⁴⁶⁾.

Algunos estudios muestran como los estudiantes señalan que la universidad implica una nueva manera de estudiar, que con el tiempo les proporciona una autonomía que desconocían hasta ese momento la cual, poco a poco, pueden trasladar a su vida personal, convirtiéndose en seres autónomos a todos los niveles ⁽²⁴⁷⁾.

Finalmente, los factores relativos a las habilidades de relación interpersonal (F6) y la resolución de problemas - autoactualización (F5) presentaron resultados similares, sin destacar las puntuaciones por ninguno de los extremos, estos datos fueron semejantes a la de otros estudios realizados con estudiantes ⁽²²⁹⁾.

Es interesante resaltar que entre el grupo control e intervención de la muestra analizada se identificaron diferencias significativas relativas al factor resolución de problemas / autoactualización (F5), siendo las puntuaciones obtenidas superiores en el grupo intervención. Ello puede estar relacionado con el mayor porcentaje de estudiantes en el grupo intervención que compatibilizan su actividad académica con un trabajo remunerado, respecto al grupo control. La incorporación al mundo laboral requiere desarrollar, entre otras, la capacidad de adaptación a situaciones de cambio y la destreza para tomar decisiones ante situaciones difíciles, los cuales son condiciones clave en el factor resolución de problemas / autoactualización de la salud mental positiva. No obstante sería necesario realizar estudios más detallados que permitieran confirmar o rechazar este supuesto así como identificar otras variables que puedan influir en éste factor.

Variables relativas a las Conductas Promotoras de la Salud al inicio del estudio

Para la discusión de este apartado, por un lado se han comparado los resultados obtenidos en la muestra analizada con otros estudios en los que se utilizó para medir las conductas promotoras de la salud la escala HPLP II. Por otro lado, se han considerado otros estudios que, sin medir el mismo constructo, permiten discutir algunos aspectos de las conductas promotoras de la salud en alguna de sus dimensiones. A continuación se comentan los aspectos más relevantes que se han estudiado en esta área.

Un comportamiento saludable se acompaña de efectos beneficiosos sobre la salud y la calidad de vida, siempre que éste represente un hábito de conducta, esto es, debe realizarse de forma cotidiana o casi cotidiana. En consecuencia, un comportamiento saludable que se realice de forma esporádica no tendrá efectos significativos sobre la salud ni a medio ni a largo plazo. Es por ello que se considera que aquellas conductas que, o bien no se realizan nunca, o solo

algunas veces, indican la ausencia o insuficiencia de un hábito relativo al autocuidado.

En la muestra analizada, la puntuación media obtenida por los estudiantes en la escala global HPLP II fue de 114.7 (DE 13.3) puntos sobre 176 posibles. A partir de ésta, la mayor parte de los participantes revelaron indicadores de conductas promotoras de salud correspondientes a un nivel de bajo a moderado. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios realizados con estudiantes de enfermería en los que se utilizó el mismo instrumento ^(161,172, 178, 248- 250), y también son afines a los obtenidos en otros colectivos de estudiantes universitarios ^(161,163, 208).

Al igual que en otros estudios ^(163,172,177,208), para analizar las diferentes dimensiones de las conductas promotoras de la salud se partió de la media obtenida en cada una de ellas en base a las respuestas en los diferentes indicadores que la configuran. En este sentido, se observa como en cuatro de las seis dimensiones que comprende la escala HPLP II, concretamente D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física), D3 (Nutrición) y D6 (Gestión del estrés) la media obtenida es inferior a 2.5, lo que indica un estilo promotor de la salud insuficiente por parte de los estudiantes en estas dimensiones. Sólo en las dimensiones relativas a D5 (Relaciones interpersonales) y D4 (Desarrollo espiritual) se alcanza una media de 3 la cual, a pesar de ser superior respecto a las otras dimensiones, sigue estando apartada de ser un estilo promotor de la salud óptimo. Éstos resultados son muy similares a los obtenidos en otros estudios realizados ^(163,172,177, 250,208).

Asimismo, al igual que los resultados obtenidos en los factores F2 (Actitud prosocial) y F1 (Satisfacción personal) del cuestionario de SMP comentados con anterioridad, se vuelve a apreciar a partir de las puntuaciones alcanzadas en las dimensiones de la escala HPLP II relativas a la D4 (Desarrollo espiritual) y la D5 (Relaciones interpersonales) como las mayores fortalezas de los estudiantes de la muestra analizada se centran en aspectos relativos a la relación intrapersonal

e interpersonal. Posiblemente ello pueda estar en relación con competencias básicas previamente indicadas relativas a la autoestima, la automotivación y la empatía. No obstante serían necesarios otros estudios para explorar esta posible relación.

Igualmente, los resultados obtenidos en la dimensión D6 (Gestión del estrés) ratifican, como se ha comentado con anterioridad, que una de las mayores debilidades de los estudiantes de la muestra analizada se encuentra en el autocontrol emocional, lo que lo convierte en una de las necesidades que resulta fundamental abordar para mejorar la salud en general.

También es paradójico que entre estudiantes de enfermería, cuya futura profesión les llevara con frecuencia a contribuir a mejorar, mantener o recuperar la salud de los usuarios, se presenten resultados bajos (media 2.3) relativos a la dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud). Ello pone de manifiesto la práctica insuficiente por parte de los estudiantes de conductas relativas a prestar atención a la propia salud, ya sea para la promoción de ésta o para prevenir enfermedades. Para poder cuidar a otros resulta imprescindible cuidarse, por ello es importante introducir prácticas y dinámicas que favorezcan entre los estudiantes esa toma de conciencia. El autocuidado es una oportunidad para el estudiante de, valorarse, aceptarse, respetarse y quererse a sí mismo, tanto como lo hace a los demás.

Es posible que esta baja puntuación en la dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) también esté relacionada con la crisis denominada; identidad frente a confusión de identidad de la teoría de Erikson ⁽²⁴⁵⁾ previamente comentada. En etapas previas, eran sus progenitores los que planificaban y organizaban todas las acciones relativas a las visitas y seguimiento de la salud. El volverse más autónomo puede contribuir a que los estudiantes también lideren y gestionen éste ámbito.

Además de las dimensiones ya comentadas, D6 (Gestión del estrés) y la D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), la D3 (Nutrición) y muy especialmente la D2 (Actividad física) revelan un estilo promotor de la salud insuficiente entre los estudiantes de la muestra analizada.

La actividad física es una parte importante del estilo de vida que si se practica de forma regular comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos, físico, psíquico y social. Las deficiencias observadas plantean la existencia de factores de riesgo para la salud como es un estilo de vida sedentario, dado que la mayor parte de los estudiantes manifiestan no participar de manera regular en actividades ligeras, moderadas y / o vigorosas ya sea dentro de un programa planificado y controlado para el cuidado de la salud o mediante la participación episódica como parte de la vida diaria o las actividades de ocio. A pesar de que el 39.2% de los estudiantes manifiestan realizar actividades físicas usuales como es el subir y bajar escaleras en lugar de utilizar el ascensor, solo el 20.5% de ellos realiza ejercicios físicos vigorosos frente al 42.5% de la población general comprendida entre los 16 y 24 años de edad ⁽²⁵¹⁾. Así mismo, solo el 10.8% de los estudiantes de la muestra analizada realizan ejercicio físico de intensidad liviana a moderada, frente al 50.45% de la población general comprendida entre los 16 y 24 años de edad ⁽²⁵¹⁾. Estos resultados son similares a los obtenidos en la Encuesta de Salud de Catalunya realizada en 2014 ⁽²¹⁹⁾.

La disminución de la actividad física entre el colectivo universitario puede ser explicado por el hecho de que se convierte en una actividad voluntaria cuando las personas abandonan la escuela secundaria y empiezan a trabajar o estudiar en la universidad ⁽²¹⁰⁾. Hay observaciones que muestran que el comienzo de la vida universitaria favorece la disminución o retirada del ejercicio físico o deporte, algunas veces por el aumento en la exigencia y dedicación de este nivel educativo y otras por el traslado de localidad que puede conllevar el inicio de estudios universitarios ⁽¹⁶²⁾.

Sin embargo, a través de la práctica de ejercicio físico y actividades deportivas, los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir y reforzar aspectos importantes de su formación, los cuales le serán útiles en su futuro profesional y personal, entre otras competencias y valores se encuentran aquellos relativos al liderazgo, el trabajo en equipo, la constancia, la capacidad de análisis y autocrítica, el valor del esfuerzo, la autosuperación, el respeto a las normas y al contrario, la valoración de la salud y de la calidad de vida ⁽²⁵²⁾.

En este sentido, el contexto universitario es un entorno propicio para la promoción de la actividad física, ya que es una manera de potenciar un buen estado de salud físico y mental así como de integrar un hábito saludable en sí mismo, y promotor de otros estilos de vida saludables. Por ello es recomendable que la universidad proponga programas de intervención dirigidos a fomentar la práctica de ejercicio físico entre los estudiantes.

Por otro lado, los pobres resultados obtenidos en la dimensión D3 (Nutrición) plantean la necesidad de analizar sus causas. En este sentido, hay estudios que muestran como cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y a la elaboración de comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal ricos en grasas, azúcar y colesterol ⁽²⁵⁴⁾.

Entre los estudiantes de la muestra analizada, se destaca un alto consumo de productos de la parte superior de la pirámide alimentaria, como son los embutidos y carnes grasas, azúcares y dulces ⁽²⁵⁴⁾. Por otro lado, el consumo de verduras y frutas es menor al recomendado. El elevado consumo de alimentos ricos en grasa saturada y azúcares simples, así como el bajo consumo de vegetales, refleja la modificación de los hábitos tradicionales de la población ⁽²⁵³⁾. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios ⁽²⁵⁵⁾.

Por todo ello se desprende la necesidad de potenciar acciones de educación nutricional entre los estudiantes. Las pautas dietéticas aplicables a estos universitarios consistirían básicamente en incrementar el consumo diario de

frutas, verduras y hortalizas. Por otro lado, habría que recomendar el consumo ocasional de bollería industrial y dulces, además de insistir en la importancia de un desayuno diario, que incluya cereales, lácteos y frutas.

Finalmente y por todo lo expuesto, se considera que el estilo promotor de la salud de los estudiantes de la muestra analizada, es insuficiente, en la mayor parte de sus dimensiones (D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física), D3 (Nutrición) y D6 (gestión del estrés)) y moderado en las otras restantes (D4 (Desarrollo espiritual) y D5 (Relaciones interpersonales)), esto influye en el riesgo de desarrollar en un futuro enfermedades crónicas las cuales pueden acabar limitando la calidad de vida y el bienestar personal. Estos resultados se orientan en el mismo sentido que los obtenidos en una revisión efectuada previamente en relación al estilo de vida de los estudiantes universitarios ⁽²⁵⁶⁾.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 2

Analizar la fiabilidad del cuestionario de salud mental positiva y la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para población española.

Cuestionario de SMP

El cuestionario fue validado inicialmente en una muestra de 387 estudiantes de enfermería siendo los resultados psicométricos favorables. Todos los ítems del cuestionario obtuvieron un índice de discriminación interna superior a 0,25. En el análisis factorial exploratorio los seis factores extraídos explicaron el 46,8% de la varianza total del cuestionario. En la matriz factorial resultante, los pesos de cada ítem, respecto del factor extraído, fueron superiores a 0,40 en todos los casos. La consistencia interna, analizada mediante el alpha de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos fueron los siguientes: F1 = 0,83; F2 = 0,58; F3 = 0,81; F4 = 0,77; F5 = 0,79; y F6 = 0,71. ^(38, 67).

Los resultados obtenidos en la muestra analizada son similares a los anteriormente citados. En este mismo sentido, los resultados revelados en otras muestras, tanto en el contexto nacional ^(49, 207-212), como en el de otros países ^(78, 79, 257, 258), coinciden igualmente. Estos resultados apoyan el ajuste psicométrico del cuestionario de salud mental positiva para el presente estudio.

Escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* (HPLP II)

El instrumento original *Health Promotion LifeStyle Profile II* (HPLP) fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender en el año 1987 ⁽²⁸⁾, basado en las respuestas de 952 adultos de comunidades del medio oeste de EE.UU. El análisis de factores aisló seis dimensiones: Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo de Estrés. Estos seis factores fueron el 47.1% de la varianza en la medición de los ítems que en aquel momento configuraban la escala. El análisis de factor de segundo orden arrojó un solo factor, interpretado como Estilo de Vida Promotor de Salud. El coeficiente de confiabilidad Alfa para la escala total fue 0,92; y coeficientes alfa para las subescalas variaron desde 0.70 a 0.90.

Posteriormente, Walker S, Kerr M, Pender N y Sechrist K. validaron la versión castellana en el año 1990 ⁽¹⁰⁹⁾. La versión en español fue administrada a un grupo diverso, pero predominantemente mejicano-americano, de 485 hispanos residentes en áreas metropolitanas y rurales circundantes. Se aislaron los mismos seis factores que aquellos aislados previamente en la evaluación psicométrica de la versión inglesa. Los seis factores explicaron el 45.9% de la varianza en la medida. El análisis de factores de segundo orden arrojó un solo factor, interpretado como estilo de vida promotor de salud. El coeficiente de confiabilidad alfa para la escala total fue 0.93; los coeficientes alfa para las subescalas estuvieron en el rango 0.70 a 0.87.

Posterior, a la revisión efectuada por Pender, N en 1996 del Modelo Promotor de Salud, se llevó a cabo una revisión y evaluación psicométrica del *Health Profile*

LifeStyle Promotion por Walker, S. & Hill-Polerecky, D.M. resultando la versión actual de la escala HPLPII ⁽¹¹⁰⁾. Para evaluar su validez y fiabilidad fue administrada a un total de 712 adultos de entre 18 y 92 años. La escala revisada para medir los comportamientos de un estilo de vida promotor de la salud, consta de seis subescalas: responsabilidad sobre la propia salud; actividad física; nutrición; relaciones interpersonales; crecimiento espiritual, y gestión del estrés. El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach para el total de la escala fue 0.94 y varió de 0.79 a 0.87 entre las 6 Subescalas.

Con la finalidad de evaluar, en la población española, las propiedades psicométricas de la escala en castellano que proporcionaran una medida fiable del constructo de estilo de vida promotor de salud, Fortis et, al. ⁽⁹⁹⁾, en 2012 desarrollaron un estudio en cuatro campus universitarios situados en cuatro ciudades de la Junta de Castilla-La Mancha obteniendo una muestra total de 1219 estudiantes universitarios.

En el análisis de los 52 indicadores originales del HPLP II (castellano) mostró propiedades psicométricas inadecuadas en dos indicadores de la subescala de Nutrición. El coeficiente alfa de la subescala Nutrición aumentaba cuando los indicadores eran eliminados, por lo que ambos fueron suprimidos en los análisis posteriores.

También se encontró una estructura factorial diferente en comparación con la estructura original de seis factores de 52 indicadores. En el estudio de las dimensiones se eliminaron 6 indicadores pertenecientes a diferentes subescalas al presentar cruces en sus cargas.

Finalmente la escala HPLP II para población española quedó configurada por un total de 44 indicadores distribuidos en 6 subescalas. Todos los componentes se correlacionaron significativamente con la puntuación total de los 44 indicadores de la escala HPLPII y representaron el 40% de la varianza. El coeficiente alfa de Cronbach total fue de .87. Los coeficientes alfa para las diferentes subescalas

fueron: 0.76 (Responsabilidad sobre la propia salud) 0.82 (Actividad física), 0.68 (Nutrición) 0.78 (Desarrollo espiritual) 0.73 (Relaciones interpersonales) 0.51 (Gestión del estrés).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se concluyó que una de las razones para las diferencias entre la estructura factorial original obtenido por sus autores y la estructura factorial encontrada en el estudio de Pérez-Fortis et al., podría ser la redacción confusa de algunos indicadores.

Por otro lado, la construcción del estilo de vida promotor de la salud es inestable a través de las diferentes poblaciones. Los hábitos relacionados con la salud dependen en gran medida de factores contextuales y culturales, por lo que la interpretación y el uso del cuestionario deben ser validados para cada cultura independientemente de que compartan la lengua o no.

Los resultados obtenidos en la muestra analizada son similares a los presentados por Pérez-Fortis et al, en su estudio. En este mismo sentido, los resultados obtenidos en otras muestras, tanto en el contexto nacional ⁽²⁰⁸⁾, como en el de otros países. ^(172,178,249) coinciden igualmente. Estos resultados apoyan el ajuste psicométrico de la escala HPLP II para el presente estudio.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 3

Explorar la correlación entre los factores de la salud mental positiva y las dimensiones de las conductas promotoras de salud.

