

## Artículo de revisión

**Sentido de coherencia en las enfermedades crónicas: una revisión integradora**

**Sense of coherence in chronic diseases: an integrative review**

**Senso de coerência em doenças crônicas: revisão integrativa**

M. Cossetin-Costa<sup>a\*</sup>, M.F. Mantovani<sup>b</sup>, F. Moura-D'Almeida-Miranda<sup>c</sup>, R.G. Paes<sup>d</sup>, V. Piccinin-Paz<sup>e</sup>, T. Nunes-de Souza<sup>f</sup>

ORCID

a [0000-0002-1771-8428](https://orcid.org/0000-0002-1771-8428)

d [0000-0001-6899-4054](https://orcid.org/0000-0001-6899-4054)

b [0000-0001-7961-8273](https://orcid.org/0000-0001-7961-8273)

e [0000-0001-7157-4886](https://orcid.org/0000-0001-7157-4886)

c [0000-0001-7140-9557](https://orcid.org/0000-0001-7140-9557)

f [0000-0003-3133-5391](https://orcid.org/0000-0003-3133-5391)

Universidade Federal do Paraná, Campus Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil

\*Autora para correspondencia. Correo electrónico: [m\\_cossetin@hotmail.com](mailto:m_cossetin@hotmail.com)

Recibido: 21 octubre 2020

Aceptado: 21 julio 2021

DOI:

Datos cornisa

Título corto: Sentido de coherencia en las enfermedades crónicas

Autores: M. Cossetin-Costa et al.

## Resumen

*Introducción:* El sentido de coherencia (SOC por sus siglas en inglés) es un componente de la Teoría Salutogénica que permite entender cómo las personas perciben su vida y la forma en que responden a situaciones estresantes, por ejemplo, a una enfermedad crónica. Conocer el SOC y cómo afecta la calidad de vida puede ayudar a planificar los cuidados.

*Objetivo:* Analizar la aplicabilidad del constructo SOC como herramienta de cuidado de enfermería en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles.

*Método:* Revisión integradora, la búsqueda bibliográfica se realizó en septiembre de 2019 con las estrategias *sense of coherence AND nursing AND "chronic disease"*. Las bases de datos consultadas fueron: *BVS, CINAHL, PubMed y Scopus*. Se incluyeron artículos publicados, desde 2014 hasta 2019, clasificados según el nivel de evidencia del *Oxford Center for Evidence-Based Medicine*.

*Resultados:* Se identificaron 325 artículos; 21 cumplían los criterios de inclusión, con predominio del enfoque cuantitativo y el uso del Cuestionario de Antonovsky en la versión de 13 ítems. Los estudios demostraron que un SOC elevado puede mejorar la sintomatología y la calidad de vida de los enfermos crónicos.

*Discusión:* El constructo SOC es central para el mantenimiento de la salud, en conjunto con la educación y, a través de la gestión de la enfermedad, contribuye al alivio de la sintomatología y el significado de la enfermedad crónica.

*Conclusión:* El SOC está directamente relacionado con la búsqueda y el mantenimiento de la salud, su uso puede ser una herramienta importante para los cuidados de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermedades no transmisibles; atención de enfermería; sentido de coherencia; calidad de vida; adulto; Brasil.

## **Abstract**

*Introduction:* The sense of coherence, a component of the Salutogenic Theory, allowing us to understand how people perceive their lives and how they respond to stressful situations, such as the context of a chronic disease.

*Objective:* Analyzing the applicability of the "sense of coherence" construct as a nursing care tool in adults with non-communicable chronic diseases.

*Method:* This is an integrative review, whose search was carried out in September 2019, with the descriptors: "sense of coherence" AND "nursing" AND "chronic disease" and "sense of coherence" AND "nursing". The databases consulted were Virtual Health Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, National Library of Medicine and Scopus. Primary articles in Portuguese, English and Spanish were included in the period from 2014 to 2019, and classified according to the level of evidence of the Oxford Center for Evidence-based Medicine.

*Results:* 325 articles were identified in the searches, of which 21 met the inclusion criteria.

*Discussion:* The studies demonstrated nursing care with the use of a sense of coherence, aligned with the salutogenic perspective, with the intention of maintaining and promoting health in the context of non-communicable chronic diseases.

*Conclusions:* The SOC is directly related to the pursuit and maintenance of health. Therefore, its measurement can be an important instrument for nursing care.

**Keywords:** Noncommunicable diseases; primary care nursing; sense of coherence; quality of life; adult; Brazil.

## **Resumo**

*Introdução:* O senso de coerência, um componente da Teoria Salutogênica, permite compreender como as pessoas percebem suas vidas e como respondem a situações estressantes, tais como uma doença crônica.

*Objetivo:* Analisar a aplicabilidade do constructo "senso de coerência" como ferramenta de cuidado da enfermagem, em adultos com doenças crônicas não transmissíveis.

*Método:* Trata-se de uma revisão integrativa, cuja busca foi realizada em setembro de 2019, com os descritores: "sense of coherence" AND "nursing" AND "chronic disease" y "sense of coherence" AND "nursing". As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual de Saúde, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *National Library of Medicine* e *Scopus*. Foram incluídos artigos primários em português, inglês e espanhol, no período de 2014 à 2019, e classificados de acordo com o nível de evidência de *Oxford Center for Evidence-based Medicine*.

*Resultados:* identificou-se nas buscas um total de 325 artigos, dos quais 21 atenderam aos critérios de inclusão.

*Discussão:* Os estudos analisados demonstraram cuidados de enfermagem com uso do senso de coerência, alinhados à perspectiva salutogênica, com vistas a manter e promover a saúde no contexto das doenças crônicas não transmissíveis.

*Conclusões:* O SOC está diretamente relacionado com a busca e manutenção da saúde e, portanto, sua mensuração pode ser um instrumento importante para os cuidados de enfermagem.

**Palavras chave:** Doenças não transmissíveis; enfermagem de atenção primária; senso de coerência; qualidade de vida; adulto; Brasil.

## Introducción

El constructo sentido de coherencia (*Sense of coherence construct-SOC*) es uno de los elementos de la Teoría Salutogénica propuesta por Antonovsky, dicho concepto se refiere a la perspectiva del individuo sobre su vida y salud. Está conformado por tres dimensiones: Comprensión (cognitiva), Manejabilidad (conducta) y Significado (motivación), las cuales reflejan la interacción entre el mundo y su entorno personal<sup>1,2</sup>.

La Teoría Salutogénica consiste en un cambio del paradigma patogénico, es decir, mientras la orientación patogénica se centra en los factores de riesgo intrínsecamente negativos, que explican por qué las personas enferman, la orientación salutogénica tiene como eje el origen de la salud y se centra en el mantenimiento y el realce del bienestar. Este modelo acepta la posibilidad de que los factores estresantes (parte de la condición humana) puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, pero dependen de las características y de la capacidad de las personas para resolverlos, estableciéndose como su predictor de salud<sup>3,4</sup>. Esta teoría constituye un nuevo enfoque para la evaluación de individuos en condiciones de enfermedad crónica o de grupos específicos<sup>1</sup>. Su paradigma va acorde con lo expuesto en la Carta de Ottawa para el desarrollo de la Promoción de la Salud; su utilidad se fundamenta por tres razones principales: 1) por la resolución de problemas y búsqueda de soluciones, 2) porque identifica Recursos Generales de Resistencia (GRRs), los cuales ayudan a las personas a mejorar su salud y 3) porque identifica un sentido global y omnipresente de la persona o comunidad, cuya capacidad se plasma en el SOC<sup>5</sup>. Este modelo ha influido en el desarrollo de las nuevas normas de promoción de la salud, donde el enfoque ya no es la enfermedad sino la salud, lo que muestra un enfoque positivo de la promoción de la salud.

Como forma de medir el SOC, concepto central de la teoría, Antonovsky desarrolló un instrumento llamado Cuestionario de Orientación a la Vida, también llamado OLQ (*Orientation to Life Questionnaire*), del cual existen dos versiones: la versión completa con 29 ítems y la reducida con 13 ítems<sup>4</sup>.

En la versión de 29 ítems, el cuestionario indica sentimientos extremos con preguntas o enunciados, las puntuaciones van de 29 a 203 puntos y se evalúan las tres dimensiones del SOC: comprensibilidad (10 ítems), manejabilidad (11 ítems) y significatividad (8 ítems)<sup>6</sup>. La versión de 13 ítems (OLQ-13) consiste en afirmaciones o preguntas sobre comportamientos o sentimientos<sup>7</sup> y cuantifica de 13 a 91 puntos. En ambos instrumentos, la escala de medición utilizada es de tipo Likert, que va de 1 a 7 (puntuaciones que corresponden a los extremos de cada pregunta). Para identificar el nivel de sentido de coherencia, la sumatoria total se clasificó en tres rangos: débil de 57 a 140 puntos, moderado de 141 a 161 y alto de 162 a 199; aunque Antonovsky no propuso tal división, esta se ha utilizado en otros estudios<sup>8</sup>. El instrumento se ha traducido a 33 idiomas<sup>6</sup>, sobre todo en países occidentales con poblaciones que presentan enfermedades crónicas, como las cardiovasculares<sup>1</sup>. El OLQ, como constructo teórico, es más amplio que las escalas de medición, es decir, se trata de un instrumento multidimensional que puede obtener datos de la persona, la familia o la sociedad y es aplicable en diferentes culturas<sup>9</sup>.

El constructo SOC actúa como moderador o mediador para explicar la salud, de manera que existe una relación directa entre este y el adecuado estado de salud al centrarse en aspectos positivos en favor de la salud, más que en los aspectos negativos de la enfermedad<sup>10</sup>, por lo tanto, actúa como un *sexto sentido* para hacerle frente a los problemas y generar habilidades que promuevan la salud<sup>11</sup>. No obstante,

según Eriksson y Mittelmark<sup>9</sup>, el SOC es modelado por la experiencia vital en el uso de recursos para hacerle frente a los factores de estrés.

En el contexto de las enfermedades crónicas, el control, significado, gestión, signos y síntomas pueden representar una mejora en la condición de vida de la persona, por lo tanto, reforzar el SOC es una estrategia eficiente para promover la salud y la percepción de bienestar, además, funciona como un marcador de la calidad de vida, relacionado de manera directa con la salud mental, que se asocia con la salud física. Por consiguiente, conocer mejor el SOC de una persona y cómo afecta a su calidad de vida puede ayudar a planificar intervenciones personalizadas dirigidas a cubrir las necesidades del individuo<sup>12</sup>.

Los profesionales de la salud pueden utilizar el SOC en la gestión de las enfermedades crónicas, tal como se ha utilizado para afrontar los factores estresantes de la vida diaria al capacitar a las personas para identificar, movilizar y utilizar los recursos disponibles a fin de gestionar eficazmente su propia salud<sup>13</sup>. En este contexto, el planteamiento del problema: ¿cómo emplean el SOC los profesionales de enfermería al cuidar a pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)?, responde y se justifica por las elevadas tasas de mortalidad<sup>14</sup> relacionadas con las ECNT y la posibilidad de que el constructo SOC contribuya a la gestión de dichas enfermedades como predictor de salud. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar la aplicabilidad del constructo SOC como herramienta de cuidado de enfermería en pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles.

## **Método**

Se trata de una revisión bibliográfica integradora basada en la declaración del *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Los

estudios de revisión de la literatura permiten a los profesionales obtener conclusiones generales sobre un tema determinado para apoyar comportamientos y generar decisiones<sup>15</sup>. Este tipo de revisión incluye el análisis de diversas metodologías con el fin de comprender un fenómeno o problema de salud de forma más completa y permite sintetizar la literatura teórica o empírica.

La operacionalización de la revisión integrativa de este estudio, con vistas a preservar el rigor metodológico y la organización, siguió las directrices propuestas por Mendes et al.<sup>16</sup>, que consisten en seis etapas. El primer paso es la construcción de la pregunta guía: *¿cómo la enfermería emplea el SOC en los cuidados a pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)?* Para ello, utilizamos el acrónimo PIC (población, intervención, concepto). La segunda etapa consistió en la búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos: BVS, CINAHL, PubMed y Scopus. La búsqueda se realizó en dos etapas: en la primera se utilizaron los descriptores y operadores booleanos *sense of coherence AND nursing AND chronic disease* y en la segunda, la combinación de *sense of coherence AND nursing*. Cabe destacar que la segunda búsqueda ayudó a recuperar un mayor número de fuentes.

Los criterios de inclusión fueron: 1) artículos publicados de 2014 a 2019, que fueran textos completos de acceso abierto, en los idiomas inglés, portugués y español, que tuvieran como tema central las enfermedades crónicas en personas mayores de 18 años, y 2) estudios originales con enfoque cuantitativo o cualitativo realizados por profesionales de enfermería. Los criterios de exclusión fueron: 1) estudios de revisión (integrativa, narrativa, sistemática) y 2) estudios que no respondieran la pregunta guía. La selección de los artículos fue realizada por dos investigadores de forma independiente, con la inserción de un tercero para la reunión de consenso en caso de desacuerdo.