A continuación se plantearán algunos aspectos que pueden ser valiosos para la discusión y, especialmente, para futuras investigaciones ya que actualmente se carece de estudios que permitan debatir a partir de evidencias de resultados obtenidos.

La salud mental positiva es un constructo que explora fundamentalmente la vertiente psicosocial de la persona. Si bien se sabe que la salud mental guarda relación con la salud física, no es lo mismo evaluar la salud física que la salud mental⁽⁴⁸⁾. Por su parte, las conductas promotoras de la salud están conceptualizadas como un modelo multidimensional de aquellas acciones realizadas por iniciativa propia de la persona en el ámbito físico, social y psicológico. En este sentido, los resultados globales obtenidos al explorar la relación entre los factores de la salud mental positiva y las dimensiones de las conductas promotoras de salud son coherentes ya que los factores de salud mental positiva, correlacionan más, con las dimensiones de las conductas promotoras de la salud de carácter psicosocial y en menor o inexistente medida, con aquellas de signo físico.

De manera más concreta, la mayor relación de los factores de salud mental positiva con las dimensiones de las conductas promotoras de salud se encontró en las dimensiones relativas a D4 (Desarrollo espiritual), D5 (Relaciones interpersonales) y D6 (Gestión del estrés). Esta relación fue menor en D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), prácticamente inexistente con D3 (Nutrición) e inexistente con D2 (Actividad física). Por lo que respecta a las dimensiones de las conductas promotoras de salud con la salud mental positiva, se encontró mayor relación en los factores relativos a F1 (Satisfacción personal), F2 (Actitud prosocial) y F5 (Resolución de problemas / Autoactualización),

resultando menor ésta con F3 (Autocontrol) y F6 (Habilidades de relación interpersonal), y prácticamente inexistente con F4 (Autonomía).

La correlación a nivel global, entre la salud mental positiva y las conductas promotoras de salud fue significativa, en el sentido de que a mayor salud mental positiva mayor nivel de conductas promotoras, y viceversa. Asimismo se observa como las correlaciones entre la salud mental positiva y las conductas promotoras de la salud se encuentran más agrupadas, respecto a las correlaciones de las dimensiones de las conductas promotoras de salud con los factores de la salud mental positiva, la cual fue más equilibrada.

En este sentido, en relación a las correlaciones entre, la salud mental positiva y las conductas promotoras de salud, se observan dos grandes grupos. Por un lado, las de mayor correlación en un grupo, las cuales fueron como se ha comentado anteriormente, las dimensiones de carácter psicosocial (D4 (Desarrollo espiritual), D5 (Relaciones interpersonales) y D6 (Gestión del estrés) y por otro lado, el grupo de las dimensiones con menor correlación, las cuales fueron las de carácter más físico D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física) y D3 (Nutrición).

Esta distribución en la correlación indica como determinados aspectos de la salud mental positiva influyen más en la realización de algunas de las conductas promotoras de la salud que en otras. Es decir, en mayor medida, en aquellas que se centran en el desarrollo de los recursos internos, la utilización de la comunicación para lograr relaciones significativas a través de mensajes verbales y no verbales y en la movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir eficazmente la tensión. Por otro lado, en menor medida, en aquellas centradas a prestar atención a la propia salud, educación sanitaria, solicitar ayuda a profesionales cualificados, seleccionar y consumir alimentos esenciales para el sustento de la salud y el bienestar. Es especialmente llamativo observar como ningún factor de la salud mental positiva correlacionó con la práctica de actividades físicas y viceversa.

En definitiva, la salud mental positiva correlacionó más con aspectos de las conductas promotoras de la salud relacionados con la calidad de vida (como son el sentido y propósito en la vida o las relaciones interpersonales), que en aquellos más relacionados con la supervivencia física (como son la nutrición y la práctica actividad física).

En cambio, como se ha indicado anteriormente, las dimensiones de las conductas promotoras de la salud influyen de manera más equilibrada en los diferentes factores de salud mental positiva. Los aspectos de la salud mental positiva más potenciados por las dimensiones de las conductas promotoras de la salud son los relativos a la capacidad de análisis, tomar decisiones, flexibilidad, predisposición activa hacia la sociedad, actitud de ayuda y apoyo hacia los demás, así como, a la satisfacción con la vida personal y las perspectivas de futuro. Los puntos menos fomentados son los relativos a la independencia, seguridad personal y capacidad para tener criterios propios.

De forma más específica, por factores y dimensiones, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el F1 (Satisfacción personal) de la salud mental positiva y las dimensiones D4 (Desarrollo espiritual), D5 (Relaciones interpersonales) y D6 (Gestión del estrés). Estos resultados indican que a mayor satisfacción personal, mayor es el desarrollo espiritual a través de la conexión y la trascendencia de un individuo en relación a sí mismo, los otros y el universo. También la satisfacción personal influye en las relaciones interpersonales y la gestión del estrés. Esto es coherente con la idea de que el mundo interior no es un mundo aislado sino que está en constante contacto con otros mundos a los que aporta y de los que recibe. Este intercambio ha de ser consciente y equilibrado para que exista bienestar en el mundo interior.

Los resultados obtenidos indican una correlación entre el F2 (Actitud prosocial) de la salud mental positiva y las dimensiones de las conductas promotoras de salud D3 (Nutrición), D4 (Desarrollo espiritual) y D5 (Relaciones interpersonales), ésta relación refuerza la idea de que a mayor sensibilidad social y capacidad de

aceptación de los demás, mayor es el contacto con otros mundos, el “saber mirar” propicia el acto de saber amar, así como el hecho de “saber escuchar” promueve el saber estar en relación.

El factor F3 (Autocontrol) de la salud mental positiva, vinculado a la capacidad para el afrontamiento del estrés y de situaciones conflictivas, al equilibrio y control emocional, a la tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés, guarda una fuerte relación con las dimensiones de las conductas promotoras de salud D4 (Crecimiento espiritual) y D6 (Gestión del estrés). Es decir, a mayor autocontrol mayor es el desarrollo espiritual y la capacidad para la gestión del estrés. El desarrollo espiritual implica un mayor autoconocimiento el cual contribuye a la autorregulación de emociones y sentimientos de una persona en relación a su mundo interno y externo.

El factor F4 (Autonomía) de la salud mental positiva, relacionado con la capacidad para tener criterios propios e independencia, regular el propio comportamiento, la seguridad personal y la confianza en sí mismo, únicamente guarda relación con la dimensión D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) de las conductas promotoras de salud. Durante la incorporación al mundo adulto, los jóvenes están expuestos a una serie de exigencias a diferentes niveles, una de las más destacadas son las que afectan a su propia salud. Como se ha comentado anteriormente, la autonomía es fruto de un proceso evolutivo y de maduración personal tras el cual se incrementa la consciencia sobre uno mismo lo que favorece la independencia dentro de un marco de necesaria dependencia. Por ello es lógico que, a mayor autonomía, la responsabilidad sobre la propia salud también aumente.

El factor F5 (Resolución de problemas y Autoactualización) de la salud mental positiva se correlaciona con las dimensiones de las conductas promotoras de la salud D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D4 (Desarrollo espiritual), D5 (Relaciones interpersonales) y D6 (Gestión del estrés). Estos resultados son similares a los obtenidos en el factor F1 (satisfacción personal). En este sentido

la capacidad de análisis, la habilidad para tomar decisiones, la flexibilidad o capacidad para adaptarse a los cambios y una actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo hacen que la persona realice más comportamientos saludables de carácter psicosocial.

El factor F6 (Habilidades de relación interpersonal), al igual que los factores F1 (Satisfacción personal), F2 (Actitud prosocial) y F5 (Resolución de problemas y Autoactualización) de la salud mental positiva, se ha correlacionado con las dimensiones de las conductas promotoras de salud D4 (Desarrollo espiritual) y D5 (Relaciones interpersonales). En este sentido, la habilidad de la persona para empatizar y entender los sentimientos de los demás, dar apoyo emocional, y establecer y mantener relaciones interpersonales íntimas contribuye a reforzar conductas promotoras de la salud que enfatizan el vínculo con uno mismo, los demás y el mundo.

Por otro lado, es llamativo que al comparar las puntuaciones medias obtenidas en la salud mental positiva y las conductas promotoras de salud, ya sea en el cuestionario y escala global, o por factores y dimensiones, se observa que, si bien éstas presentan la misma tendencia, existe una diferencia entre ellas. Resultan superiores las puntuaciones relativas a la salud mental positiva, respecto a las conductas promotoras de salud. Éstas diferencias persisten, incluso en ámbitos próximos, como son el autocontrol de la salud mental positiva y la gestión del estrés de las conductas promotoras de salud, o en las habilidades de relación interpersonal de la salud mental positiva y las relaciones interpersonales de las conductas promotoras de salud, o la satisfacción personal y actitud prosocial de la salud mental positiva respecto al desarrollo espiritual de las conductas promotoras de la salud.

Es posible que estas diferencias puedan tener relación con la capacidad de autocrítica de los estudiantes en el momento de responder al CSM+ y a la escala HPLP II. El cuestionario de salud mental positiva se fundamenta principalmente en contenidos de tipo cognitivo (pensamientos) y emocionales (sentimientos)

formulados desde una perspectiva positiva o negativa, por lo que recoge valoraciones subjetivas, creencias o percepciones que las personas realizan en su vida de forma cotidiana. En cambio, la escala de conductas promotoras de salud se fundamenta en procesos, acciones o comportamientos objetivos que las personas realizan en su vida de forma cotidiana las cuales se formulan desde una perspectiva positiva. Es posible que la dificultad autopercebida por los estudiantes para analizar y valorar sus pensamientos, emociones y sentimientos sea distinta a la de analizar y valorar sus comportamientos.

Por otro lado, los análisis realizados en la muestra del presente estudio para explorar las correlaciones entre ambos constructos (Salud mental positiva y Conductas promotoras de la salud), tanto desde una perspectiva global como por factores y dimensiones específicos, aportaron una perspectiva de comprensión conceptual y empírica de ambos constructos que ha facilitado el planteamiento de un Modelo Bidireccional de Relaciones entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud en estudiantes de Grado de Enfermería de primer curso. La característica principal de este modelo es la bidireccionalidad de las relaciones entre factores de Salud Mental Positiva y Conductas Promotoras de Salud.

Este planteamiento es novedoso y serán necesarias investigaciones más amplias y con muestras más heterogéneas para reforzar la generabilidad de los resultados encontrados que permitan sustentar el Modelo Bidireccional que se plantea.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 4

Explorar la relación entre las características sociodemográficas, de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total de la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud (post-pretest).

Características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total y los factores de la Salud Mental Positiva

Los participantes en el estudio que mayor incremento obtuvieron en la salud mental positiva después de la intervención fueron aquellos de mayor edad, cuyo acceso al Grado de Enfermería fue desde otros estudios universitarios o desde un Grado Superior, así como aquellos cuyos padres poseían un nivel de estudios superiores, especialmente si éste era el caso de la madre. Estas características influyeron especialmente en los factores F1 (Satisfacción personal), F2 (Actitud prosocial), y F6 (Habilidades de relación interpersonal) de la salud mental positiva. Estos resultados son coincidentes con otros estudios donde la edad de los sujetos se identificó como una variable que influye en la salud mental positiva (49, 230,232) así como la formación académica de los padres, especialmente la de la madre, se identifica como un incentivo favorable para los hijos (214, 217).

Características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total y los factores de la Salud Mental Positiva

Las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de alcohol y tabaco) que revelaron diferencias significativas en las puntuaciones posttest de la salud mental positiva fueron las referentes a padecer alguna enfermedad, el encontrarse realizando algún tratamiento médico y/o el ser fumador.

Aquellos estudiantes que debían realizar un tratamiento por prescripción médica fueron los que más mejoraron en salud mental positiva en general, especialmente en los factores F2 (Actitud prosocial) y F4 (Autonomía). En cambio, el padecer alguna enfermedad mermó los resultados en el factor F3 (Autocontrol) de la salud mental positiva. Finalmente, aquellos participantes en el estudio que eran fumadores fueron los que mayor incremento presentaron en el F6 (Habilidades de relación interpersonal) de la salud mental positiva.

Características sociodemográficas de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total y las dimensiones de las Conductas Promotoras de Salud.

Después de la intervención, los participantes en el estudio que mayor incremento obtuvieron en las conductas promotoras de salud en general, fueron aquellos de sexo femenino y cuyas madres tenían un nivel de estudios superior. Estas características influyeron especialmente en las dimensiones relativas a D2 (Actividad física) y D6 (Gestión del estrés) de las conductas promotoras de salud.

Características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de la muestra de estudio con respecto a la diferencia de la puntuación total y las dimensiones de las Conductas Promotoras de Salud

Las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de alcohol y tabaco) de los participantes en el estudio que revelaron diferencias en las puntuaciones posttest de las conductas promotoras de salud, mejorando éstas de manera significativa, fueron las referentes a seguir algún tratamiento farmacológico y/o ser fumador, especialmente en relación a la dimensión D2 (Actividad física). A su vez, los estudiantes que debían seguir una dieta por prescripción facultativa fueron los que más mejoraron en las dimensiones D4 (Desarrollo espiritual) y D6 (Gestión del estrés).

Por lo tanto en el presente estudio, la variable que ha mostrado ser más relevante para obtener mejores resultados tanto en la salud mental positiva como en las conductas promotoras de salud ha sido la formación académica de los padres, especialmente la de la madre.

Así mismo, es probable que aquellos estudiantes que debían seguir un tratamiento farmacológico y/o una dieta por prescripción facultativa, así como aquellos que eran fumadores, tuvieran una predisposición especial para mejorar su salud y por ello fueron los que mayor incremento presentaron tanto en salud mental positiva como en conductas promotoras de salud. Ello hace considerar nuevamente como la presencia de enfermedades o factores de riesgo de estas, contribuyen a realizar comportamientos los cuales están más asociados a la prevención que a la promoción de la salud.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 5

Analizar el efecto de la intervención en las diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva y en las Conductas Promotoras de Salud.

Diferencias Posttest-Pretest en la Salud Mental Positiva

Al comparar las diferencias posttest-pretest de las puntuaciones de la Salud Mental Positiva, según el grupo de estudio se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el total de la SM+ y en todos los factores a excepción del factor F4 (Autonomía) y del factor F5 (Resolución de problemas/Autoactualización).

Si bien el nivel de partida, en relación a la Salud Mental Positiva, en la muestra analizada era moderado a alto, el programa de intervención ha propiciado en el grupo intervención un incremento de un 4% en la puntuación general del cuestionario de SM+. Sin embargo, en el grupo control el incremento producido se limita a un 0.6%. Los factores que han resultado más potenciados en el grupo intervención son el F2 (Actitud prosocial), F3 (Autocontrol), F6 (Habilidades de relación interpersonal) y F1 (Satisfacción personal). El porcentaje de incremento para estos factores estuvo en el rango de 5,31% a 5,5%. En cambio en el grupo control todos los factores presentaron un estancamiento excepto el factor F5 (Resolución de problemas/Autoactualización) y F6 (Gestión del estrés).

En relación al grupo intervención es especialmente remarcable el porcentaje (5.5%) de incremento obtenido en el factor F3 (Autocontrol), dado que al inicio del estudio se identificaba en éste una de las debilidades de los participantes y por tanto era una de las necesidades prioritarias a tratar. A su vez, la actitud prosocial y las habilidades de relación interpersonal son claves para un buen desarrollo personal y social así como resultan competencias clave para los profesionales de la salud, especialmente los de enfermería los cuales articulan la mayor parte de sus acciones a través de la relación.

En referencia a los factores F4 (Autonomía) y F5 (Resolución de problemas/Autoactualización) no se han obtenido diferencias significativas entre el Posttest-Pretest respecto al grupo control, pero ambos factores se han incrementado respecto a la situación inicial.

A diferencia de otros factores, el relativo a F4 (Autonomía), puede estar más relacionado con un proceso de maduración personal y por ello su desarrollo requiera más tiempo. En relación al factor F5 (Resolución de problemas/Autoactualización), era el único factor en el que al inicio del estudio existían diferencias significativas entre el grupo control e intervención, presentando éste factor un mayor desarrollo en el grupo intervención, a su vez, este factor es el que posteriormente más se ha potenciado en el grupo control.

Por tanto, al haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el de intervención, la intervención relativa al programa de empoderamiento Dinamiza la salud: cuidate y cuida, se considera efectiva para potenciar y desarrollar la Salud Mental Positiva en estudiantes de enfermería.