En la tercera etapa se eliminaron los artículos duplicados con la ayuda del gestor de referencia *Endnote*. Se realizó la lectura y el análisis tanto de los títulos como de los resúmenes de 168 artículos, los cuales se leyeron en su totalidad. Tras este procedimiento, 21 estudios respondieron al objetivo de la revisión. La figura 1 (diagrama de la recuperación) muestra cómo se obtuvieron y seleccionaron las fuentes.

La cuarta etapa consistió en un análisis completo de los estudios seleccionados basado en la metodología utilizada por Ursi et al.<sup>17</sup>, adaptado por los autores para la organización de los datos. La estructura quedó de la siguiente manera: foliación de los artículos (A1 a A21), autores, año de publicación, título, tipo de estudio, muestra, población, país, objetivo, principales resultados y nivel de evidencia. En la quinta fase, con los datos obtenidos, se procedió a la interpretación crítica de los resultados, comparándolos con los conocimientos teóricos, la identificación de las lagunas existentes y las implicaciones para la práctica clínica; finalmente, en la sexta etapa, se expuso la síntesis de conocimientos.

## **Resultados**

En la primera búsqueda se seleccionaron 325 artículos, de los cuales 82 eran duplicados y 75 no abordaban el tema de la revisión, por lo que se excluyeron después de la lectura del título y el resumen. Así, se leyeron 168 artículos en su totalidad. Tras el análisis de estos últimos, la muestra final se conformó por 21 estudios. La tabla 1 presenta un resumen de los estudios, indicando los autores, los objetivos, los principales resultados y el nivel de evidencia. Para determinar el grado de la evidencia en los artículos se utilizó la guía *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (Tabla 2)<sup>18</sup>.

En cuanto al año de publicación, una tercera parte de los artículos (33.3 %) correspondió a escritos de 2018, el 23.8 % fueron de 2017, tres artículos (14.2 %) de 2016, cinco (23.8 %) de 2015 y uno (4.7 %) de 2014; estos datos demuestran la actualidad de la evidencia, ya que poco más de la mitad de los artículos se encuentran publicados dentro de los dos últimos años del periodo establecido. Respecto al idioma, la mayoría de las fuentes (90.47 %) estaban en inglés y sólo dos en portugués. En cuanto al tipo de investigación, predominó el enfoque cuantitativo con 17 artículos y el diseño más utilizado fue el estudio transversal (n= 10). Sólo cuatro artículos utilizaron un enfoque cualitativo bajo el diseño fenomenológico.

## **Discusión**

El análisis de los manuscritos permitió identificar el uso del constructo SOC como elemento central para el mantenimiento de la salud desde la perspectiva de la orientación global para la vida. Esto significa que dichos estudios cumplen con los principios de la Teoría Salutogénica al enfatizar el desarrollo de las habilidades personales y la educación para la salud. Para la discusión de los datos, los artículos se agruparon en cuatro categorías temáticas: 1. *SOC y las enfermedades crónicas*, 2. *Enfoques para el uso del SOC*, 3. *SOC y correlación con la salud* y 4. *Fortaleciendo el SOC: la educación en salud como estrategia*.

### **SOC y las enfermedades crónicas**

Enfermería ha utilizado el constructo SOC en investigaciones con adultos que presentan enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, demencia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos vestibulares periféricos, esquizofrenia, accidente vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad mórbida, o en aquellas personas que tienen dolor crónico. Durante la

revisión de la literatura se identificó la posible correlación del SOC con otras variables y escalas, por ejemplo, con la depresión, el estrés, la fatiga, el dolor, entre otros.

Los aspectos antes mencionados indican la amplitud del uso del SOC en diferentes grupos de población y enfermedades. Resultados similares expuestos en una revisión sistemática que discutió la validez y confiabilidad del SOC<sup>19</sup>, presentaron investigaciones realizadas con distintas enfermedades como el cáncer, enfermedad renal, diabetes, virus de inmunodeficiencia humana, artritis, intestino irritable, enfermedades cardiovasculares, entre otras; además, esta investigación asoció el estado de la salud, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento.

Los estudios incluidos en esta revisión demuestran la relación del SOC con la percepción de los síntomas que identifican las personas ante una enfermedad crónica. Los resultados evidencian la asociación entre un SOC alto y la disminución de los síntomas e incluso una mejor percepción de la enfermedad así como un mayor nivel de satisfacción con la vida<sup>20,21</sup>. Un SOC alto representa una menor propensión a la depresión, mientras que un estrés elevado conlleva a un mayor riesgo de depresión<sup>22,23</sup>. En el caso de la diabetes mellitus, al aplicar un programa de educación en salud, el resultado incidió en la disminución de la glucemia plasmática en ayunas, además de encontrar un aumento en el SOC<sup>24</sup>. En las enfermedades coronarias se observó que un SOC alto se relacionó con mejores capacidades de autocuidado de la enfermedad<sup>25</sup> y, por el contrario, un SOC bajo se vinculó con poco interés en mejorar los comportamientos saludables<sup>26</sup>.

### **Enfoques para el uso del SOC**

El uso del SOC en los estudios fue en gran medida de tipo cuantitativo, poco más de la mitad de las investigaciones utilizaron el Cuestionario de Antonovsky en su versión de 13 ítems (52.4 %) en comparación con el de 29 ítems (23.8 %), uno (4.7 %) utilizó

ambas escalas y cuatro (19.0 %) utilizaron el SOC como referencia teórica para el análisis de la investigación cualitativa. Los hallazgos de esta revisión coinciden con estudios que abordan el concepto de SOC en pacientes hospitalizados, se identificaron pocos estudios con enfoque cualitativo, los cuales analizan el SOC y sus dimensiones en comparación con una mayoría que utiliza el Cuestionario de Antonovsky de 29 y 13 ítems como medición cuantitativa y análisis del SOC<sup>27</sup>.

Otra perspectiva que se encontró en el análisis fue la identificación de recursos psicológicos, sociales y culturales que las personas usan o gestionan con éxito para resistir la enfermedad y fortalecer el SOC. Se identifica que los Recursos Generales de Resistencia se constituyen de fenómenos que permiten combatir los estresores y lidiar con la tensión, estos pueden estar relacionados al individuo, al grupo social o al ambiente, algunos ejemplos son: recursos materiales, conocimiento/inteligencia, identidad del yo, estrategias de afrontamiento (racionalización, flexibilidad), apoyo social, estabilidad cultural y religiosa, así como una orientación para evitar situaciones que ponen en peligro la salud<sup>2</sup>.

Los GRRs proporcionan al ser humano un conjunto de experiencias de vida consistentes, ya sea por la participación del individuo en la acción o en la posibilidad de realizar una reflexión crítica de su recuperación y vida. La presencia de GRR mejora las probabilidades del individuo al lidiar con sus desafíos y lo apoyan en la construcción coherente de su vida<sup>2</sup>.

Cabe destacar que los autores consultados aplicaron otras escalas de medición, tales como: escalas de autoestima, fatiga, depresión, percepción de la enfermedad, autogestión, dolor visual, entre otras, las cuales fueron correlacionadas con los índices del Cuestionario de Antonovsky; permitió demostrar una diversidad de asociaciones al ejecutar el proceso de atención salutogénica.

## **SOC y correlación con la salud**

De acuerdo con una revisión de la literatura realizada en adultos con enfermedades cardiovasculares, el SOC se presentó como un predictor de la salud y de la calidad de vida, en este estudio un SOC alto se asocia con la adopción de comportamientos saludables<sup>28</sup>.

Los individuos con un SOC alto son más capaces de hacer frente a los estresores crónicos en comparación con aquellos que tienen un SOC bajo, es decir, el SOC alto representa mayor confianza para hacer frente a la enfermedad y mejorar el autocuidado<sup>23,29-31</sup>. Un estudio de los hábitos en trabajadores rurales de Japón concluye la asociación entre el SOC y los comportamientos pro-salud, señala las estrategias de promoción de la salud y hace énfasis en los hábitos saludables como promotores del SOC<sup>32</sup>.

Se advierte la relevancia del SOC porque permite entender cómo reaccionan las personas ante la enfermedad y el tratamiento, así como las estrategias empleadas ante el estrés, especialmente las generadas por las condiciones de la enfermedad<sup>29</sup>. En un estudio con pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para atender la Enfermedad de la Arterial Coronaria en Brasil, mostró que cuando más alto es el SOC, mejor es la calidad de vida relacionada con la salud<sup>33</sup>. Además, ante la presencia de síntomas depresivos, existe una asociación entre un SOC bajo y el deterioro de la calidad de vida<sup>19</sup>. También se identificó el efecto directo e indirecto del SOC en la calidad de la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas en Suecia<sup>34</sup>.

### **Fortaleciendo el SOC: la educación en salud como estrategia**

El SOC parece ser estable en el tiempo, sin embargo, no tan estable como suponía Antonovsky, quien postuló que se desarrolla alrededor de los 30 años y se mantiene durante toda la vida<sup>35</sup>. No obstante, los resultados de la revisión de Esquivel y Díaz<sup>28</sup> apuntan que el SOC es dinámico por lo que se puede aumentar y fortalecer a través

de intervenciones; asimismo, contribuye a una mejor percepción de la salud y calidad de vida<sup>36</sup>. De este modo, la gestión de la enfermedad por parte de los profesionales de enfermería brinda la oportunidad de aumentar el SOC<sup>37,38</sup>, especialmente a través de la educación sanitaria para la autogestión. La promoción de la salud tiene como objetivo reforzar los recursos para elevar el SOC de una persona y mejorar la salud y calidad de vida<sup>39</sup>. En China, un estudio realizado en personas con enfermedad coronaria concluyó que el SOC tenía un efecto directo sobre las conductas de autogestión<sup>25</sup>.

El manejo adecuado de los estresores, desde esta perspectiva, representa mejores resultados en el contexto de las enfermedades crónicas. El diagnóstico de una enfermedad no transmisible puede dar lugar a cambios emocionales, tales como la dificultad para aceptarla, la incertidumbre, la incapacidad para gestionar los cuidados y cumplir con las terapias<sup>40</sup>, elementos observados en la literatura analizada, donde también se reveló que un SOC alto representa una mayor capacidad para enfrentarse a los estresores crónicos, a la enfermedad, a los síntomas y permite mejorar el autocuidado; es un recurso promotor de salud que fortalece la resiliencia y desarrolla un estado de salud subjetivo positivo<sup>41</sup>. En este orden, una investigación sobre la percepción de la fatiga tras un infarto agudo al miocardio señala que el SOC se altera según la percepción de la enfermedad por parte de los usuarios, es decir, cuanto más bajos sean los puntajes del SOC, la percepción de salud es más deficiente y, entre más altos sean los niveles de estrés, menor es el puntaje del SOC<sup>42</sup>.

Sabemos que el SOC afecta la salud mental y esta, a su vez, a la salud física, por lo tanto, conocer el SOC y su impacto en la calidad de vida permite planificar las intervenciones para su fortalecimiento a fin de mejorar la calidad de vida. Cabe señalar que diversos estudios han demostrado una correlación entre el SOC alto con una

menor percepción de síntomas depresivos, fatiga, dolor, vértigo y disminución de la glucosa en sangre, por ejemplo, un estudio realizado en Italia con ECNT, señala los efectos positivos del SOC en la salud mental y física<sup>12</sup>.

En un análisis del SOC y su relación con las enfermedades cardiovasculares, se dedujo que su utilidad puede ayudar al personal de enfermería a comprender el papel del SOC en la adherencia de los pacientes a los cuidados, en la evaluación de las condiciones de salud y cómo actúa para fortalecer las habilidades para enfrentar los desafíos de la vida<sup>28</sup>. Esto explica el potencial de la educación sanitaria en la mejora del SOC y, en consecuencia, en la promoción de la salud en el contexto de las ECNT. Desde dicha perspectiva, un estudio realizado en personas diagnosticadas con trastornos vestibulares periféricos, explicó que los pacientes que recibieron intervenciones de enfermería especializadas, con educación y apoyo individualizados, manifestaron menos síntomas relacionados con el vértigo y demostraron un mayor puntaje de SOC<sup>43</sup>.

Los resultados demuestran que el proceder de la enfermería en torno a la educación sanitaria con orientación para el alta de los pacientes, correlacionó de manera significativa el SOC con una mayor capacidad de autocuidado y afrontamiento, además de la adopción de comportamientos más saludables<sup>44</sup>. La intervención en personas mayores con enfermedades crónicas también dio como resultado un aumento del SOC y de la autoeficacia<sup>42</sup>.