Diferencias Posttest-Pretest en las Conductas Promotoras de Salud

Al comparar las diferencias posttest-pretest de las puntuaciones de las conductas promotoras de salud, según el grupo de estudio se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el total de las conductas promotoras de salud y en todas las dimensiones excepto en la dimensión D4 (Desarrollo espiritual). De la misma manera que ha sucedido con la Salud mental Positiva, las puntuaciones también han aumentando en el grupo intervención con respecto al grupo control de forma significativa.

El programa de intervención ha incrementado la puntuación general de las Conductas Promotoras de Salud un 5.6% en el grupo intervención. Sin embargo, en el grupo control el incremento producido se limita a un 1.2%. Las dimensiones que más se han desarrollado en el grupo experimental son la D2 (Actividad

física), D6 (Gestión del estrés), y D1 (Responsabilidad sobre la propia salud). El porcentaje de incremento para estas dimensiones estuvo en el rango de 5,83% a 8,6%. En cambio en el grupo control, algunos factores presentaron un estancamiento e incluso otros sufrieron un retroceso como fueron los relativos a D5 (Relaciones interpersonales) y D4 (Desarrollo espiritual), el porcentaje para estas dos dimensiones estuvo en el rango de -1.07% a -0.31%.

En relación al grupo intervención es especialmente remarcable el porcentaje de incremento obtenido en estas tres dimensiones D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física) y D6 (Gestión del estrés), dado que al inicio del estudio se identificaba en ellas las mayores debilidades de los participantes y por tanto eran una necesidad a tratar. En este sentido, el incremento de la práctica de actividad física y en general comportamientos relativos a velar por la propia salud, pueden ser un indicio de una mayor concienciación entre los estudiantes sobre la salud ya sea para prevenir enfermedades o desde una perspectiva positiva. Esto es especialmente relevante en el caso de estudiantes de Enfermería, dado que éstos serán los futuros profesionales de la salud y en consecuencia modelos de actitudes y de comportamientos en éste ámbito para los usuarios.

Si bien en la dimensión D4 (Desarrollo espiritual) no se ha obtenido, respecto al grupo control, diferencias significativas entre el Posttest-Pretest, ésta se ha mantenido e incluso ha presentado un leve incremento respecto a la situación inicial.

En referencia al grupo intervención, todas las dimensiones que configuran el estilo de vida saludable presentan una media superior a 2.5, siendo el rango de éstas de 2.6 a 3.2. Estas puntuaciones indican la práctica de un estilo considerado como promotor de la salud entre los estudiantes de éste grupo. En cambio en el grupo control, el rango de las diferentes dimensiones que configuran el estilo de vida saludable es de 2.2 a 2.9. Todas las dimensiones están por debajo de 2.5, excepto D5 (Relaciones interpersonales) y D4

(Desarrollo espiritual). Ello pone de manifiesto la presencia insuficiente de conductas promotoras de salud especialmente en D2 (Actividad física), D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) y D6 (Gestión del estrés).

Asimismo se observa, como la intervención ha influido más favorablemente en unas dimensiones del estilo promotor de salud (D2 (Actividad física), D6 (Gestión del estrés) y D1 (Responsabilidad sobre la propia salud)) respecto a otras (D5 (Relaciones interpersonales) y D4 (Desarrollo espiritual). Ello puede estar en relación con la naturaleza de estas dimensiones, las primeras se perciben más técnicas y procedimentales, respecto a las segundas, las cuales requieren un trabajo más introspectivo e íntimo por lo que requieren para su desarrollo una inversión de tiempo distinto en relación a las primeras.

Los efectos positivos derivados de la intervención, animan a seguir potenciando un estilo de vida más saludable entre los estudiantes, especialmente en aquellas dimensiones en que los comportamientos o bien no son adecuados o éstos resultan insuficientes como son los referentes a la D3 (Nutrición) la D6 (Gestión del estrés) y la D2 (Actividad física) las cuales a pesar de su progresión siguen siendo frágiles a nivel de resultados.

Por tanto, al haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervención y el grupo control, la intervención relativa al programa de empoderamiento Dinamiza la salud: cuidate y cuida, se considera efectiva para potenciar y desarrollar las Conductas Promotoras de Salud en estudiantes de enfermería.

El análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, relativo a la salud mental positiva y a las conductas promotoras de salud, incrementa y reafirman la evidencia experimental existente sobre el interés para establecer programas fundamentados en modelos que refuercen y promuevan la salud entre estudiantes universitarios.

Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo 6

Describir la valoración realizada por los estudiantes en relación a la implementación del propio programa de intervención para el empoderamiento de la salud.

Ámbitos de la Salud desarrollados en el plan de autocuidados por los estudiantes

La mayor parte de los estudiantes del grupo experimental decidieron abordar en su plan de autocuidados las dimensiones relativas a D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D6 (Gestión del estrés) y en menor porcentaje D5 (Relaciones interpersonales). En cambio fueron la minoría los que optaron por otras dimensiones como es la D4 (Desarrollo espiritual). Esta elección coincide con las necesidades identificadas al inicio del estudio, donde dimensiones como la D1 (Responsabilidad sobre la propia salud) y D6 (Gestión del estrés) se perfilaban como necesidades importantes para los estudiantes.

En este sentido, los estudiantes consideran la dimensión D6 (Gestión del estrés)/ factor F3 (Autocontrol) como los más importantes de abordar, al mismo tiempo que los perciben como los más complejos. A pesar de ello, la mayor parte de estudiantes que han trabajado éste aspecto, están satisfechos con los resultados que han obtenido. La mayor parte de los estudiantes consideran que los diferentes aspectos abordados en su plan de autocuidados han contribuido de manera satisfactoria para su autoestima, automotivación y autocontrol, en cambio no consideran que haya influido en la misma medida en su percepción de autoeficacia, por lo que resulta importante seguir trabajando para el empoderamiento de éstos.

Materiales y recursos utilizados en el plan de autocuidados por los estudiantes

El material utilizado con mayor frecuencia por los estudiantes, tanto para planificar como implementar su plan de autocuidados, han sido los diferentes ejercicios facilitados para pasar a la acción y las preguntas asociadas a factores de Salud Mental Positiva y Conductas Promotoras de la Salud. En cambio las metáforas y las ideas clave son recursos que han utilizado más específicamente para la planificación de su plan de autocuidados.

Del contenido del programa de la asignatura de psicología, los temas que consideran les han proporcionado más elementos para trabajar en su plan de autocuidados han sido los relativos a emociones, personalidad y actitudes, motivación y aprendizaje. Los que en menor medida consideran les han proporcionado elementos para su inclusión en el plan de autocuidados han sido los relativos al origen e historia de la psicología y la psicología del desarrollo.

Materiales y recursos utilizados en la dinámica dirigida al cuidado de otras personas por los estudiantes

Del mismo modo que para el plan de autocuidado, en la planificación y ejecución de una dinámica dirigida al cuidado de otras personas, los materiales más utilizados por los estudiantes también han sido los ejercicios para pasar a la acción facilitados y las preguntas asociadas a factores de Salud Mental Positiva y Conductas Promotoras de Salud. Nuevamente las metáforas e ideas clave son más utilizadas en la fase de planificación de la dinámica para el cuidado de otras personas que para su implementación.

Del contenido del programa de la asignatura de psicología, los temas que consideran les han proporcionado más elementos para trabajar en la dinámica para el cuidado de otras personas también han sido los relativos a motivación, emociones, personalidad y aprendizaje. Los que en menor medida consideran

les han proporcionado elementos para su inclusión en la dinámica para el cuidado de otras personas han sido los relativos al origen e historia de la psicología y la memoria.

En general, en cuanto al material y recursos utilizados por los estudiantes para la realización del programa de empoderamiento Dinamiza la salud: cuidate y cuida, se plantea la posibilidad que las metáforas e ideas clave favorecen más el análisis y la reflexión entre los estudiantes y los ejercicios para pasar a la acción y la formulación de preguntas contribuyen a la concreción de acciones prácticas por parte de éstos.

Autoevaluación del plan de autocuidados y la dinámica para el cuidado de otras personas

Finalmente, los estudiantes valoran positivamente la realización de un plan de autocuidados y están satisfechos de la dinámica realizada para promover la salud de otras personas. La mayor parte de ellos consideran que el plan de autocuidados contribuye a mejorar su estilo de vida e influye en su competencia personal y como futuro profesional para el cuidado.

VIII. Limitaciones, líneas de investigación futuras y divulgación del estudio

Limitaciones, líneas de investigación futuras y divulgación del estudio

Se presenta de manera conjunta el apartado de las limitaciones del estudio y las líneas de investigación futura al considerar que todas las limitaciones que muestra el presente estudio pueden ser superadas con futuras investigaciones.

Si bien en el contexto de la presente investigación, los estudiantes universitarios constituyen una población de relevancia e interés para la realización de estudios de bienestar y salud al tratarse de un grupo poblacional accesible y homogéneo, relativamente sano e incluso en determinados casos, los estudiantes de las ciencias de la salud, son un grupo referente como modelo saludable desde el punto de vista sanitario. Las ventajas de estudiar este colectivo conlleva, como contrapartida, una serie de limitaciones.

Una de las limitaciones principales corresponde a la generabilidad de los resultados. Los estudiantes universitarios son un grupo de jóvenes privilegiado en cualquier país, por lo que no se debe esperar que constituya una muestra representativa de la población como un todo. Igualmente los estudiantes de formación superior suelen presentar un perfil más saludable y positivo de comportamientos de salud o de acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad frente a otros grupos de jóvenes. Por lo que los resultados no son generalizables a la población general.

Al mismo tiempo, el diseño del presente estudio es de tipo cuasi experimental, se ha basado en muestras de estudiantes de un único Grado Universitario y se han incluido a los participantes por conveniencia manteniendo grupos naturales. Si bien la muestra estudiada (n=166) es de un tamaño aceptable en cuanto a la capacidad que puede asumir un solo investigador o un pequeño equipo de investigación, al ser la muestra de conveniencia puede ser que no sean representativos del total de estudiantes de enfermería. Puede ser que los que finalmente no participaron en el estudio fueran los que presentaran una peor salud mental positiva o peores conductas promotoras de la salud.

Por otro lado, al ser un estudio cuasi experimental, la asignación de la intervención no ha sido aleatoria, aunque al comparar las características iniciales de ambos grupos de estudio no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables.

En este sentido se plantea una **primera línea de investigación** que consistiría en la realización de estudios con muestras representativas y aleatorias de jóvenes estudiantes universitarios que permitiera la generalización de los resultados obtenidos al colectivo.

Otra limitación del estudio se vincula a la especificidad de los resultados. La investigación se ha realizado en un contexto determinado y con unas características muestrales concretas. Si bien los resultados obtenidos, tanto en relación a la salud mental positiva como a las conductas promotoras de salud son aplicables a la muestra estudiada, se desconoce si iguales resultados podrían darse también en otras muestras, ya fuesen clínicas o en población sana o, por el contrario, los resultados de la presente investigación solo son válidos para estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería.

En este sentido se plantea una **segunda línea de investigación** que debería ir encaminada a estudiar muestras diferentes en contextos iguales y diferentes.

Por otro lado, se ha planteado un Modelo Bidireccional de Relaciones entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud porque tanto el sentido conceptual como los resultados empíricos orientan a pensar que la relación entre ambos constructos (salud mental positiva y conductas promotoras de salud) es de carácter bidireccional. En ocasiones los pensamientos, ideas y sentimientos de una persona pueden influir en la realización de más y mejores comportamientos saludables; y en otras ocasiones los comportamientos saludables realizados por una persona pueden incrementar el nivel de salud mental positiva.

No obstante estas relaciones “hipotéticas” deberán ser confirmadas en próximas investigaciones. En este sentido, una **tercera línea de investigación** consiste en comprobar si el Modelo Bidireccional de Relaciones entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud reflejado en la presente investigación se cumple en otros contextos y en otras muestras.

Se ha planteado un programa de intervención para desarrollar la salud mental positiva y las conductas promotoras de la salud en estudiantes universitarios a partir de una metodología concreta, la cual no se ha fundamentado en el uso de recursos tecnológicos. Esto limita la agilidad para acceder a diferentes partes del programa, como es el plan de autocuidados, y también la rapidez para la personalización de los diferentes recursos diseñados de acuerdo a los intereses particulares de cada estudiante. Esto puede restar practicidad al programa y restringir su uso. En investigaciones futuras correspondería desarrollar aplicativos informáticos para dispositivos móviles que hicieran más ágil y facilitaran la integración de la práctica del autocuidado en las actividades cotidianas de la vida diaria de los estudiantes.

En este sentido, se plantea una **cuarta línea de investigación** centrada en el diseño y validación de un aplicativo informático para desarrollar la salud mental positiva y las conductas promotoras de la salud.

El programa de intervención se ha fundamentado en el modelo de Salud Mental Positiva propuesto por MT Lluch ⁽³⁸⁾ y el Modelo Promotor de la Salud definido por NJ Pender ⁽⁹⁵⁾. No obstante será necesario seguir profundizando en el campo teórico de éstos modelos de salud mediante su aplicación y posterior evaluación de su efectividad con la finalidad de aumentar la base de evidencia científica existente al respecto.

Asimismo, se presentan las recomendaciones que se desprenden del trabajo realizado.

El primer año en la universidad es el que constituye un mayor proceso de ajuste para el estudiante, en este sentido se identifica como los sistemas de acogida y tutorización en este contexto son importantes para favorecer su desarrollo y autonomía personal. También se propone dar una continuidad de las intervenciones para su empoderamiento personal a lo largo de todo el plan de estudios, en la medida necesaria y posible.

En relación a los resultados obtenidos en la presente investigación se propone, favorecer y fortalecer entre los estudiantes una perspectiva más positiva de la salud. Para ello, por un lado, será necesario seguir desarrollando factores y dimensiones de la Salud Mental Positiva y de las Conductas Promotoras de la Salud. Y, por otro lado, será necesario continuar analizando la validez del programa de empoderamiento “Dinamiza la salud: cuídate y cuida”, en sus diferentes apartados: diseño, metodología, ejecución y evaluación.

Finalmente, se presenta la difusión realizada de la presente investigación:

Articulos

Sanromà Ortíz M, Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Luna Gámez R, Miguel Ruiz D, Roldán-Merino J. Revisión bibliográfica: las conductas promotoras de salud en estudiantes universitarios. Rev Presencia [Internet]. 2015 ene-jun.[citado 20 dic 2015]; 11(21):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n21/p10487.php>

Ponencias/ Comunicaciones

Sanromà-Ortíz M, Lluch-Canut MT, Roldán-Merino J. Aplicación de la escala Health-Promoting Lifestyle Profile basada en el Modelo de Pender en investigación: una revisión bibliográfica. Eposter presentado en: Concha Colomer Symposium: Building Bridges-Creating Synergies for Health: 2013 jul; Girona.

IX Conclusiones

Conclusiones

1. En relación a la características sociodemográficas el perfil del estudiante que accede al Grado en Enfermería corresponde a ser mujer, tener una edad media de 22,2 años, ser hijo único, estar soltero y sin hijos. Se observa como el porcentaje de estudiantes que compatibilizan su formación universitaria con un trabajo remunerado, cuya dedicación es igual o superior a 20h semanales, es mayor respecto a sus homólogos a nivel nacional. En este sentido, el compatibilizar la realización del Grado con un trabajo supone reducir la disponibilidad de tiempo para dedicarlo a los estudios y ello puede acompañarse de posibles implicaciones a nivel académico. (objetivo 1)
2. En relación a las características de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol), los resultados obtenidos orientan hacia una mayor disposición de los estudiantes para la realización de comportamientos de tratamiento o prevención de la enfermedad respecto a los orientados a la promoción de la salud. (objetivo1)
3. Las mayores fortalezas de los estudiantes, en relación a la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud, se encuentran en los factores relativos a F2 (Actitud prosocial) y F1 (Satisfacción personal) y en las dimensiones relativas a D5 (Relaciones interpersonales) y D4 (Desarrollo espiritual). Estas fortalezas sugieren la presencia de competencias básicas de relación intrapersonal e interpersonal como son la autoestima, la automotivación y la empatía. (objetivo 1)
4. Las mayores debilidades de los estudiantes, en relación a la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud, se encuentran en los factores relativos a F3 (autocontrol) y F4 (Autonomía) y en las dimensiones relativas a D1 (Responsabilidad sobre la propia salud), D2 (Actividad física), D3 (Nutrición) y D6 (Gestión del estrés). (objetivo 1)

5. El cuestionario de Salud Mental Positiva y la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para población española han obtenido valores psicométricos favorables de fiabilidad para el presente estudio. (objetivo 2)
6. Los seis factores que definen el cuestionario de Salud Mental Positiva correlacionaron significativamente con al menos una dimensión de la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para población española y cinco de las dimensiones de la escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para población española correlacionaron significativamente con al menos uno de los factores del cuestionario de Salud Mental Positiva. Esto plantea un Modelo Bidireccional de Relación entre la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud, de forma que ambos constructos se influyen mutuamente: a más Salud Mental Positiva, más Conductas Promotoras de Salud y a más Conductas Promotoras de Salud, más Salud Mental Positiva. (objetivo 3)
7. Las variables sociodemográficas que presentaron una relación estadísticamente significativa con el incremento de la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud fueron: la edad, el sexo, el acceso al Grado de Enfermería desde otros estudios universitarios o desde un Grado Superior, así como un nivel de estudios superior de los padres, especialmente si éste era el caso de la madre. (objetivo 4)
8. Las variables de salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) que presentaron una relación estadísticamente significativa con el incremento de la Salud Mental Positiva y las Conductas Promotoras de Salud fueron: realizar un tratamiento o dieta por prescripción médica y el ser fumador. (objetivo 4)

9. En relación a la hipótesis planteada en el presente estudio, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervención y el grupo control, por tanto la intervención relativa al programa de empoderamiento Dinamiza la salud: cuídate y cuida, se considera efectiva para potenciar y desarrollar las Conductas Promotoras de Salud y Salud Mental positiva en estudiantes de enfermería, independientemente de la edad y del género. (objetivo 5)

10. Los estudiantes valoran positivamente la realización de un plan de autocuidados y están satisfechos con la dinámica realizada para promover la salud de otras personas. La mayor parte de ellos consideran que el plan de autocuidados contribuye a mejorar su estilo de vida e influye en su competencia personal y como futuro profesional para el cuidado. (objetivo 6)

X. Referencias Bibliográficas

1. Novoa MM. Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Univérsitas Psicológica*. 2002; 1(2):71-80.
2. Mardones JM. *Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica*. Barcelona: Anthropos; 2003.
3. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-36.
4. Borrell-Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002; 119(5):175-179
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)*. Madrid: Secretaria General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2013.
6. INE. *Movimiento natural de la población e indicadores demográficos básicos*. Madrid: INE; 2012.
7. *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [2014] [citado 18 ago. 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasNS_DB.htm
8. World Health Organization. *EUR/RC61/12 Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 [monografía en Internet]*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 [citado: 12 ago. 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf?ua=1
9. World Health Organization. *Life-Styles and Health*. *Soc Sci Med*. 1986 22(2):117-124.

10. World Health Organization. Regional Committee for Europe Sixty-second session .Malta, 10–13 September 2012 5 July 2012. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (EUR/RC62/9) [Monografía en internet] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [citado 19 sept. 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
11. Lemos-Hoyos MA, Restrepo-Ochoa DA, Richard Londoño C. Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*. 2008; 4(10):137-147.
12. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; 137:535-44.
13. Brannon L, Feist J. *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo; 2001.
14. Epstein RM, Morse DS, Williams GC, LeRoux P, Litle PD, Suchmann AL, et al. Clinical practice and the biopsychosocial model. En: Quill TE, Frankel RM, McDaniel SH, eds. *The biopsychosocial model*. New York: University of Rochester; 2001.
15. Singer BH, Ryff CD. *New horizons in health: an integrative approach*. Washington: National Academies Press; 2001.
16. World Health Organization. *WHO Constitution*. Geneva: World Health Organization; 1948.
17. Ponte-Mittelbrunn C. *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente: salud y ciudadanía*. Gijón: Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón; 2008.
18. Piédrola G. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson; 2008.
19. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud: revisión histórica. *Fermentum* 2008 sept.-dic; 18(53):610-633.

20. Laframboise HL. Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Can Med Assoc J.* 1973; 108:388-393.
21. Lalonde M. A new perspective of the health of Canadians: a working document [monografía en Internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1981 [Consultado 10 sept. 2014]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
22. Dever G. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Ind Re.* 1976; 2:453- 466.
23. WHO. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [monografía en internet] [S.l.]: WHO; [1978] [Citado 24 sept. 2014]. Disponible en: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
24. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [citado 14 oct 2014]. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986; [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
25. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica; DL 1999.
26. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF. Compendio de atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona [etc.]: Elsevier; 2010.
27. González-Alfaya ME. Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes. Santiago de Compostela : Universidad de Santiago de Compostela; 2008
28. Pender NL, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6ª ed. Boston [etc.]: Pearson : Prentice Hall; 2011.
29. Milestones in Health Promotion: statements from Global Conferences [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. Chapter 2, Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy : Second International

- Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988; [citado 17 nov. 2014]; p. 6-11. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_adelaide.pdf?ua=1
30. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud, 9-15 de junio de 1991, Sundsvall, Suecia [monografía en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf
31. Organización Mundial de la Salud-OMS. Declaración de Yakarta : sobre la promoción de la salud en el siglo XXI [Monografía en internet]. Yakarta: Organización Mundial de la Salud; 1997. [citado 25 oct. 2014]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
32. Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. [monografía en internet]. [S.l.]: WHO; [2000]. [citado 5 sept. 2014]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
33. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 Agosto 2005. [monografía en internet]. [S.l.]: WHO; 2005. [citado 5 sept. 2014]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
34. 7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development Closing the Implementation Gap, 26th-30th October 2009, Nairobi, Kenya [monografía en internet]. Ginebra: World Health Organization; 2009 [citado 20 ago. 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Programme.pdf?ua=1>

35. 8th Global Conference on Health Promotion (8GCHP), 10-14 June 2013, Helsinki Finland [Internet]. Helsinki: WHO; 2013 [citado 4 oct. 2014]. Disponible en <http://www.healthpromotion2013.org/>
36. World Health Organization. Milestones in health promotion : statements from global conferences [Monografía en internet] Ginebra: WHO. Health Promotion; 2009 [Consultado 20 feb. 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>
37. Seligman M. Positive Health. *Appl Psychol.* 2008; 57(Suppl.):3-18.
38. Lluch-Canut MT. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona. División de Ciencias de la Salud Facultad de Psicología; 1999.
39. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11(1):11–18.
40. Juvinyà-Canal D. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm Clin.* 2013; 23(3):87-88.
41. Locker D, Gibson B. The concept of positive health: a review and commentary on its application in oral health research. *Community Dent Health Services.* 2006; 34:161-173.
42. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria : Universitat de Girona, Càtedra Promoció de la Salut; 2011.
43. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [citado 8 ene. 2015]. Mental Health: strengthening our response : updated august 2014; [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
44. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2008.

45. Jané-Llopis E. A European Network for Mental Health Promotion and Menald Disorder Preention: Indicators, Interventions and Strategies Imhpa Project: Final Report to the European Commission DG SANCO/G, June 16th, 2008 [monografía en internet]. [S.l: s.n.]: 2008 [citado 20 feb. 2014]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1660/dn1660/imhpa%20final%20technical%20report.pdf>
46. Hosman C, Jané-Llopis E. Retos Políticos 2. En: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en la nueva Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, DL 2000-2003. p.29-41.
47. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica : líneas futuras en salud mental. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
48. Lluch-Canut MT. Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. En: Fornés-Vives J, Gómez-Salgado J, eds. Recursos y programas para la salud mental : enfermería psicosocial II. Madrid: Funden; 2008. p.37-69.
49. Lluch-Canut T, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. BMC Public Health [Internet]. 2013 [citado 12 sept. 2015] 13:928. doi:10.1186/1471-2458-13-928.
50. Vives-Iglesias AE. Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. Revista Psicología Científica.com [Internet]. 2007 nov. [consultado 15 jun. 2014]: [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable/>
51. Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, García-Campayo J, Montón-Franco C, Tizón-García JL.

- Prevención de los trastornos de salud mental. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:52-56.
52. Declaración Europea de Salud Mental : [Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental, Helsinki, 12-15 Enero 2005 [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [2005]. [citado 25 sept. 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
 53. Herman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization; cop. 2005.
 54. World Health Organization. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report [monografía a internet]. Geneva: WHO; 2004 [consultado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
 55. World Health Organization. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020 [monografía en internet] Copenhagen: WHO, regional office for Europe; 2014 [18 dic. 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_Inv_estCAHstrategy_140440.pdf?ua=1.
 56. OMS. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020: informe de la secretaría. [monografía en internet]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 20 feb. 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-sp.pdf
 57. Myers F, McCollam A, Woodhouse A. National programme for improving mental health and well-being: addressing mental health inequalities in Scotland: equal minds [monografía en internet]. Edimburg: Scottish Development Centre for Mental Health. Scottish Executive; 2005 [citado 9

- jul. 2014]. Disponible en:
<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/76169/0019049.pdf>.
58. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
59. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
60. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [monografía en internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2010 [citado 20 dic. 2014]. Disponible en:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/pla_salut_vfinal.pdf
61. Vázquez C, Hervás C. Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En: Vázquez C, Hervás C, eds. Psicología positiva aplicada. Bilbao: Desclee de Brower; 2008. p.17-39.
62. Vaillant GE. Salud Mental Positiva: ¿hay una definición intercultural?. World psychiatry: revista oficial de la World Psychiatric Association (WPA) 2012; 10(2): 93-99.
63. Lluch-Canut MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Mental. 2002 ag. 25(4): 42-55.
64. Jahoda, M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books; 1958.
65. Jané-Llopis E. Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. Health Promot J Austr. 2007; 18(3):191-197.
66. Keyes CLM, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. American Journal of Public Health 2010. 100(12): 2366-2371.

67. Lluch-Canut, MT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Behavioral Psychology=Psicología Conductual : revista Internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003 ; (1):61-78.
68. Cowen EL, Kilmer RP. Positive psychology: some plusses and some issues. *J Community Psychol*. 2002; 30(4):449–460.
69. Kovess-Masfety V, Murray M, Gureje O, et al. Evolution of our understanding of positive mental health. En: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO; 2005. p.35-46.
70. Bradburn NM. *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine; 1969.
71. Scheier MF, Caver C. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*. 1985; 4(3):219–247.
72. Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
73. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann NY Acad Sci*. 2006, (1094):1–12.
74. Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT, Sabater-Mateu P. Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la calidad de vida. *Presencia: revista de enfermería de salud mental [Internet]* 2007 ene-jun [citado 7 jul. 2014]; 3(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
<http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/presencia/n6/80articulo.php>
75. Meltzer H. Development of common instruments for mental health. En: Nosikov A, Gudex C, eds. *EUROHIS: developing common instruments for health surveys*. .Amsterdam: IOS Press; 2003. p.35-60.

76. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36).I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun; 30(6):473-485.
77. European Commission. Mental Well-being : fieldwork December 2005-January 2006 [Monografía en internet]. Bruselas: European Commission; 2006 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf
78. Amar J, Palacio J, Llinas H, Puerta L, Sierra E, Pérez A, Velásquez B. Quality of life and positive mental health in a Young worker of Tolúviejo. *Suma Psicológica*. 2008; 15(2):385-403.
79. Ospino-Nuñez CM. Caracterización de la salud mental positiva en menores trabajadores de un mercado público [Tesis doctoral en internet]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2009 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/683/32697555.pdf?sequence=1>
80. Vaingankar JA, Subramaniam M, Chong SA, Abdin E, Edelen MO, Picco L, Lim YW, Phua MY, Chua BY, Tee JY, Sherbourne C. The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic Asian population. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011 Oct [citado 25 jul. 2014]; 31(9):92. doi: 10.1186/1477-7525-9-92.
81. Hernández-Zamora ZE, Ehrenzweig-Sánchez Y, Yépez-Olvera L. Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. *Revista Costarricense de Psicología* [Internet]. 2010 [citado 12 ago. 2015]; 29(43): 17-34. Disponible en: <http://rcps-cr.org/wp-content/themes/rcps/descargas/2010/43/2-RCP-Vol29-No43.pdf>
82. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Elsevier-Masson; 1996.

83. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson J. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1999.
84. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1995.
85. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid [etc.]: Elsevier Science; 2007.
86. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
87. Luis-Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Masson; 2013.
88. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros: un sistema integrado y personalizado. México: Interamericana McGraw-Hill; 1999.
89. Herdman TH, ed. NANDA International Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
90. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, ed. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
91. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C, eds. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
92. Noar SM, Chabot M, Zimmerman RS. Applying health behavior theory to multiple behavior change: considerations and approaches. Preventive Medicine. 2008; 46(3):275-280.
93. Pender NJ. The Health Promotion Model: Manual [monografía en internet]. Ann Arbor: University of Michigan; 2011 [citado 14 oct. 2014]. Disponible en:
http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTIONMANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1

94. Gallardo-Pino C, Martínez-Pérez A, Peñacoba-Puente C. Promoción de la Salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos, una universidad Saludable [monografía en internet]. [Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2010]. [Consultado oct. 2014]. Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/3126/Promocion%20de%20la%20salud%20en%20las%20universidades%20la%20urjc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
95. Pender NJ. Health Promotion in nursing practice. 3rd ed. Stanford: Appleton & Lange; 1996.
96. Alligood MR, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7^a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
97. Shin YH, Hur HK, Pender NJ, Jang HJ, Kim MS. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43:3–10.
98. Tsu-Yin W, Pender, NJ. A panel study of physical activity in Taiwanese youth: Testing the revised health promotion model. *Family & Community Health*. 2005; 28:113–124.
99. Pérez-Fortis A, Ulla SM, Padilla JL. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. *Research in Nursing & Health*. 2012; 35:301-313.
100. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology review*. 1977; 84(2):191-215.
101. Worchel S, Cooper J, Goethals GR, Olson J. *Psicología Social*. Madrid [etc.]: Thomson; 2002.
102. Marqués-Molías F, Cabezas-Peña C, Camaralles-Guillem F, Córdoba-García R, Gómez-Puente J, Muñoz-Seco E, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. En: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud : PAPPS : actualización 09. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2009. p.79-99.

103. Osorio-Tinoco FF, Pereira-Laverde F. Hacia un modelo de educación para el emprendimiento: una mirada desde la teoría social cognitiva. Cuadernos de administración [Internet] 2011 jul.-dic. [citado 12 ag 2014]; 24(43):13-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/205/20521435001.pdf>
104. Peralbo-Uzquiano M, Sanchez-Pernas JM. Reflexiones sobre autoconocimiento y educación. Revista de Educación 1990;(292): 351-360.
105. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación educativa [Internet] 2007 Sep [citado 14 nov. 2014]; (7): 66-77. Disponible en: http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf
106. Ajzen I, Fishbein M. Factors influencing intentions and the intention-behavior relation. Human Relations. 1974 ene; 27(1):1-15.
107. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
108. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987 mar-abr; 36(2):76-81.
109. Walker SN, Kerr M, Pender N, Sechrist K. A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyles. Nurs Res. 1990 sept-oct; 39(5):268-273.
110. Walker SN, Hill-Polerecky, DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II Omaha: Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center; 1996.
111. Kuster A, Fong C. Further psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle profile. Nurs Res. 1993 sept; 42(5):266-269.

112. Carlson ED. A case study in translation methodology using the Health-Promotion Lifestyle Profile II. *Public Health Nurs.* 2000 ene-feb; 17(1): 61-70.
113. Huang YH, Chiou C. [Assessment of the health-promoting lifestyle profile on reliability and validity] [Resumen]. *Kaohsiung J Med Sci.* 1996 sept; 12(9): 529-537.
114. Teng HL, Yen M, Fetzer S. Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short form [Resumen]. *J Adv Nurs.* 2010 ago.;66(8): 1864-1873.
115. Meihan L, Chung-Ngok W. Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women [Resumen]. *Qual Life Res.* 2011 mayo; 20(4): 523-528.
116. Cao WJ, Chen CS, Hua Y, Li YM, Xu YY, Hua QZ. Factor analysis of a health-promoting lifestyle profile (HPLP): application to older adults in Mainland China [Resumen]. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 nov.; 55(3): 632-638.
117. Haddad LG, al-Ma'aitah RM, Cameron SJ, Armstrong-Stassen M. An Arabic language version of the health promotion lifestyle profile [Resumen]. *Public Health Nurs.* 1998 abr.;15(2): 74-81.
118. Wei CN, Yonemitsu H, Harada K, Miyakita T, Omori S, Miyabayashi t, Ueda A. [A Japanese language version of the health-promoting lifestyle profile] [Resumen]. *Nihon Eiseigaku Zasshi.* 2000 ene.;54(4): 597-606.
119. Pinar R, Celik R, Bahcecik N. Reliability and construct validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population [Resumen]. *Nurs Res* 2009 mayo-jun.; 58(3): 184-193.
120. Tajik M, Galvão HM, Eduardo-Siqueira C. Health survey instrument development through a community-based participatory research approach: Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) and Brazilian immigrants in Greater Boston [Resumen]. *J Immigr Minor Health.* 2010 jun.;12(3): 390-397.