La propuesta de implementar el SOC como parte de los cuidados de enfermería en personas con demencia, conocido como *slownursing*<sup>45,46</sup>, ha demostrado mejorar la atención y la calidad de vida de las personas. Los resultados de la intervención muestran el uso del SOC como guía para las acciones después de identificar los recursos de afrontamiento de las personas.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con la muestra, las múltiples enfermedades crónicas, la inespecificidad de la enfermedad analizada, el corte temporal en la búsqueda de estudios y la inserción del criterio de inclusión de adultos con enfermedad crónica.

## **Conclusión**

Enfermería ha utilizado el constructo SOC en investigaciones en adultos con enfermedades crónicas, en diferentes grupos de patologías, con el propósito de observar la relación entre medidas objetivas y subjetivas de salud a través del uso del Cuestionario de Antonovsky, o bien, a través de la correlación entre el Cuestionario con otras variables y escalas.

El estudio y la utilización del sentido de coherencia, especialmente con un enfoque cualitativo del constructo, es un tema fructífero para el ámbito académico. La revisión señala la existencia de pocos estudios en el contexto de la enfermería que en mayor frecuencia presentan un enfoque cuantitativo al cuantificar el nivel del SOC mediante el cuestionario de Antonovsky, en detrimento de los enfoques cualitativos.

El constructo de Antonovsky puede ser una poderosa herramienta para los cuidados de enfermería que, en conjunto con la educación para la salud y a través de la gestión de la enfermedad, contribuye al alivio de la sintomatología y a la comprensión de la gestión y el significado de la enfermedad crónica.

## **Responsabilidades éticas**

**Protección de personas y animales.** Al ser un estudio de revisión, no se realizaron experimentos ni intervenciones.

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Financiamiento.** Ninguno.



## Referencias

1. Spadoti-Dantas RA. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese]. Ribeirão Preto, Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007. <https://bit.ly/3Bw8Q0D>
2. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(6): 460-6. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, EE.UU.: Jossey-Bass; 1987. <https://bit.ly/3Me4Reb>
4. Bonanato K, Barbabela-Tavares-Branco D, Tibães-Mota JP, Ramos-Jorge ML, Martins-Paiva S, Alemida-Porteus I, et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the 'Sense of Coherence Scale' in mothers of preschool children. *Interam. J. Psychol*. 2009; 43(1): 144-53.
5. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M, García-Moya I. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En: Hernán M, Morgan A, Mena ÁL (editores). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. 36-7. <https://bit.ly/431RpAM>
6. Esquivel-Garzón N, Díaz-Heredia LP. Validez y confiabilidad del cuestionario Orientación ante la Vida de Antonovsky (SC-29 ítems), versión en español. *Inv Enf*. 2020; 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.vcco>
7. Vega-Martínez MC, Frías-Osuna A, Del Pino-Casado R. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gac. sanit*. 2019; 33(4): 310-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.009>
8. Pedrosa S. Senso de coerência e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS. [dissertação Mestrado]. Fortaleza, Brasil: Universidade Federal do Ceará; 2015. <https://bit.ly/45mlDsS>
9. Eriksson M, Mittelmark MB. The sense of coherence and its measurement. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. *The handbook of salutogenesis*. Cham, Germany: Springer; 2017. 97-106. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_12)
10. Ortiz-Granja D, Acosta-Rodas P, Lepe-Martínez N, Del Valle M, Ramos-Galarza C. Escala reducida para valorar el Sentido de Coherencia: SOC 15. *Rev. ecuat. neurol*. 2019; 28(2): 23-7. <https://bit.ly/41lrYTO>

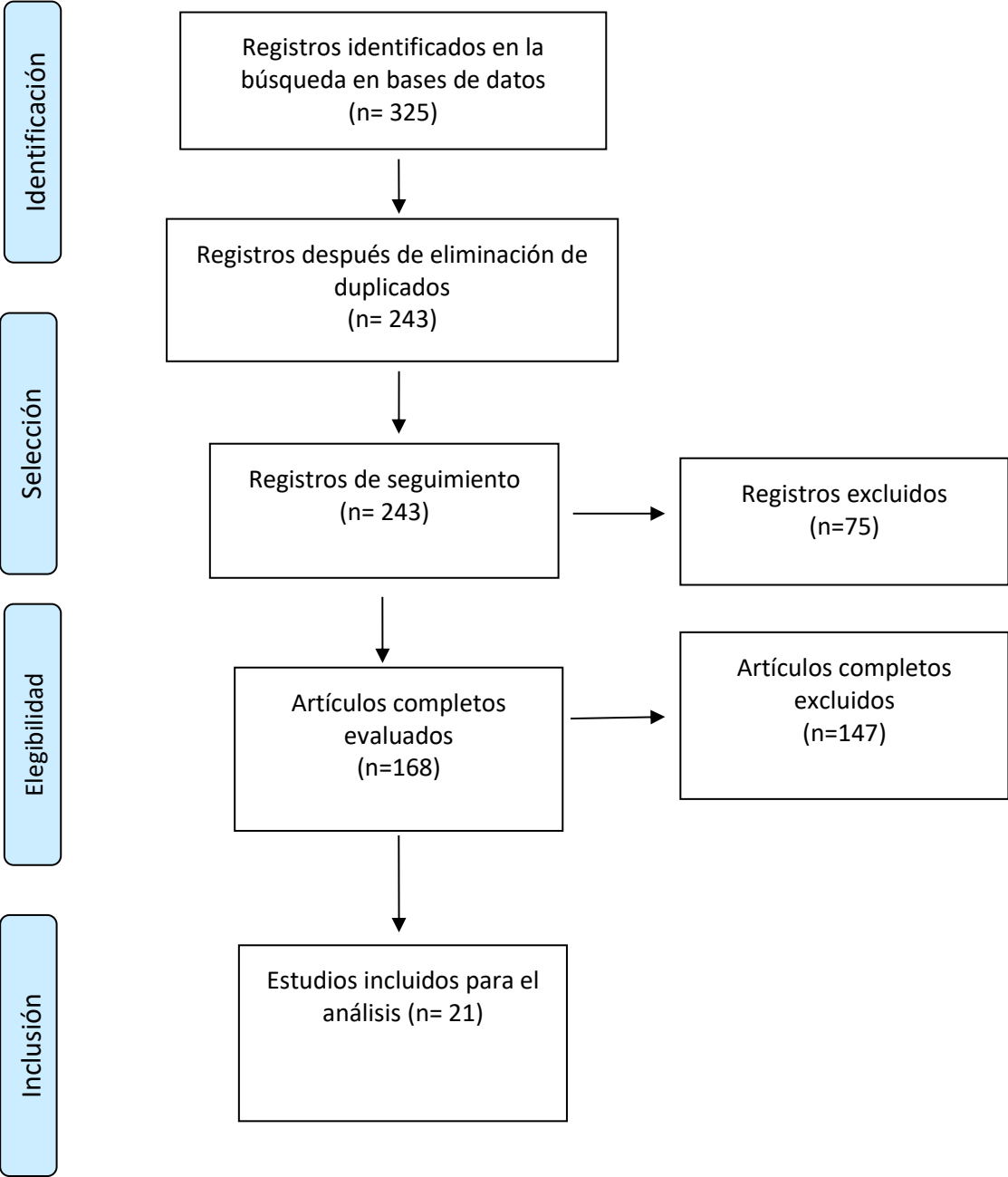
11. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int.* 2006; 21(3): 238-44. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
12. Galletta M, Cherchi M, Cocco A, Lai G, Manca V, Pau M, et al. Sense of coherence and physical health-related quality of life in Italian chronic patients: The mediating role of the mental component. *BMJ Open.* 2019; 9(9): 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030001>
13. Super S, Wagemakers MAE, Picavet HSJ, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: Opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int.* 2016; 31(4): 869-78. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav071>
14. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción. Ginebra: OMS; 2020. <https://bit.ly/2DMqVkl>
15. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5): 546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
16. Mendes KDS, De Campos Pereira-Silveira R, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008; 17(4): 758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
17. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. lat.-am. enferm.* 2006; 14(1): 124-31. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
18. Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of evidence (March 2009). Oxford, England: University of Oxford; 2009. <https://bit.ly/3Yp4x1d>
19. Spadoti-Dantas RA, E-Silva FS, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *J Clin Nurs.* 2014; 23(1-2): 156-65. <https://doi.org/10.1111/jocn.12157>
20. Andruszkiewicz A, Basińska MA, Felsmann M, Banaszekiewicz M, Marzec A, Kędziora-Kornatowska K. The determinants of coping with pain in chronically ill geriatric patients – the role of a sense of coherence. *Clin Interv Aging.* 2017; 12: 315-23. <https://doi.org/10.2147/CIA.S118136>
21. Lillefjell M, Jakobsen K, Ernsten L. The impact of a sense of coherence in employees with chronic pain. *Work.* 2015; 50(2): 313-22. <https://doi.org/10.3233/WOR-141838>
22. Alsén P, Eriksson M. Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. *J Clin Nurs.* 2016; 25(3-4): 526-33. <https://doi.org/10.1111/jocn.13088>

23. Guo LN, Liu YJ, McCallum J, Söderhamn U, Ding XF, Yv SY, et al. Perceived stress and depression amongst older stroke patients: Sense of coherence as a mediator?. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018; 79: 164-70. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.08.010>
24. Odajima Y, Kawaharada M, Wada N. Development and validation of an educational program to enhance sense of coherence in patients with diabetes mellitus type 2. *Nagoya J Med Sci.* 2017; 79(3): 363-74. <https://doi.org/10.18999/nagjms.79.3.363>
25. Li Z, Liu T, Han J, Li T, Zhu Q, Wang A. Confrontation as a mediator between sense of coherence and self-management behaviors among elderly patients with coronary heart disease in north China. *Asian Nurs Res.* 2017; 11(3): 201-6. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.003>
26. Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J, Studencan M, Ondusova D, Reijneveld SA, et al. Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014; 13(4): 345-56. <https://doi.org/10.1177/1474515113497136>
27. Dietscher C, Winter U, Pelikan JM. The application of salutogenesis in hospitals. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. *The handbook of salutogenesis.* Cham, Germany: Springer; 2017. 277-98. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_27)
28. Esquivel-Garzón N, Díaz-Heredia LP. Salutogénesis y salud cardiovascular en adultos: scoping review. *Texto contexto enferm.* 2020; 29: 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0376>
29. Anyan F, Knizek BL. The coping mechanisms and strategies of hypertension patients in Ghana: The role of religious faith, beliefs and practices. *J Relig Health.* 2018; 57(4). 1402-12. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0517-7>
30. Pelegriño-Ferreira VM, Nascimento-Silva L, Kiyomi-Furuya R, Schmidt A, Rossi LA, Spadoti-Dantas RA. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(3): 388-94. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>
31. Wijesinghe S, Parshall MB. Impermanence and sense of coherence: Lessons learned from the adaptive behaviors of Sri Lankan buddhist nuns with a chronic illness. *J Transcult Nurs.* 2016; 27(2): 157-65. <https://doi.org/10.1177/1043659614545402>
32. Binkowska-Bury M, Iwanowicz-Palus G, Kruk W, Perenc L, Mazur A, Filip R, et al. Pro-health behaviours – a sense of coherence as the key to a healthy lifestyle in rural areas?. *Ann Agric Environ Med.* 2016; 23(2): 345-9. <https://doi.org/10.5604/12321966.1203903>
33. Lisboa-Gois CF, Vale-Carvalho L, Carvalho J, Silva-Anjos T, Mendonça-Cunha DM, Aragão-Silva F, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas depressivos e

- sensu de coerência de coronariopatas. *Enferm. Foco*. 2018; 9(4): 44-8. <https://bit.ly/3IZw6Jg>
34. Kristofferzon ML, Engström M, Nilsson A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: A cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2018; 27: 1855-63. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1845-0>
  35. Odajima Y, Sumi N. Factors related to sense of coherence in adult patients with Type 2 diabetes. *Nagoya J Med Sci*. 2018; 80: 61-71. <https://doi.org/10.18999/nagjms.80.1.61>
  36. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(11): 938-44. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
  37. Blomqvist M, Ivarsson A, Carlsson IM, Sandgren A, Jormfeldt H. Health risks among people with severe mental illness in psychiatric outpatient settings. *Issues Ment. Health Nurs*. 2018; 39(7): 585-91. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1422200>
  38. Musavinasab M, Ravanipour M, Pouladi S, Motamed N, Barekat M. The effect of self-management empowerment model on the sense of coherence among elderly patients with cardiovascular disease. *Educ Gerontol*. 2015; 42(2): 100-8. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1078691>
  39. Fagermoen MS, Hamilton G, Lerdal A. Morbid obese adults increased their sense of coherence 1 year after a patient education course: A longitudinal study. *J Multidiscip Healthc*. 2015; 8: 157-65. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S77763>
  40. Trentini M, Paim L, Guerreiro D. *Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde*. São Paulo: Atheneu; 2014.
  41. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(5): 376-81. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
  42. Hourzad A, Pouladi S, Ostovar A, Ravanipour M. The effects of an empowering self-management model on self-efficacy and sense of coherence among retired elderly with chronic diseases: A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2018; 13: 2215-24. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S183276>
  43. Faag C, Bergenius J, Forsberg C, Langius-Eklöf A. Feasibility and effects of a nursing intervention for patients with peripheral vestibular disorders. *Rehabilitation Nurs*. 2017; 42(5): 274-81. <https://doi.org/10.1002/rnj.261>
  44. Suwan N, Panuthai S, Lasuka D, Khampolsiri T. Factors influencing readiness for hospital discharge among Thai older persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2018; 22(2): 156-68. <https://bit.ly/3J01RSH>