121. Lemire M, Sicotte C, Pare G. Internet use and the logics of personal empowerment in health. *Health Policy*. 2008; 88(1):130-140.
122. World Health Organization. *Gaining Health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* [monografía en internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf?ua=1
123. *The European Mental Health Action Plan* [monografía en internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
124. *European Pact for Mental Health and Well-being: EU high-level conference together for mental health and wellbeing: Bussels, 12-13 june 2008* [monografía en internet]. Brussels : European Commission ; 2008 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
125. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007 Abr; 66(1):13-20.
126. Organización Mundial de la Salud. *La buena salud añade vida a los años, información general para el día mundial de la salud 2012*. [monografía en internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 24 oct. 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf
127. Gonzalez-Ortega M. Autocuidado como base de la promoción de la salud. *Enfoque: revista científica de enfermería* 2013 jul.-dic.; 14(9): 16-19.

128. Foucault M. El cultivo del sí. En: Foucault M. Historia de la sexualidad 3 : la inquietud del sí. México: Siglo XXI; 1987:p. 27-48.
129. Collière MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.
130. Torralba F. Esencia del Cuidar: siete tesis. Sal Terrae 2005 nov; 93(1095): 885-894.
131. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Invest. educ. enferm. 1999 sept.;17(2):109-118.
132. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
133. Berbiglia V, Banfield B. Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner T, Raile YM, eds. Modelos y teorías en enfermería. 7^a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p.265-285.
134. Giraldo-Osorio A, Toro-Rosero MY, Macías-Ladino AM, Valencia-Garcés CA, Palacios-Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2010 ene-jun [citado 24 sept. 2014]; 15(1):128-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>
135. Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2003 Sep [citado 24 jul. 2014]; 131(9):1061-1065. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>
136. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education & counseling. 2002; 48(2):177-187.
137. Redman BK. Responsibility for control: ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. Bioethics. 2007 jun.; 21(5):243-250.
138. Chambers R. The role of the health profesional in supporting self care. Quality in Primary Care 2006 sept.;14(3):129-131.

139. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(8):1143-1147.
140. Yin HS, Forbis SG, Dreyer BP. Health literacy and pediatric health. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2007 ago.; 37(7):258-286.
141. Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Formación en promoción y educación para la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
142. Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharna AM. Barriers to obesity treatment. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2008 mayo [citado 2 jul. 2014]; 19(3):173-180. doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.011.
143. Whitehead D, Russell G. How effective are health education programs? Resistance, reactance, rationality and risks: recommendations for effective practice. *Internal Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2004 [citado 3 jul. 2014]; 41: 163-172. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/8917299_How_effective_are_health_education_programmes_resistance_rationality_and_risk_Recommendations_for_effective_practice
144. Meda RM, De Santos F, Palomera A, Del Toro R. Educar para la salud en Educación Superior: tendencias y retos. *Rev Educ Cienc Salud* [Internet]. 2012 [citado 14 sept. 2014]; 9 (2): 86-94. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol922012/esq92b.pdf>
145. Lange I, Vio F. *Guía para universidades promotoras de la salud y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2006.
146. Reig A, Cabrero J, Ferrer R I, Richart M. *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: Universidad de Alicante; 2001.

147. Red Española de Universidades Saludables (Reus) ; principios, objetivos y estructura de la red : Documento actualizado a fecha: 10 de febrero de 2015 [monografía a internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado: 2 feb. 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/docs/Anexo1.pdf>
148. Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M, eds. Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action [monografía en internet]. Copenhagen: WHO; 1998 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/101640/E60163.pdf
149. Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior [monografía en internet]. [S.l.: s.n.; 2005] [citado 9 jul. 2014] Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3057616/Carta_de_Edmonton_Universidades_Promotoras_de_Salud_2005.pdf/71be3646-f745-4c5e-a1ad-9abc1636e02c
150. Scriven A, Stiddard L. Empowering schools: translating health promotion principles into practice. Health Educ. 2003; 103(2):110-118.
151. Declaración de Bolonia: Espacio Europea de Enseñanza Superior: Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación [monografía en internet]. Bolonia: s.n.: 1999 [citado 19 jul. 2014]. Disponible en: <http://eees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionBolonia.pdf>
152. La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior: documento-marco [monografía en internet]. [Madrid]: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2003 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Documento-Marco_10_Febrero.pdf
153. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades. Boletín Oficial del Estado. Núm. 307; (24/12/2001).

154. Peya-Gascóns M. La formación enfermera en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Nursing*. 2007; 25 (3):58-66.
155. Gonzalez J, Wagenaar R, eds. *Tuning Educational Structures in Europe: informe final: fase dos*. Bilbao: Universidad de Deusto: University of Groningen; 2005.
156. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco: título de Grado de Enfermería [monografía en internet]. Madrid: ANECA; 2004 [citado 12 ago. 2014]. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
157. Germán-Bes C, Bernués-Vázquez L. El tuning y el libro blanco de enfermería, dos procesos simultáneos [Monografía en internet]. En: *II Jornadas de Innovación Docente, Tecnologías de la Información y de la Comunicación e Investigación Educativa*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2008. p.1-9 [citado 9 jul. 2014]. Disponible en: <http://www.ice.unizar.es/uzinnova/jornadas/pdf/154.pdf>
158. Teixidor M. *La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional*. Barcelona: Fundación “La Caixa”; 2004.
159. R.D.1393/2007, de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*. Num. 260; (30 oct. 2007).
160. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. *Boletín Oficial del Estado*. Núm. 174; (19 de julio de 2008).
161. Ay S, Yanikkerem E, Çalim SI, Yazici M. Health-promoting lifestyle behaviour for cancer prevention: a survey of Turkish university students. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention: APJCP* [Internet]. 2012 [citado 3 mayo 2014]; 13(5):2269-2277. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.5.2269.

162. Ulla-Díez SM, Pérez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International* [Internet]. 2010 Mar [citado 3 mayo 2014]; 25(1):85-93. doi: 10.1093/heapro/dap047.
163. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med*. 2012 mayo; 17(3):222-227.
164. Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *J Dent Educ*. 2011 mar.; 75(3):413-420.
165. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice* [Internet]. 2011 feb. [citado 3 mayo 2014]; 17(1): 43-51. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01905.x.
166. Çoban A, Kavlak O, Özbasaran F. The evaluation of school of health students' knowledge and behavior of healthy life-styles of related to importance to prevent cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010; 11(3):773-6.
167. Can HO, Ceber E, Sogukpinar N, Saydam BK, Otles S, Ozenturk G. Eating habits, knowledge about cancer prevention and the HPLP scale in Turkish adolescents. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2008; 9(4):569-74.
168. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: a correlational study. *Nurs Health Sci*. 2008 mar.; 10(1):43-50.
169. Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs*. 2005 mayo-jun.; 22(3):209-220.
170. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S, Al-Ma'aitah R. A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Health Nurs*. 2004 ene-feb.; 21(1):85-90.

171. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014; 15(20):8969-8974.
172. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Vardanjani AE, Rafiei H. Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran City in 2013. *Glob J Health Sci.* 2014 nov.; 7(2):264-272.
173. Chalmers K, Seguire M, Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J Adv Nurs.* 2002 oct.; 40(1):17-24.
174. Kara B. The efficacy of an educational intervention on health behaviors in a sample of Turkish female nursing students: a longitudinal, quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2015 ene.; 35(1):146-151.
175. Raj S, Senjam SS, Singh A. Assessment of health-promoting behavior and lifestyle of adolescents of a north Indian city. *Int J Prev Med.* 2013 oct.; 4(10):1189-1193.
176. Ozveren H, Cerit B, Ertop NG. Differences in health promoting lifestyle behavior of health management students based upon early diagnosis coverage in a cancer course. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(10):5769-5773.
177. Stark MA, Hoekstra T, Hazel DL, Barton B. Caring for self and others: increasing health care students' healthy behaviors. *Work.* 2012; 42(3):393-401.
178. Ulla Díez SM, Fortis AP, Franco SF. Efficacy of a health-promotion intervention for college students: a randomized controlled trial. *Nurs Res.* 2012 mar-abr; 61(2):121-132.
179. Malak AT, Yilmaz D, Tuna A, Gümüs AB, Turgay AS. Relations between breast and cervical cancer prevention behaviour of female students at a school of health and their healthy life style. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010; 11(1):53-56.

180. Park JS, Kwon YS, Lee HR. Development and application of an online alternative therapy and health promotion class. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2006 abr.; 36(2):286-298.
181. Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: a challenge for nursing students. *J Nurs Educ*. 2005 jun.; 44(6):266-270.
182. Altun I. Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. *East Mediterr Health J*. 2008 jul-ago; 14(4):880-887.
183. Park MJ, Mulye TP, Adams SH, Brindis CD, Irwin CE. The health status of young adults in the United States. *J Adolesc Health*. 2006 sept.; 39(3):305-317.
184. Cuenca E, Almirón L, Czernik G, Marder G. Evaluación de rasgos de depresión en estudiantes de veterinaria de la ciudad de Corrientes. *ALCMEON: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* [Internet] 2005 jul. [citado 12 ag. 2014];12(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/12/46/07_cuenca.htm
185. Bisquerra-Alzina RI. Marco conceptual de la orientación psicopedagógica. *Revista mexicana de orientación educativa*. 2005 jul-oct; 3(6):2-8.
186. Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res*. 2011 nov.; 134(5):645-652.
187. Bi J, Huang Y, Xiao Y, Cheng J, Li F, Wang T, et al. Association of lifestyle factors and suboptimal health status: a cross-sectional study of Chinese students. *BMJ Open* [Internet]. 2014 jun. [citado 12 jul 2014]; 4:e005156. doi:10.1136/bmjopen-2014-005156.
188. Kim HW. Relationships between sex role identity, health promoting behaviors, and premenstrual symptoms among female university students. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2007 oct.; 37(6):1003-1012.

189. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nurs Health Sci.* 2007 jun.; 9(2):112-119.
190. Larouche R. Determinants of college students' health-promoting lifestyles. *Clin Excell Nurse Pract.* 1998 ene.; 2(1):35-44.
191. Kondo T, Yoshida A, Okada R, Kanda T, Kobayashi I, Murakami M. Circulating leptin: a marker of health in female students. *J Int Med Res.* 2002 mar.-abr.; 30(2):109-115.
192. Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *J Prof Nurs.* 2002 mar.-abr.; 18(2):101-111.
193. Jackson ES, Tucker CM, Herman KC. Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *J Am Coll Health.* 2007 jul.-ago.; 56(1):69-74.
194. Martinelli AM. Testing a model of avoiding environmental tobacco smoke in young adults. *Image J Nurs Sch.* 1999; 31(3):237-242.
195. Escobar-Potes MP, Franco-Peláez ZR, Duque-Escobar JA. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud [Internet]* 2011 jul.-dic. [citado 23 jul. 2014]; 16(2):132 – 146. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a10>
196. Seligman M. *La auténtica felicidad.* Barcelona: Egàra; 2002.
197. Soler J, Conangla M. *Ecología emocional.* Barcelona: RBA Libros S.A; 2007.
198. Conangla M. *Crisis Emocionales.* Barcelona: Amat; 2005.
199. Conangla M, Soler J. *Corazón que siente, ojos que ven.* Barcelona: Ed Zenith/Planeta; 2010.
200. Conangla M, Soler J. *Ecología emocional para el nuevo milenio.* Barcelona: Ed Pòrtic/Atrium; 2011.
201. Conangla M, Soler J. *Emociones: Las razones que la razón ignora.* Barcelona: Ed Obelisco SI; 2012.

202. Albacar-Riobóo N, Lleixá-Fortuño M, Lluch-Canut M, Roldán-Merino JF, Salvador-Usach MT, Montesó-Curto M, Adell-Argento B. Mejorar el autocuidado y la salud mental positiva de cuidadoras de personas con esquizofrènia: prueba piloto. Comunicación presentada en: XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados; 2013 nov; Lleida.
203. Albacar-Riobóo N, Lleixá-Fortuño M, Lluch-Canut MT, Salvadó C, Tramunt M, Olivera M. Valoració dels requisits d'autocura i salut mental positiva del/a cuidador/a principal de persones amb esquizofrènia. Prova pilot. Comunicación presentada en: Jornada Científica Internacional Sharing Nursing Knowledge; 2013 marzo; Barcelona.
204. Broncano-Bolzoni MG, Lluch-Canut MT, Gelabert S. El insight, su relación con la salud mental positiva y el bienestar personal en personas con trastorno mental. Comunicación presentada en: Jornada Científica Internacional Sharing Nursing Knowledge; 2013 marzo; Barcelona.
205. Mantas S, Juvinyà D, Bertran C, Lluch MT, Garré. Avaluació de la Salut Mental Positiva en professionals de la salut. Comunicación presentada en: Jornada Científica Internacional Sharing Nursing Knowledge; 2013 marzo; Barcelona.
206. Sánchez-Ortega MA, Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT, Oriach MR, Marchal AM, Ingla J. Avaluació de la salut mental positiva en pacients crònics en l'atenció primaria. Comunicación presentada en: II Jornada del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015; 2013 desembre; Sitges.
207. Sosa M. Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE): Validación de la Escala de Inteligencia Emocional Autoinformada [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/8685/1/T30581.pdf>
208. Ulla Díez S, Pérez Fortis A. Los hábitos de salud de los estudiantes universitarios de Castilla-La Mancha. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca 2009.

209. Wanden-Berghe C, Martín-Rodero H, Rodríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz JP, Martínez de Victoria E, Sanz-Valero J [et al.]. Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud. *Nutr. hosp.* 2014 nov; 31(2):952-958.
210. Bennassar-Veny M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud: tesis doctoral para optar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut; 2012.
211. Hernández-Rojas P, Pastor-Monsálvez JM. Características socioeconómicas de los estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de València [monografía en internet]. Valencia: Universitat de València; 2011 [citado 28 sept. 2015]. Disponible en: <http://www.campusvivendi.com/wp-content/uploads/Nuevo-ingreso-UV.pdf>
212. Domínguez-Alcón C. Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Reis* 1979; (8):103-129.
213. Celma-Vicente M. Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras: tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada; 2007.
214. Orr D, Gwosc C, Netz N. Social and economic conditions of student life in Europe: synopsis of indicators: final report: Eurostudent IV 2008-2011. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag; 2011.
215. Ruesca-Benito SM, Bichara J da S, Monsueto SE. Estudiantes universitarios, experiencia laboral y desempeño académico en España. *Revista de educación* 2014 jul-sept; (365):67-95.
216. Ruesga-Benito SM, dir. Los estudiantes universitarios en España: rendimiento académico de los estudiantes universitarios españoles en relación con el empleo y la movilidad internacional. [Monografía en internet]. Madrid: [s.l.]; 2009 [citado 1 sept. 2015]. Disponible en: <http://138.4.83.162/mec/ayudas/repositorio/20090707190638SANTOS%20RUESGA-MEMORIA%202008.pdf>
217. Rahona-López M. Equality of Opportunities in Spanish higher education. *Higher Education* 2009; 58(3):285-306.

218. Girón-Daviña P. Los determinantes de la salud percibida en España: memoria para optar al grado de doctor. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería; 2010.
219. Saltó-Cerezuela E, Masachs-Fatjó E. Enquesta de salut de Catalunya 2014: informe dels principals resultats [monografía en internet]. 2ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, 2015 [citado 2 sept 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf
220. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop. 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de salud: Cifras relativas. Valoración del estado de salud. Valoración del estado de salud percibido según sexo, grupo de edad y nivel de estudios, población de 16 y más años. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p04/&file=pcaxis>
221. Eurostat. Quality of life, facts and views [monografía en internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2015 [citado 10 sept. 2015]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6856423/KS-05-14-073-EN-N/742aee45-4085-4dac-9e2e-9ed7e9501f23>
222. Alberdi-Erice MJ, Huizi-Egilegor X, Barandiarán-Lasa M, Zupiria-Gorostidi X, Uranga-Iturrioz MJ. Evolución de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin* 2007; 17(2):63-70.

223. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop. 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de salud: Cifras relativas. Consumo de tabaco. Consumo de tabaco según sexo, grupo de edad y nivel de estudios, población de 16 y más años. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p06/&file=pcaxis>
224. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (Etudes) 2012/2013, España [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [citado 20 ag 2015]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/noticiasEventos/dossier/pdf/ESTUDES2012_2013.pdf
225. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España [Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad : Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2013 [citado 15 ag 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Prese220113134906000.ppt>.
226. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop. 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de salud: Cifras relativas. Consumo de alcohol. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y relación con la actividad económica actual, población de 16 y más años. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p06/&file=pcaxis>

227. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas [monografía en internet]. Washington: Organización Panamericana de Salud; 2008 [citado 20 ag 2015]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
228. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop. 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de salud: Cifras relativas. Consumo de alcohol. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y relación con la actividad económica actual, población de 16 y más años. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p06/&file=pcaxis>
229. Medina-Pérez O, Irina-Serrano MF, Martínez-Ardila G, Cardona Duque DV. Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la Ciudad de Armenia – Quindío. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2012 mayo-ag. [citado 6 sept. 2015]; (36):247-261. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/379/714>
230. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop. 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de salud: Cifras absolutas. Salud mental positiva según sexo y grupo de edad. Media y desviación típica, población de 16 y más años Salud mental. [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p01/&file=pcaxis>

231. Oliva-Delgado A, Reina MC, Hernando A, Antolín L, Pertegal MA, Parra A [et al.]. Activos para el desarrollo positivo y la salud mental en la adolescencia [monografía en internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; [2010?] [citado 6 sept. 2015]. Disponible en: <http://www.uhu.es/angel.hernando/documentos/Libros/RESULTADOS%20DESARROLLO%20POSITIVO.pdf>
232. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop. 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de salud: Cifras absolutas. Salud Mental. Salud mental positiva según sexo y relación con la actividad económica actual. Media y desviación típica. Población de 16 y más años. [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p01/&file=pcaxis>
233. Castillo-Laguna MAB, Amador Velázquez R. La salud mental en estudiantes de psicología: un estudio descriptivo. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]. 2014 sept-dic. [citado 6 sept. 2015]; 5(1): 59-69. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/viewFile/132/138>
234. Tur AM, Nácher MJ, Mestre V, Cortés MT, Samper P. Conducta prosocial y procesos psicológicos implicados, un estudio longitudinal en la adolescencia. Revista Mexicana de psicología [Internet]. 2006 dic. [citado 6 sept. 2015]; 23(2):203-215. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649006>
235. Pérez-Villalobos C, Bonnefoy-Dibarrat C, Cabrera-Flores A, Peine-Grandón S, Muñoz-Ruíz C, Baquedano-Rodríguez M, [et al.]. Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). Avances en Psicología Latinoamericana. 2011; 29(1):148-160.
236. Casares AM, Liébana-Presa C, Fernández-García D. Nivel de estrés de los estudiantes de enfermería: un estudio comparativo con otras

- titulaciones. Rev Presencia [Internet]. 2005 jul-dic. [citado 20 nov 2015]; 1(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/24articulo.php>
237. Rosa-Rodríguez Y, Quiñones-Berrios A. El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. Revista Griot [Internet]. 2012 dic. [citado 6 sept. 2015]; 5(1):7-17. Disponible en: <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2012050101.pdf>
238. McCrae, RR, Costa PT. Personality in adulthood: a five-factor theory perspective. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2003.
239. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. Am Psychol 2009; 64:241–256.
240. Page KM, Milner AJ, Martin A, Turrell G, Giles-Corti B, LaMontagne AD. Workplace stress: what is the role of positive mental health? J Occup Environ Med 2014 ago; 56(8):814-819.
241. Grazziano ES, Ferraz-Bianchi ER. Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros. Enfermería global [Internet]. 2010 febr. [citado 10 sept. 2015]; (18) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93801>
242. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp Salud Pública 2004 jul-ago; 78(4):505-516.
243. Korte J, Bohlmeijer ET, Smit F. Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. BMC Public Health [Internet]. 2009 [citado 20 nov 2015]; 9:250. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-9-250/fulltext.html>
244. Aprendiendo a ser estudiante universitario: programa de articulación curricular de la U.N.R.C. y las Escuelas Medias de la ciudad de Río Cuarto y la Región [monografía en internet]. Córdoba, arg: Universidad de Río Cuarto; [200?] [citado 6 sept. 2015]. Disponible en: <https://www.unrc.edu.ar/unrc/academica/pdf/folleto-aprendiendo-ser-est.pdf>
245. Erikson EH. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós; 1985.

246. Conejero-Casares JA, Fernández-Prada MA, Rodríguez-Muñiz LJ, Vivancos Ramón V. Sistemas de acogida y tutorización en estudios universitarios (SATEU). Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones, 2013.
247. Soler-Julve I, Ariño Villarroya A, Llopis-Goig R. Los estudiantes universitarios: Perfiles, orientaciones y procesos de cambio. [monografía en internet]. [Valencia: Universitat de València; 2009?] [citado 2 sept 2015]. Disponible en: <http://www.campusvivendi.com/wp-content/uploads/abstract-FES.pdf>
248. Gamarra-Sánchez ME, Rivera-Tejada HS, Alcalde-Giove ME, Cabellos Vargas D. Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. UCV-SCIENTIA : Revista científica de la Universidad César Vallejo 2010; 2(2):73-81.
249. Aranda-Sánchez D, Cruz-Pedrerros M. Factores biopsicológicos y culturales como predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de enfermería de la Universidad Adventista de Chile. Revista científica de ciencias de la salud 2014; 7(1):37-45.
250. Nassar, O.S. and Shaheen, A.M. Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan. Health [Internet]. 2014 [citado 25 ag 2015]; (6):2756-2763. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.619315>
251. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud, España 2011/2012. Actividad física, descanso y ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
252. Plan integral para la actividad física y el deporte: [A+D]. Madrid: Consejo Superior de Deportes; 2010.
253. Durá-Travé T, Castroviejo-Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutr Hosp. 2011; 26(3):602-608.
254. Dapcich V, Salvador-Castell G, Ribas-Barba L, Pérez-Rodrigo C, Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L. Guía de la alimentación saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.

255. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; cop 2016 [citado 10 sept. 2015]. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud: Cifras relativas. Consumo de frutas y verduras. Consumo de fruta según sexo y grupo de edad. Población de 16 y más años. [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p06/&file=pcaxis>
256. Sanromà Ortíz M, Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Luna Gámez R, Miguel Ruiz D, Roldán-Merino J. Revisión bibliográfica: las conductas promotoras de salud en estudiantes universitarios. Rev Presencia [Internet]. 2015 ene-jun.[citado 20 dic 2015]; 11(21):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n21/p10487.php>
257. Sequeira C, Carvalho JC, Sampaio F, Sá L, Lluch-Canut T, Roldán-Merino J. Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saude mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental 2014 jun; (11):45-53.
258. Martínez-Aparicio R, Pando-Moreno M, León-Cortés SG, González-Baltazar R, Aldrete-Rodríguez MG, López-Rodríguez LF. Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. Psicogente [Internet]. 2015 [citado 8 sept 2015]; 18(33):78-88. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/494/440>

XII. Anexos

**Anexo I Programa asignatura de psicología del Plan de Estudios
del Grado en Enfermería de la FCSB curso 2013-2014**

Programa asignatura de psicología Plan de Estudios Grado en Enfermería de la FCSB curso 2013-14

Programa asignatura de Psicología Grado en Enfermería FCSB curso académico 2013-14

- Objetivos**
1. Adquirir conocimientos sobre las principales teorías y modelos psicológicos.
 2. Analizar los principios psicológicos básicos del ser humano.
 3. Relacionar diferentes teorías del desarrollo humano identificando los aspectos psicológicos que influyen en las diferentes etapas del ciclo vital de una persona.
 4. Integrar y utilizar estrategias que permitan establecer con el usuario, su familia, grupos sociales y miembros del equipo una relación empática y comunicación efectiva.
 5. Desarrollar habilidades y actitudes relacionales que intervienen en una entrevista clínica.
 6. Identificar las propias necesidades sobre la base de mejorar y potenciar el bienestar personal y en el futuro el rendimiento profesional.
 7. Potenciar el desarrollo de recursos psicológicos como la autoconsciencia y gestión emocional en las posibles incidencias que puedan aparecer a lo largo de la relación intra / interpersonal con el usuario, su familia, grupos sociales o miembros del equipo de salud.
 8. Analizar la información y realizar intervenciones en el marco de la psicología de la salud.

- Contenidos**
1. Breve introducción a la Psicología.
 2. Escuelas de la Psicología, teorías y modelos:
 - 2.1. Psicoanálisis.
 - 2.2. Conductismo.
 - 2.3. Cognitivismo.
 - 2.4. Humanismo.
 - 2.5. Constructivismo.
 3. Principios psicológicos básicos:
 - 3.1. Sensación y Percepción.
 - 3.2. Aprendizaje.
 - 3.3. Memoria.
 - 3.4. Pensamiento y lenguaje.
 - 3.5. Motivación y Emoción.
 4. Personalidad:
 - 4.1. Temperamento _ Carácter.
 - 4.2. Humanismo y Cognitivismo: Concepción del self.
 - 4.3. Estilos de respuesta ante situaciones conflictivas.
 - 4.4. Formas de gestionar las situaciones conflictivas.
 5. Psicología social:
 - 5.1. Sistemas de valores y creencias, actitudes, estereotipos y prejuicios.
 - 5.2. Proceso de cambio de las actitudes.
 - 5.3. Comunicación: La relación intra / interpersonal.
 6. La entrevista clínica:
 - 6.1. Como forma de recogida de datos.
 - 6.2. Desde la relación interpersonal que se establece.
 7. Psicología del desarrollo
 - 7.1. El bebé.
 - 7.2. Infancia.
 - 7.3. Adolescencia / Juventud.
 - 7.4. Edad adulta.
 - 7.5. La vejez.

Programa asignatura de Psicología Grado en Enfermería FCSB curso académico 2013-14 (continuación)

La asignatura se basará en sesiones expositivas, explicativas y / o demostrativas de contenidos por parte de la profesora con soporte audiovisual. Se promoverá el debate para profundizar en el tema y se formaran grupos reducidos con la finalidad de vivenciar los contenidos teóricos para favorecer su integración y potenciar el bienestar personal y en el futuro el rendimiento profesional.

Metodología

En función del contenido a desarrollar se propondrá la lectura y discusión de casos, análisis de material audiovisual, reflexión sobre experiencias de vida, realización de ejercicios para fomentar un estilo de vida saludable, elaboración de presentaciones en clase y diseño, aplicación y autoevaluación de un plan de autocuidados.

La distribución de los 6 Créditos ECTS de la asignatura es:

Teoría: 2 Créditos.
Prácticas de casos: 1 Crédito.
Trabajo Tutelado: 1 Crédito.
Trabajo autónomo: 2 Créditos.

Los criterios de la evaluación continuada son:

- Presentar y realizar obligatoriamente todas las pruebas evaluativas programadas en los diferentes bloques superándolas con una nota mínima de 5 (sobre 10).
- Para poder superar la asignatura es necesario haber superado todos los bloques de la evaluación continua:
 - El estudiante que no supere con 5 (sobre 10) uno de los tres bloques de la evaluación continua, deberá reevaluar obligatoriamente todos los contenidos del bloque suspendido pero podrá seguir con la evaluación continuada en los otros bloques.
 - El no superar dos bloques de la evaluación continua conlleva la reevaluación de todos los contenidos de la asignatura.
 - La nota obtenida en la reevaluación será la que hará promedio. Para poder hacer el promedio es necesario obtener una nota mínima de 5 en cada una de las pruebas de los diferentes bloques.

Evaluación

Las pruebas evaluativas están distribuidas en los bloques de la siguiente manera

Bloque 1 Teoría: 2 exámenes test. Ambos tienen el mismo valor en la evaluación del Bloque. Este bloque representa el 50 % de la evaluación final de la asignatura.

Bloque 2 Práctica de Casos: análisis de un caso práctico. Este bloque representa el 20 % de la evaluación de la asignatura.

Bloque 3 Trabajo Tutelado:

Consta de dos actividades, una individual y otra en grupo:

- Actividad individual: Elaboración de un autoinforme analítico sobre el trabajo tutelado durante el semestre que consistirá en la autoevaluación del plan de autocuidados. Este representa el 10% de la evaluación de la asignatura.
- Actividad en grupo de 6 estudiantes: Presentación y exposición de una dinámica para potenciar un estilo de vida saludable para un grupo de personas. Esta representa el 20% de la evaluación de la asignatura.

**Anexo II Dossier para la presentación y seguimiento del
programa Dinamiza la Salud: cuídate y cuida**

Dossier para la presentación y seguimiento del programa Dinamiza la salud: Cuídate y cuida



Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
Universitat Maastricht



Dinamitza la Salut : Cuida't i cuida
Dossier complet



Grau en Infermeria
Assignatura de Psicologia
Curs 13-14

Professora Montse Sanromà









Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna
Universitat Maastricht

Grau en Infermeria
Assignatura de Psicologia
Curs 13_14

Dinamitza la Salut

Cuida't i Cuida

Aquest programa està integrat dintre de l'assignatura de psicologia del Grau en Infermeria de la FCSB, la seva finalitat és proporcionar d'una manera pràctica eines que potenciïn i afavoreixin el desenvolupament de coneixements, habilitats i actituds que contribueixin a l'adopció d'un estil de vida promotor de la salut i salut mental positiva en els participants. En aquest context, mitjançant una metodologia participativa, lúdica i creativa es proposaran diferents dinàmiques per aplicar en els àmbits de la responsabilitat sobre la pròpia salut, el desenvolupament personal, la gestió de l'estrès i les relacions interpersonals. S'empraran exercicis propis de la psicologia positiva i de manera més particular d'ecologia emocional que us permetin treballar a nivell cognitiu, afectiu i conductual. Podreu ampliar tot aquest material si consulteu la bibliografia complementària per la realització d'exercicis pràctics de l'assignatura.

Els objectius del programa d'empowerment són:

Objectius generals:

- Identificar les pròpies necessitats sobre la base de millorar i potenciar el benestar personal i en el futur el rendiment professional mitjançant conductes promotores de salut i la salut mental positiva.
- Promoure l'adquisició i/o el desenvolupament d'una perspectiva positiva de la salut.

Objectius específics:

Objectius referents a la Responsabilitat sobre la Pròpia Salut

- Generar l'espai per analitzar el propi estil de vida i la responsabilitat personal en el tenir cura de la pròpia salut.
- Desenvolupar la capacitat per identificar les pròpies necessitats, formular-se objectius, portar a la pràctica accions, efectuar el seguiment i avaluació del procés de tenir cura d'un mateix.
- Incentivar als participants a formar part activa de la seva cura personal i potenciar la dels altres.

Objectius referents al propi Creixement Personal

- Generar un espai per a reflexionar sobre el concepte que un té sobre si mateix.
- Identificar la naturalesa dels diàlegs interiors i la seva influència en el concepte d'un mateix.
- Proporcionar als participants eines útils per desenvolupar l'autocòncienca emocional.



- Proporcionar als participants eines útils per potenciar l'automotivació.
- Proporcionar als participants eines útils per gestionar de manera efectiva les seves emocions.
- Proporcionar un espai per analitzar la coherència personal i el sentit de la pròpia vida.

Objectius referents a la Gestió de l'Estrès

- Proporcionar als participants eines útils per al maneig de l'estrès.
- Millorar la capacitat d'afrontament dels integrants del grup, a situacions estressants de la vida diària, esdeveniments vitals i en el futur com a professionals del tenir cura.

Objectius referents a les Relacions Interpersonals

- Identificar la importància de la comunicació en les relacions interpersonals.
- Reflexionar sobre la importància del reconeixement i l'expressió d'emocions per a la construcció i manteniment de relacions significatives.
- Emfatitzar la importància dels beneficis de la comunicació assertiva en les relacions amb els altres.

Es realitzaran sessions en grup classe i sessions en grups reduïts. La durada de cada una de les sessions serà de 90 minuts.

Les sessions del grup classe es desenvoluparan d'acord a la següent estructura:

- Exposició dels conceptes teòrics.
- Idees clau.
- Metàfores.
- Presentació d'exercicis per a passar a l'acció.
- Preguntes per a la reflexió i creixement personal.