45. Lillekroken D, Hauge S, Slettebø A. The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia*. 2015; 16(7): 930-47. <https://doi.org/10.1177/1471301215625112>
46. Lillekroken D, Hauge S, Slettebø A. Enabling resources in people with dementia: A qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *J Clin Nurs*. 2015; 24(21-22): 3129-37. <https://doi.org/10.1111/jocn.12945>

Figura 1. Diagrama de recuperación, selección e inclusión de artículos



**Tabla 1.** Síntesis de la evidencia que expone el constructo de sentido de coherencia

Autor / Nivel de evidencia (CEBM*)	Objetivo	Resultados principales
Andruszkiewicz et al. <sup>20</sup> / B-2b	Evaluar la relación entre el SOC <sup>†</sup> y el control del dolor en personas mayores con EC <sup>‡</sup> .	Los individuos con un SOC alto afrontan mejor el dolor, son capaces de controlarlo, reducirlo y evaluarlo como de baja intensidad, al grado de disminuir el uso de analgésicos.
Lillefjell et al. <sup>21</sup> / C-4	Investigar las asociaciones entre la ansiedad, el dolor, el estado de salud funcional y si difieren en la rehabilitación con un SOC alto y bajo en empleados con dolor musculoesquelético crónico.	Las intervenciones adecuadas refuerzan el SOC en los más vulnerables y fomentan los recursos que aumentan el SOC.
Alsén et al. <sup>22</sup> / B-2b	Explorar las asociaciones entre la percepción de la enfermedad, la fatiga, el SOC y el estrés en personas que sufrieron un infarto de miocardio.	Entre más bajo sea el SOC, peor es la percepción de la fatiga. Un estrés alto provoca un SOC bajo y, por ende, aumenta la percepción de fatiga. Se expone la oportunidad de que los profesionales sanitarios refuercen los recursos de afrontamiento de las personas.
Guo et al. <sup>23</sup> / B-2b	Explorar la relación entre el estrés percibido, el SOC y la depresión en personas mayores con accidente cerebrovascular.	Puntajes altos en la escala del SOC significan una menor propensión a la depresión. Cuanto mayor es el estrés percibido, mayor es el riesgo de depresión. Se destaca la importancia de explorar el aumento del SOC en la educación sanitaria y el mantenimiento de la salud.

\* **CEBM:** Oxford Centre for Evidence-Based Medicine

† **SOC:** Constructo Sentido de Coherencia

‡ **EC:** Enfermedades crónicas

Odejima et al. <sup>24</sup> / B-2b	Desarrollar un programa de educación grupal que mejore el SOC entre los pacientes con DM <sup>§</sup> tipo 2.	Con el uso del programa educativo EPSOC-2DM <sup>**</sup> se observa un aumento del SOC.
Li et al. <sup>25</sup> / B-2b	Investigar la asociación del SOC y las conductas de autogestión en personas mayores con enfermedades coronarias.	El SOC ejerce un efecto directo sobre las conductas de autogestión y la adopción de medidas de afrontamiento de la enfermedad. Indica la necesidad de valorar el papel del afrontamiento en las estrategias para fortalecer el SOC y la autogestión.
Anyan et al. <sup>29</sup> / C-4	Explorar el papel de la fe, las creencias y las prácticas religiosas en los mecanismos y estrategias de afrontamiento en personas con hipertensión.	Los participantes demuestran tener fuertes características del SOC, esto permite manejar el estrés y la enfermedad de manera positiva. La fe, las creencias y las prácticas religiosas cristianas se utilizan como recurso para afrontar la enfermedad.
Pelegriño et al. <sup>30</sup> / B-2b	Analizar las conductas de autocuidado teniendo en cuenta el género, los síntomas depresivos y el SOC.	Un SOC alto se relaciona con una mejor satisfacción con la vida, los individuos identifican las barreras y las soluciones; se sienten más seguros para hacer frente a la enfermedad y mejorar su autocuidado. No existen diferencias en el SOC según el comportamiento de autocuidado y el género.
Wijesinghe et al. <sup>31</sup> / B-2c	Explorar la influencia de las creencias y prácticas espirituales budistas tradicionales en el modo de afrontar las enfermedades crónicas.	Se aborda el concepto de SOC y GRR <sup>††</sup> de Antonovsky, los cuales se identifican en los discursos de la actitud positiva como esencial para la salud. En el contexto de las creencias budistas, el afrontamiento varía desde la búsqueda de la salud hasta la aceptación resignada.

§ **DM:** Diabetes Mellitus

\*\* **EPSOC-2DM:** Programa educativo que busca incluir el SOC ente los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