Durant la implementació de l'assignatura realitzaràs un treball individual i un altre en grup. Aquests treballs representaran el 10% i el 20% respectivament de la nota final de l'assignatura. Per a la seva realització la professora et facilitarà un material configurat per exercicis, metàfores, idees i preguntes que de manera individual i en grups de treball de 6 estudiants podràs utilitzar per:

- D'una banda, dissenyar un programa d'autocures. (treball individual)
- I per una altra, realitzar en grup de 6 estudiants una dinàmica adreçada a un col·lectiu de persones (la família, grup d'amics, a un grup d'estudiants, companys de feina, etc.) amb la finalitat d'afavorir en aquestes l'adopció d'un estil de vida promotor de la salut i salut mental positiva en un dels àmbits: la responsabilitat sobre la pròpia salut, el desenvolupament personal, la gestió de l'estrès o les relacions interpersonals. (treball en grup)



El programa es desenvoluparà en dues fases:

1. La primera comprendrà el període definit des del 27 de gener fins el 21 de març. En aquest temps es presentaran conceptes teòrics i diferents exercicis per portar a l'acció. A partir d'aquestes dinàmiques es pretén:
 - Afavorir la identificació d'aquelles àrees que sigui del teu interès millorar en l'actualitat (a nivell individual) i passar a dissenyar un pla d'autocures.
 - I com a grup de treball (a nivell grupal) identificar una dinàmica per a realitzar-la a un col·lectiu de persones amb una de les finalitats presentades anteriorment (la responsabilitat sobre la pròpia salut, el desenvolupament personal, la gestió de l'estrès o les relacions interpersonals).

Durant aquest període (des del 27 de gener fins el 21 de març) podeu contactar amb la professora per realitzar tutories, l'horari que s'ofereix es:

- Per als grups de l'1 al 10: dilluns i dimecres de 10h a 10.30h.
- Per als grups de l'11 al 20: dijous i divendres de 10h a 10.30h.

Per a una millor gestió del temps i els espais, es recomana enviar un correu electrònic previ (mínim amb 24h d'antel·lació) a montserrats@blanquerna.url.edu indicant l'assistència a la tutoria i d'aquesta manera evitar coincidir amb altres grups. La professora confirmarà horari i espai responen al correu electrònic.

2. La segona fase comprendrà el període definit des del 24 de març fins el 16 de maig de 2014, en aquest període es desenvoluparà:
 - De manera individual el pla d'autocures dissenyat en la fase anterior per potenciar aquelles àrees que cada u de vosaltres hagi identificat prèviament (treball individual).
 - I la implementació en grup (treball de grup) d'una dinàmica per a un col·lectiu amb unes finalitats concretes (cal que la professora l'hagi autortzant prèviament).

Durant aquest període (des del 24 de març fins el 16 de maig) si tot del vostre interès les tutories es realitzaran segons necessitats pactant directament amb la professora a través del correu electrònic la data i horari d'aquestes. montserrats@blanquerna.url.edu

El desenvolupament del programa està pensat per implementar-lo de manera interactiva, en un entorn flexible i d'aprenentatge col·lectiu, en el qual les estratègies principals siguin: la utilització de tècniques grupals amb una dinàmica vivencial on el paper de la professora sigui de facilitadora per a que cada estudiant i grup específic pugueu transformar les vostres experiències anteriors i continguts en aprenentatge. Tots els continguts estan pensats doncs, per a relacionar els coneixements amb l'experiència personal i afavorir la comprensió, el sentit i coherència d'allò que es fa.

Recursos per al correcte seguiment de la matèria:

En cada sessió s'utilitzarà material específic d'acord al tema tractat. Al llarg de tot el programa es farà servir ordinador i projector per l'exposició dels continguts. Trobareu tot el material que sigui possible penjat en el moodle de l'assignatura i podreu descarregar tots aquells materials que considereu adequats per a vosaltres.

En el programa de l'assignatura disposeu d'una ampla bibliografia a nivell bàsic, específica per temes i la realització d'exercici pràctics.

Disposareu de diferents materials de suport com:

Quadres amb llistats dels diferents materials (exercicis per a l'acció, metàfores i frases). Aquests materials es classificaran a partir de dos criteris:

- Un per a facilitar-ne la seva localització quan els vulgueu treballar (el material està classificat per temes del programa de l'assignatura).
- L'altre per facilitar la elecció dels materials més adequats d'acord a l'ària del vostre interès (el material està classificat segons àmbits d'intervenció: responsabilitat salut, relacions interpersonal...).)

Per facilitar la comprensió de les diferents activitats, disposareu de sessions de grups reduïts i de tutoria individual i/o grupal en funció de la temàtica i/o necessitat de cada u de vosaltres.

Al finalitzar les sessions de grup reduïts es realitzaran exercicis d'avaluació formativa amb la finalitat de rebre feedback sobre el propi procés d'aprenentatge.

A partir de les diferents sessions en les que es desenvolupen els temes de l'assignatura, podreu utilitzar com a suport a:

- L'estudi de la matèria.
- La planificació, execució i avaluació del pla d'autocures
- La elecció i implementació d'una dinàmica adreçada a un col·lectiu de persones per treballar un/s àmbits concrets.

Uns quadres dissenyats per aquesta finalitat. També disposareu d'una pauta per a l'elaboració, implementació i avaluació de la dinàmica a realitzar com a treball de grup.

**Anexo III Formulario de datos sociodemográficos, de salud y
hábitos tóxicos (Consumo de tabaco y alcohol)**

Anexo III

Formulario datos sociodemográficos, salud y hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol)

Benvolgut/da estudiant,

En primer lloc voldria agrair-te haver acceptat participar com a voluntari en el projecte de recerca anomenat:

Evaluación de la efectividad de un programa de “empowerment” basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

A continuació se't demana que responguis de manera anònima a preguntes referents a dades acadèmiques, sociodemogràfiques (edat, sexe,...) la salut i estil de vida relacionat amb el consum d'alcohol i tabac en l'actualitat

Data: __/__/__

Codi (4 últimes xifres del teu telèfon mòbil): ____

Variables Académicas y Sociodemográficas:

Marca con una X las opciones adecuadas a tu caso:

<p>1. Estudios previos al acceso universidad:</p> <p>Grado superior <input type="checkbox"/></p> <p>Bachillerato <input type="checkbox"/></p> <p>Otros estudios universitarios <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Centro Universitario:</p> <p>Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona <input type="checkbox"/></p> <p>Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu. <input type="checkbox"/></p> <p>Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna. <input type="checkbox"/></p>								
<p>3. Grupo Académico:</p> <p>Mañanas <input type="checkbox"/></p> <p>Tardes <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Género:</p> <p>Masculino <input type="checkbox"/></p> <p>Femenino <input type="checkbox"/></p>								
<p>5. ¿Es el primer año que te matriculas en la asignatura?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>				
Sí	<input type="checkbox"/>								
No	<input type="checkbox"/>								
<p>6 .Fecha de nacimiento</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>día</td> <td>Mes</td> <td>año</td> <td> </td> </tr> </table>					día	Mes	año		<p>7 .País de nacimiento</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
día	Mes	año							
<p>8. Número de hermanos</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>9. Número de hijos</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>								
<p>10. Estado civil:</p> <p>Soltero/a <input type="checkbox"/></p> <p>Casado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja estable <input type="checkbox"/></p> <p>Separado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Divorciado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Viudo/a <input type="checkbox"/></p>	<p>11. Personas con las que convives durante la semana:</p> <p>Con mis padres <input type="checkbox"/></p> <p>Con mi pareja <input type="checkbox"/></p> <p>Residencia de estudiantes. <input type="checkbox"/></p> <p>Piso de estudiantes. <input type="checkbox"/></p> <p>Solo/a <input type="checkbox"/></p> <p>Otros: Especifica <input type="checkbox"/></p>								
<p>12. Nivel de estudios del padre:</p> <p>Sin estudios <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios Primarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios Secundarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios Universitarios <input type="checkbox"/></p> <p>Máster <input type="checkbox"/></p> <p>Doctorado <input type="checkbox"/></p>	<p>13. Nivel de estudios de la madre:</p> <p>Sin estudios <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios Primarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios Secundarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios Universitarios <input type="checkbox"/></p> <p>Máster <input type="checkbox"/></p> <p>Doctorado <input type="checkbox"/></p>								

14. En la actualidad tienes un trabajo remunerado:

SI
NO

15. En caso afirmativo, cuantas horas semanales inviertes es éste:

16. ¿Cuál es el lugar en el que crees que se situaría tu familia en función de su nivel socioeconómico?

Alto
Medio _ alto
Medio

Medio _ bajo
Bajo

Variables relacionadas con tu salud en la actualidad:

17. ¿Padeces alguna enfermedad?

Si No

En caso afirmativo, cual/es:

18. ¿Estás realizando algún tratamiento médico?

Si No

En caso afirmativo, cual/es:

19. ¿Estás tomando algún medicamento?

Si No

En caso afirmativo, cual/es:

20. ¿Sigues alguna dieta especial por prescripción médica?

Si No

En caso afirmativo, cual/es:

21. ¿Asistes a algún curso enfocado a tu desarrollo personal y/o cuidado de tu salud?

Si No

En caso afirmativo, cual/es:

22. ¿Hay alguien entre tus familiares que sufra alguna enfermedad crónica?

Si No

En caso afirmativo, cual/es:

Variables relacionadas con tu estilo de vida en la actualidad (Consumo alcohol y tabaco)

23. ¿Fumas?

Si No

24. En caso afirmativo indica el número aproximado de cigarrillos diarios

Menos de 10 cigarrillos al día.	<input type="checkbox"/>
Entre 10 y 20 cigarrillos al día.	<input type="checkbox"/>
Más de 20 cigarrillos al día	<input type="checkbox"/>

25. ¿Bebes alcohol de manera regular a diario o los fines de semana (3-7 veces por semana)?

Si No

26. En caso afirmativo indica el número aproximado de copas a la semana.

Nº Copas	Tipo de alcohol
_____	Cerveza
_____	Cava
_____	Vino
_____	Alcohol de más graduación solo o con hielo.
_____	Alcohol de más graduación combinado.

Muchas gracias por tu atención y participación en el proyecto de investigación.

**Anexo IV Formulario valoración del propio programa Dinamiza la
salud: cuídate y cuida.**

Anexo IV

Formulario de valoración del propio programa Dinamiza la salud: cuidate y cuida

Benvolgut/da estudiant,

En primer lloc voldria agrair-te haver acceptat participar com a voluntari en el projecte de recerca anomenat:

Evaluación de la efectividad de un programa de “empowerment” basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

A continuació, se’t demana que responguis de manera anònima a preguntes que pertanyen a la teva valoració en referència al programa d’empoderament realitzat a l’assignatura

Data: __/__/__

Codi (4 últimes xifres del teu telèfon mòbil): _____

Grupo experimental

Variables relacionadas con la valoración del estudiante sobre la realización del programa de empowerment “Dinamiza la salud: Cuídate y cuida”

Marca con una X las opciones que consideres más adecuadas en tu caso:

<p>1. Señala el porcentaje de clases presenciales a las que has asistido:</p> <p>Menos de un 25% <input type="checkbox"/></p> <p>Entre un 25 - 50% <input type="checkbox"/></p> <p>Entre un 50 – 75% <input type="checkbox"/></p> <p>A más de un 75% <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Señala los ámbitos de la salud que has trabajado en tu plan de autocuidados:</p> <p>Responsabilidad sobre la propia salud <input type="checkbox"/></p> <p>Desarrollo personal / espiritual <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones interpersonales <input type="checkbox"/></p> <p>Gestión del estrés <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Señala el/los ámbitos de la salud que has trabajado en tu plan de autocuidados del que estas más <u>satisfecho/a en cuanto a los resultados obtenidos</u>:</p> <p>Responsabilidad sobre la propia salud <input type="checkbox"/></p> <p>Desarrollo personal / espiritual <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones interpersonales <input type="checkbox"/></p> <p>Gestión del estrés <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Indica que ámbito de la salud, de los que has trabajado en tu plan de autocuidados, es el que <u>consideras más importante en este momento de tu vida</u>:</p> <p>Responsabilidad sobre la propia salud <input type="checkbox"/></p> <p>Desarrollo personal / espiritual <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones interpersonales <input type="checkbox"/></p> <p>Gestión del estrés <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Señala cual es el ámbito de la salud, que has trabajado en tu plan de autocuidados, que te ha resultado <u>más complicado a nivel emocional</u> en este momento de tu vida:</p> <p>Responsabilidad sobre la propia salud <input type="checkbox"/></p> <p>Desarrollo personal / espiritual <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones interpersonales <input type="checkbox"/></p> <p>Gestión del estrés <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Los ámbitos de la salud, que has trabajado en tu plan de autocuidados, te han proporcionado información que consideras importante en alguna/s de las siguientes competencias</p> <p>Autoestima <input type="checkbox"/></p> <p>Percepción de autoeficacia <input type="checkbox"/></p> <p>Automotivación <input type="checkbox"/></p> <p>Autocontrol <input type="checkbox"/></p>

7. Indica qué materiales o recursos son los que has utilizado para tu plan de autocuidados Asistencia a las clases presenciales de psicología Ejercicios para pasar a la acción Metáforas Frases Preguntas Otros	a) Para su planificación	b) Durante su realización
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Indica qué materiales o recursos son los que has utilizado para la <u>dinámica dirigida al cuidado de otras personas</u>: Asistencia a las clases presenciales de psicología Ejercicios para pasar a la acción Metáforas Ideas clave Preguntas Otros	a) Para su planificación	b) Durante su realización
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Indica de los contenidos del programa de la asignatura de psicología, en cual/es has obtenido más materiales o recursos, para la planificación y ejecución de: Origen e historia de la psicología Sensación_Atención_Percepción Aprendizaje Memoria Personalidad Motivación Actitud Emociones Psicología del desarrollo	a) tu plan de autocuidados	b) tu dinámica para el cuidado de otras personas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿El haber realizado tu plan de autocuidados te ha facilitado poder incorporar conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado de otras personas?

SI

NO

11. ¿El haber realizado una dinámica para el cuidado de otras personas te ha facilitado poder incorporar conocimientos, habilidades y actitudes para tu plan de autocuidados?

SI

NO

12. ¿Cómo consideras que contribuye la asignatura de psicología a la potenciación personal del autocuidado?

Nada

Poco

Bastante

Mucho

13. ¿Cómo consideras que contribuye la asignatura de psicología al conocimiento, habilidades y actitudes para el cuidado de las personas?

Nada

Poco

Bastante

Mucho

14. ¿Con que calificación numérica has autoevaluado tu plan de autocuidados?

15. ¿Con que calificación numérica evaluarías tu dinámica para el cuidado de otras personas?

Anexo V Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) MT Lluch

Anexo V

Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) de MT Lluch

Data: __/__/__

Codi (4 últimes xifres del teu telèfon mòbil): _____

Escala de Salud Mental Positiva	Nunca	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Siempre
1. A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.				
2. Los problemas me bloquean fácilmente.				
3. A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas.				
4. Me gusto como soy.				
5. Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas.				
6. Me siento a punto de explotar.				
7. Para mí, la vida es .aburrida y monótona.				
8. A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.				
9. Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas.				
10. Me preocupa mucho lo que los demás piensen de mí.				
11. Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.				
12. Veo mi futuro con pesimismo.				
13. Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.				
14. Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean.				
15. Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o				
16. Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.				
17. Intento mejorar como persona.				
18. Me considero "un/a buen/a estudiante".				

Escala de Salud Mental Positiva	Nunca	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Siempre
19. Me preocupa que la gente me critique.				
20. Creo que soy una persona sociable.				
21. Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22. Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23. Pienso que soy una persona digna de confianza.				
24. A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25. Pienso en las necesidades de los demás.				
26. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.				
27. Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme.				
28. Delante de un problema soy capaz de solicitar información.				
29. Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30. Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes.				
31. Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada.				
32. Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes.				
33. Me resulta difícil tener opiniones personales.				
34. Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy inseguro/a.				
35. Soy capaz de decir no cuando quiero decir no.				
36. Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones.				
37. Me gusta ayudar a los demás.				
38. Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o.				
39. Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico.				

**Anexo VI Escala *Health Promotion LifeStyle Profile II* para
población española**

Escala Health Promotion LifeStyle Profile II para población española

Data: __/__/__

Codi (4 últimes xifres del teu telèfon mòbil): _____

Escala de Estilo de Vida saludable	Nunca	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Siempre
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.				
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.				
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud ante cualquier señal inusual o síntoma extraño.				
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.				
5. Duermo lo suficiente.				
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.				
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.				
8. Limito el uso de azúcares y dulces.				
9. Leo libros o veo programas de televisión que traten sobre el cuidado de la salud.				
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 minutos o más al menos tres veces a la semana.				
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.				
12. Creo que mi vida tiene propósito.				
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.				
14. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender bien su información e instrucciones				
15. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.				
16. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.				
17. Miro adelante hacia el futuro.				
18. Paso tiempo con amigos íntimos.				
19. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.				
20. Busco una segunda opinión.				