†† **GRR:** Recursos generales de resistencia



Lisboa et al. <sup>33</sup> / B-2c	Evaluar la relación entre la CVRS <sup>‡‡</sup> , los síntomas depresivos y el SOC en personas con enfermedad coronaria.	Entre más alto es el SOC, mejor es la CVRS. Cuantos más síntomas depresivos se tienen, peor es la CVRS.
Spadoti et al. <sup>34</sup> / B-2b	Evaluar la validez de constructo y la fiabilidad de las versiones brasileñas de las escalas SOC de Antonovsky de 29 y 13 ítems.	Existe correlación positiva entre el SOC y la autoestima; también se identifica correlación negativa entre el SOC y la depresión. Se observa una débil correlación entre el SOC y la edad.
Kristofferzon et al. <sup>35</sup> / B-2b	Investigar las relaciones entre el SOC, el afrontamiento centrado en la emoción y el problema, la eficiencia de afrontamiento y la calidad de vida mental en personas con enfermedades crónicas.	El SOC demostró tener un efecto directo e indirecto sobre la calidad de vida mental; las estrategias de afrontamiento eficaces autopercibidas son los factores mediadores más importantes entre el SOC y la calidad de vida mental en pacientes con enfermedades crónicas.
Odajima et al. <sup>36</sup> / B-2b	Examinar la utilidad de la salutogénesis para el autocontrol de la DM tipo 2.	Cuando aumenta el SOC disminuye de la carga de la enfermedad, este efecto se refleja en la disminución de la hemoglobina glicosilada. Por lo tanto, se sugiere controlar la DM mediante la mejora del SOC.
Blomqvist et al. <sup>38</sup> / B-2b	Investigar la relación entre la autoevaluación de la salud, el sentido de coherencia, el riesgo de ECV <sup>§§</sup> y el IMC que presentan las personas con enfermedad mental grave en entornos ambulatorios psiquiátricos.	Se compara tanto las medidas subjetivas (salud autocalificada y SOC) como las objetivas (infarto de miocardio, riesgo de enfermedad cardiovascular) de la salud, las cuales muestran una relación significativa. Se indica la necesidad de evaluar las medidas subjetivas y objetivas de la salud. Es importante destacar el papel de la enfermería en la promoción de la salud.

<sup>‡‡</sup> **CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud

<sup>§§</sup> **ECV :** Enfermedad cardiovascular

Musavinasab et al. <sup>39</sup> / B-2b	Determinar el efecto de la educación basada en el modelo de empoderamiento para la autogestión del SOC; aumentar la comprensión de las personas sobre sus capacidades e identificar los GRR.	El SOC aumenta tras la intervención, esto mejora la calidad de vida. Los resultados del SOC inciden en una mejor adherencia a la dieta y a la actividad física. La educación sanitaria por parte de la enfermería desempeña un papel especial en la potenciación de la autogestión en personas mayores con enfermedades crónicas, se identifican recursos y adaptaciones.
Fagermoen et al. <sup>40</sup> / B-2c	Identificar el nivel SOC en personas con obesidad mórbida antes y después de un curso educativo.	El SOC aumenta tras las actividades de educación sanitaria. Se identifica la importancia de reforzar el SOC, así como su utilidad en las intervenciones de cambio de estilo de vida. La edad avanzada, el trabajo remunerado, la autoestima y la autoeficacia muestran una mayor correlación con el SOC.
Hourzad et al. <sup>43</sup> / A-1b	Evaluar el efecto de un modelo de autogestión de empoderamiento sobre la autoeficacia y el SOC en personas mayores jubiladas con EC.	La intervención conduce a una mejora del SOC y la autoeficacia en las personas mayores con EC. El modelo permite capacitar a este grupo de personas para cambiar la actitud hacia la enfermedad durante su evolución. El personal de enfermería debe aplicar este modelo de empoderamiento para la autogestión.
Faag et al. <sup>44</sup> / A-1b	Explorar la viabilidad y los posibles resultados de una intervención de enfermería en personas con trastornos vestibulares periféricos.	El grupo que recibe la intervención de enfermería muestra un SOC alto, menos síntomas de mareo, menos ansiedad y mayor bienestar. El SOC permite gestionar los síntomas.
Suwan et al. <sup>45</sup> / B-2b	Determinar los factores que intervienen en la preparación para el alta hospitalaria entre los adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	La correcta gestión de las intervenciones de enfermería en el post alta, permite una mejor percepción de la enfermedad por parte del usuario que incide en la capacidad de autogestión de la patología. Un SOC alto se correlaciona con una mayor capacidad de autocuidado y afrontamiento, así como con la elección de comportamientos más saludables.

Lillekroken et al. <sup>46</sup> / C-4	Identificar los puntos de vista del personal de enfermería sobre un enfoque de cuidados que pueda apoyar el SOC en personas con demencia.	Los elementos centrales de la <i>enfermería pausada</i> se basan en <i>estar en el momento, hacer una cosa a la vez, crear alegría y satisfacción</i> , por lo que puede ser un enfoque para apoyar el SOC en personas con demencia.
Lillekroken et al. <sup>47</sup> / C-4	Explorar estrategias que puedan apoyar el SOC en personas con demencia.	La acción de enfermería refuerza los GRR, permite fortalecer el SOC en las personas con demencia. Desvía la atención de la enfermedad y la dirige hacia la situación vivida y su adaptación.

**Tabla 2.** Grado de la evidencia según el *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y de análisis de decisión
<b>A</b>	<b>1a</b>	RS con homogeneidad de EC con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones)	RS de estudios de diagnóstico de nivel 1 de alta calidad con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y en diferentes centros clínicos)	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de alta calidad
	<b>1b</b>	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales con un seguimiento mayor de 80 % de las cohortes y validadas en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del	Estudio de cohortes prospectiva con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia. Incluye análisis de la sensibilidad

				diagnóstico o probado en un centro clínico		
	<b>1c</b>	Todos o ninguna	Serie de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos (todos o ninguno)	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores, pero más caras
	<b>2a</b>	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	RS de estudios de cohortes retrospectivos o de grupos controles no tratados en EC con homogeneidad	RS de estudios de diagnóstico de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS con homogeneidad de estudios 2b y mejores	RS con homogeneidad de estudios económicos con nivel mayor a 2
<b>B</b>	<b>2b</b>	Estudios de cohortes individual con seguimiento inferior a 80 %. Incluye EC de baja calidad	Estudios de cohorte retrospectivo o seguimiento de controles no tratados en un EC o GPC no válidas	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos y válidos con estándar de referencia	Estudios de cohortes retrospectivos o de seguimiento insuficiente	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad

				adecuado (independiente de la prueba diagnóstica)		
<b>2c</b>	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud			Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
<b>3a</b>	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad			RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad
<b>3b</b>	Estudios de casos y controles individuales			Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de pacientes que podría ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, estimaciones de datos de mala calidad, pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles

<b>C</b>	<b>4</b>	Serie de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad	Estudios de casos y controles con escasos o sin estándares de referencia independientes	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología ni en trabajo de investigación juicioso, ni en <i>principios fundamentales</i>	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología ni en trabajo de investigación juicioso, ni en <i>principios fundamentales</i>	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología ni en trabajo de investigación juicioso, ni en <i>principios fundamentales</i>	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología ni en trabajo de investigación juicioso, ni en <i>principios fundamentales</i>	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología ni en trabajo de investigación juicioso, ni en <i>principios fundamentales</i>