21. Tomo parte en actividades físicas de recreación: nadar, bailar, andar, bicicleta).				
22. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.				
23. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).				
24. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.				
25. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.				
26. Discuto mis dudas y preguntas de salud con profesionales de la salud.				
27. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.				
28. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.				
29. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.				
30. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.				
31. Examinó mi cuerpo al menos una vez al mes, por cambios físicos o señales peligrosas.				
32. Hago ejercicio en actividades físicas usuales diariamente: utilizar escaleras en vez de ascensores.				
33. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.				
34. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, alubias, huevos y nueces todos los días.				
35. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).				
36. Soy consciente de lo que es importante para mí en la vida.				
37. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.				
38. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empaquetados				
39. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.				
40. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.				
41. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.				
42. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.				
43. Busco orientación o consejo cuando es necesario.				
44. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.				

**Anexo VII Aprobación del Comité de Ética de la Universitat de
Barcelona**



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Maternitat)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrc/ogrc.htm

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per **Montserrat Sanromà Ortíz**, doctoranda en el Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno-infantil de l'Escola d'Infermeria, i referent a la Tesi intitulada "EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE -EMPOWERMENT- BASADO EN EL MODELO DE NJ PENDER PARA POTENCIAR EL DESARROLLO DE CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y LA SALUD MENTAL POSITIVA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA", dirigida per la Dra. M^{re} Teresa Lluch Canut i pel Dr. Juan Francisco Roldan Merino, aquesta Comissió, per acord de data 18 de de desembre de 2013, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 18 de desembre de 2013.

Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica
de la Universitat de Barcelona

Anexo VIII Aprobación del Comité d'Ética i Recerca de la FCSB



Barcelona, 16 de desembre de 2013

Sra. Montserrat Sanromà

Autora del projecte de tesi doctoral "EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EMPOWERMENT BASADO EN EL MODELO DE NJ PENDER PARA POTENCIAR EL DESARROLLO DE CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y LA SALUD MENTAL POSITIVA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA"

Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna-URL

Benvolguda,

Com a Presidenta de la Comissió d'Ètica i Recerca (CER) de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull vull agrair-te la documentació tramesa en resposta a la nostra sol·licitud del proppassat mes d'octubre i comunicar-te que en la reunió de la CER celebrada el dia 11 de desembre de 2013, una vegada revisada l'esmentada documentació, es va acordar informar favorablement el projecte "*Evaluación de la efectividad de un programa de empowerment basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería*" del què n'ets l'autora, tot i que caldria que tinguessis en compte les següents indicacions:

1. El text informatiu que sol·licita als alumnes la participació en l'estudi hauria d'indicar que la participació és voluntària i que poden retirar-se del projecte en qualsevol moment. Aquest aspecte només s'indica en les qüestions que se'ls fa sobre la comprensió del text informatiu i l'acceptació de la participació en el projecte.
2. Qüestions lingüístiques: en català es diu fer "participis", no fer "participis", als alumnes que han participat en l'estudi; l'error es reitera, dues vegades. També hauria de dir "salut" enlloc de "salud", per exemple, en el nom de la nostra Facultat.

Els membres de la CER i jo mateixa et desitgem molt d'èxit en el treball de camp i posterior elaboració de la teva tesi doctoral.

Cordialment,

Dra. Emilia Sánchez Ruiz
Presidenta de la Comissió d'Ètica i Recerca

c. Padilla, 326-332
08025 Barcelona
T. 93 253 30 68 | F. 93 253 30 85
www.blanquerna.url.edu



16 DES. 2013

Entrada
Núm:

Sortida
Núm: 1312/02

Anexo IX

Aprobación de la Comissió de Recerca del Campus Docent de Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona



DICTAMEN DE LA COMISSIÓ DE RECERCA

Dra. Núria Roca i Caparà

Presidenta de la Comissió de Recerca del Campus Docent Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona.

CERTIFICA

Que aquesta Comissió ha avaluat segons consta en l'acta amb data 26 de novembre de 2013, la proposta presentada per la Sra. Montserrat Sanromà, amb el títol:

Evaluación de la efectividad de un programa de *empowerment* basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería i considera que:

L'estudi plantejat compleix amb els requisits d' idoneïtat d'un protocol de recerca. Que el procediment per obtenir el consentiment informat dels participants, inclou tant el full d'informació per als participants com el full del consentiment informat.

De la mateixa manera la investigadora es compromet a respectar la confidencialitat de les dades dels subjectes de l'estudi, d'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de caràcter personal i el seu reglament contingut en RD 1720/07.

Per la qual cosa aquesta Comissió **AUTORITZA** a que aquest projecte es desenvolupi al Campus Docent Sant Joan de Déu per la Sra. Montserrat Sanromà com a investigadora principal.

Signat,

A handwritten signature in blue ink that reads 'Núria Roca' is written over a red circular official stamp. The stamp contains the text 'Campus Docent Sant Joan de Déu' and 'Escola Universitària d'Infermeria'.

Núria Roca i Caparà

Presidenta de la Comissió de Recerca

Esplugues a 11 de desembre de 2013

Santa Rosa, 30-57
08950 Esplugues de Llobregat - Barcelona
Tel. 93 280 09 49 - Fax 93 600 61 12
www.santjoandedeu.edu.es



Anexo X

**Aprobación para la realización del estudio por el Decano de la
FCSB**



Dr. Màrius Duran i Hortolà
Degà



Entrada
Núm:

Sortida
Núm:

1312/03

Barcelona, 16 de desembre de 2013

FCS BLANQUERNA

A l'atenció de la Sra. Montserrat Sanromà

Benvolguda Montse,

En relació al teu projecte de tesi doctoral *Evaluación de la efectividad de un programa de empowerment basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería*, em plau comunicar-te que un cop valorada positivament la documentació sol·licitada per la Comissió d'Ètica i Recerca del centre, tal i com vas demanar se't concedeix el permís institucional per desenvolupar la recerca necessària per al teu projecte, comptant amb la participació dels estudiants del Grau en Infermeria matriculats a l'assignatura de Psicologia de la nostra Facultat durant el curs acadèmic 2013-2014 i que de manera voluntària i anònima vulguin participar.

Cordialment,

c. Pedra, 326-332
08025 Barcelona
T. 93 253 30 74 | F. 93 253 30 86
a/e: mariusdh@blanquerna.ur.edu

Anexo XI Información para los participantes en el estudio

Informació per a l'estudiant de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna

Benvolgut/da estudiant,

Voldria agrair la teva atenció en la presentació del projecte de recerca anomenat:

Evaluación de la efectividad de un programa de “empowerment” basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

Com bé saps, mitjançant la recerca i gràcies a l'experiència aportada per investigadors i participants en estudis, en l'actualitat gaudim d'una esperança de vida superior i d'una millor qualitat d'aquesta. La infermeria, ciència del cuidar, té un paper rellevant en el benestar de la persona, família i/o comunitats de les que te cura. És per aquest motiu que potenciar la recerca de qualitat en infermeria és una inversió en capital humà que contribueix al desenvolupament de la societat en el seu conjunt.

En aquesta direcció, durant aquest curs acadèmic 2013-2014 i dintre del programa de l'assignatura de Psicologia de l'actual pla d'estudis del Grau en infermeria, se't proposa participar en el projecte de recerca esmentat anteriorment, el qual pretén avaluar l'efectivitat d'un programa que hem dissenyat per incrementar el teu empoderament en la gestió de la teva pròpia salut incrementant els teus coneixements teòrics en psicologia per a la salut i enfortin les teves conductes promotores de salut i de salut mental positiva.

Aquest projecte s'emmarca dins del treball de tesis doctoral de la senyora Montserrat Sanromà, professora de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. El projecte de tesis està inscrit en el doctorat en Ciències Infermeres de l'Escola d' Infermeria de l'Universitat de Barcelona i en son directors el professor Dr. Juan Francisco Roldán (de la Escola d' Infermeria Sant Joan de Deu) i la professora Dra. M^a Teresa Lluç (de la Escola d'Infermeria de la UB).

El treball de recerca es desenvolupa amb un disseny d'estudi que requereix Grups d'Intervenció i Grups Control. El Grup Intervenció sereu els estudiants que lliurement hi vulgueu participar de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Els Grups Control seran els estudiants que lliurement hi vulguin participar, de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona i de l' Escola de Sant Joan de Deu (adscrita a la Universitat de Barcelona). Si acceptessis ets lliure d'abandonar aquest projecte sense que aquesta decisió pugui ocasionar-te cap perjudici.

En que consistirà exactament la teva participació en aquest projecte? Que hauràs de fer?

La teva participació en aquest projecte consistirà en dos aspectes:

- El programa d'empoderament està inserit en els continguts de l'assignatura de Psicologia. Es realitzaran diferents activitats que consistiran en el visionat de documentals, exposició de relats, exercicis per a l'acció i la elaboració, execució i avaluació d'un pla d'autocures.
- En el segon se't sol·licitarà que responguis de manera anònima a preguntes de dades sociodemogràfiques i a unes preguntes corresponents a tests que estan validats i reconeguts a nivell científic:
 - L'Escala d'Estils de Vida Saludable de S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender (1996).
 - El Qüestionari de Salut Mental Positiva de Lluch (1999).

Aquesta participació et portarà un temps màxim de 30 minuts i ho farem en horari de classe per que en gran manera respondre qüestionaris es també una manera important d'aprendre com es defineixen i es mesuren els conceptes teòrics. Així que pensem que l'activitat en si et pot aportar més coneixement sobre els estils de vida i sobre la salut mental positiva. Et demanarem que responguis a aquests qüestionaris en dos moments diferents del curs: el primer abans de començar l'assignatura de psicologia i el segon un cop aquesta hagi finalitzat en el mes de maig de 2014.

Per suposat, en tot moment es mantindrà la total confidencialitat i totes les teves respostes estaran codificades amb números que no aniran associats a cap dada de identificació personal.

L'equip investigador (format per la doctoranda i els directors de la tesis) ens comprometem a fer-vos partícips dels resultats que s'obtinguin i a fer menció d'agraïment de la vostra participació en totes les publicacions que es generin.

Aquest projecte de recerca ha sigut aprovat per:

- La Comissió Acadèmica de Seguiment del Programa de Doctorat en Ciències Infermeres de la EUI-UB
- Per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.
- Per la Comissió d'Ètica i Recerca de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna.

Moltes gràcies per la teva atenció i confio contar amb la teva participació pel desenvolupament del projecte de recerca.

Cordialment,

Montse Sanromà Ortiz

Barcelona, Gener de 2014

Informació per a l'estudiant de la EUI Universitat de Barcelona i EUI Sant Joan de Déu

Benvolgut/da estudiant,

Voldria agrair la teva atenció en la presentació del projecte de recerca anomenat:

Evaluación de la efectividad de un programa de “empowerment” basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

Com bé saps, mitjançant la recerca i gràcies a l'experiència aportada per investigadors i participants en estudis, en l'actualitat gaudim d'una esperança de vida superior i d'una millor qualitat d'aquesta. La infermeria, ciència del cuidar, té un paper rellevant en el benestar de la persona, família i/o comunitats de les que te cura. És per aquest motiu que potenciar la recerca de qualitat en infermeria és una inversió en capital humà que contribueix al desenvolupament de la societat en el seu conjunt.

En aquesta direcció durant aquest curs acadèmic 2013-2014 i dintre del programa de l'assignatura de Ciències Psicosocials Aplicades a la Salut de l'actual pla d'estudis del Grau en Infermeria, se't proposa participar en el projecte de recerca esmentat anteriorment. Amb els seus resultats es pretén contribuir a millorar els plans curriculars i desenvolupar programes educatius que afavoreixin els canvis saludables en els estudiants universitaris.

Aquest projecte s'emmarca dins del treball de tesis doctoral de la senyora Montserrat Sanromà, professora de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. El projecte de tesis està inscrit en el doctorat en Ciències Infermeres de la Escola d'Infermeria de l'Universitat de Barcelona i en som directors el professor Dr. Juan Francisco Roldán (de la Escola d'Infermeria Sant Joan de Deu) i la professora Dra. M^a Teresa Lluch (de la Escola d'Infermeria de la UB).

En el projecte de tesis es pretén aprofundir en dos conceptes molt importants: a) les conductes promotores de salut (vinculades a estils de vida) i lligades a un model infermer plantejat per N. Pender en el context infermer de la promoció de la salut; i b) la salut mental positiva, un constructe plantejat per la Dra. Lluch i que s'emmarca de ple també en els comportaments saludables de les persones.

La professora Montserrat Sanromà ha dissenyat un programa d'intervenció que aplicarà als estudiants de la seva Facultat per tal de demostrar que tant les conductes promotores de salut com la salut mental positiva es poden potenciar aplicant el seu programa.

Per fer això, el treball de recerca es desenvolupa amb un disseny d'estudi que requereix Grups d'Intervenció i Grups Control. El Grup Intervenció serà el de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Els Grups Control sereu els estudiants que lliurement hi vulgueu participar, de la nostra Escola Universitària d'Infermeria (UB) i de l'Escola

d'Infermeria de Sant Joan de Deu, adscrita a la UB. Si acceptessis, en tot moment ets lliure d'abandonar aquest projecte sense que aquesta decisió pugui ocasionar-te cap perjudici.

En que consistirà exactament la teva participació en aquest projecte? Que hauràs de fer?

La teva participació en aquest projecte consistirà en:

- Se't sol·licitarà que responguis de manera anònima a preguntes de dades sociodemogràfiques i a unes preguntes corresponents a tests que estan validats i reconeguts a nivell científic:
- L'Escala d'Estils de Vida Saludable de S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender (1995).
- El Qüestionari de Salut Mental Positiva de Lluch (1999).

Aquesta participació et portarà un temps màxim de 30 minuts i ho farem en horari de classe per que en gran manera respondre qüestionaris es també una manera important d'aprendre com es defineixen i es mesuren els conceptes teòrics. Així que pensem que l'activitat en si et pot aportar més coneixement sobre els estils de vida i sobre la salut mental positiva.

Tal i com t'hem assenyalat, nosaltres som el Grup Control i per tant et demanarem que responguis a aquests qüestionaris en dos moments diferents del curs: el primer a principis del mes de febrer de 2014 i el segon durant la segona quinzena del mes de maig de 2014.

Per suposat, en tot moment es mantindrà la total confidencialitat i totes les teves respostes estaran codificades amb números que no aniran associats a cap dada de identificació personal.

L'equip investigador (format per la doctoranda i els directors de la tesis) ens comprometem a fer-vos partícips dels resultats que s'obtinguin i a fer menció d'agraïment de la vostra participació en totes les publicacions que es generin.

Aquest projecte de recerca ha sigut aprovat per:

- La Comissió Acadèmica de Seguiment del Programa de Doctorat en Ciències Infermeres de la EUI-UB.
- Per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.
- Per la Comissió d'Ètica i Recerca de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna.

Moltes gràcies per la teva atenció i confio contar amb la teva participació pel desenvolupament del projecte de recerca.

Cordialment

Barcelona, Gener de 2014
Sol·licitud de participació en l'estudi

Anexo XII Consentimiento informado para el estudio

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARTICIPANT**Títol del projecte de recerca:**

Evaluación de la efectividad de un programa de “*empowerment*” basado en el modelo de NJ Pender para potenciar el desarrollo de conductas promotoras de salud y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería.

**El voluntari ha de llegir i contestar les preguntes següents amb atenció:
(Cal encerclar la resposta que es consideri correcta)**

Has llegit tota la informació que t’ha estat facilitada sobre aquest projecte? SI / NO

Has tingut l'oportunitat de preguntar i comentar qüestions sobre el projecte? SI / NO

Has rebut suficient informació sobre aquest projecte? SI / NO

Has rebut respostes satisfactòries a totes les preguntes? SI / NO

Quin investigador t’ha parlat d’aquest projecte? _____

Has comprès que ets lliure d'abandonar aquest projecte sense que aquesta decisió
Pugui ocasionar-te cap perjudici?

SI / NO

Sense donar-ne cap raó
En qualsevol moment

SI / NO

SI / NO

Estàs d'acord en participar-hi? SI / NO

Signatura:

Data.....

.....

Nom i cognoms del voluntari:

.....

En cas que més endavant vulguis fer alguna pregunta o comentari sobre aquest projecte,
o bé si vols revocar la teva participació en el mateix, si us plau contacta amb:

Sra. Montserrat Sanromà Ortiz

C. Padilla, 326-332. Barcelona.

Grau Infermeria. Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull

E-mail de contacte: montserratso@blanquerna.url.edu.

Telèfon de contacte: 93 253 30 68

Barcelona,.....de.....de 201

Signatura Investigadora.....

