

Análisis psicométrico de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en Colombia

Psychometric analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in Colombia

Stefano Vinaccia¹, Japcy Margarita Quiceno², Andrés Gómez-Acosta³, Soraya Bernal⁴ y Shadye Matar-Khalil¹

Universidad del Sinú¹
Universidad de Pamplona³
Universidad el Bosque⁴

Autor para correspondencia: Stefano Vinaccia, vinalpi47@hotmail.com.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos, para lo cual se utilizó un diseño de corte transversal de tipo instrumental. *Participantes:* 214 estudiantes universitarios de entre 18 y 30 años de edad. *Instrumentos:* la referida escala. *Resultados:* Respecto al modelo de ecuaciones estructurales, la escala SHIS planteó un modelo de diez ítems y cuatro factores que hacen énfasis en la salud mental, la salud psicofísica, la salud emocional y la salud energética, que obtuvieron los mejores indicadores de bondad de ajuste. La varianza total del cuestionario fue de 62.16%, con un índice de consistencia interna ω de .81. *Conclusión:* El SHIS muestra propiedades psicométricas aceptables para la medición de indicadores salutogénicos percibidos en estudiantes universitarios colombianos.

Palabras clave: Propiedades psicométricas; Sentido de coherencia; Salud; Salutogénico; Estudiantes universitarios; Bienestar.

ABSTRACT

Objective: to analyze the psychometric properties of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in Colombian university students. The study involved a cross-sectional, instrumental design. Two hundred and fourteen university students aged between 18 and 30 years participated and responded to the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) by Bringsén et al. (2009). Results: Regarding structural equation modeling, the SHIS scale proposed a 10-item model with four factors emphasizing mental health, psychophysical health, emotional health, and energy in health, which obtained the best goodness-of-fit. The total variance of the questionnaire was 62.16%, with an internal

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Psicología, Carrera 1w 38-153, Montería, Colombia, correos electrónicos: vinalpi47@hotmail.com y sharomakha@gmail.com.

² Investigadora independiente, Vancouver, Canadá, correo electrónico: japcyps@hotmail.com.

³ Programa de Psicología, Campus de Pamplona, Ciudad Universitaria, Pamplona, Colombia, correo electrónico: cesargomez227@gmail.com.

⁴ Programa de Psicología, Ak. 9 Núms.131a-2, Bogotá, Colombia, correo electrónico: sorito@yahoo.com.



consistency index = .81. Conclusion: The SHIS presents acceptable psychometric properties for measuring perceived health indicators in Colombian university students.

Key words: Psychometric properties; Sense of Coherence; Health; Salutogenic; University students; Well-being.

Recibido: 15/05/2023

Aceptado: 10/01/2024

INTRODUCCIÓN

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de ese año por los representantes de 61 Estados, y en vigor desde el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde entonces (*cf.* World Health Organization, 1948). Esta definición posibilitó que el abordaje de la salud pasara de ser meramente sanitario a incluir el bienestar y la relación del individuo con su entorno (Scharamme, 2023).

La promoción de la salud como pilar para las políticas públicas recibió un fuerte impulso gracias al consenso de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Carta de Ottawa; dicha promoción se vio favorecida por la propuesta salutogénica, que propende a ir más allá de la mera eliminación o mitigación de los factores patogénicos mediante el fortalecimiento de los factores protectores “como una fuente de riqueza de la vida cotidiana” (Garmy *et al.*, 2017; OMS, 1986), lo que incluye condiciones contextuales y ambientales positivas, y un progreso tanto personal como colectivo enmarcado en condiciones favorables que requieren de esfuerzos multisectoriales y multidisciplinarios que permi-

tan a las personas potenciar sus “activos en salud”, mejorar su perfil sanitario y favorecer procesos de adherencia terapéutica.

En los años 70, el sociólogo médico Aaron Antonovsky desarrolló el modelo de la teoría salutogénica, que deriva del postulado de que la entropía, la heterostasis y la senescencia son características inherentes a los seres vivos (*cf.* Restrepo y Palacios, 2008). Este modelo va más allá de la patogénesis al buscar la comprensión de la enfermedad y su tratamiento y entender cómo las personas se mantienen saludables y aumentan su bienestar, enfocándose más en los aspectos positivos promotores de la salud (Bringsén *et al.*, 2009; *cf.* Suárez *et al.*, 2021) y en las habilidades que tienen para adaptarse a las condiciones cambiantes.

El adjetivo “salutogénico” permite comprender el análisis e intervención de tópicos como las dificultades en la salud mental y las enfermedades crónicas desde una perspectiva del desarrollo positivo de la salud (Suárez *et al.*, 2021), que incorpora los activos y circunstancias de que dispone la persona, lo que le permite prevenir la severidad de la enfermedad e incrementar la calidad de vida, la salud percibida y el envejecimiento saludable (Faúndez, 2023); además, aborda tanto la red de apoyo social como el apoyo social emocional (Holt-Lunstan *et al.*, 2010), y se puede incorporar en las políticas públicas de salud en virtud de que hace posible conducir al individuo y a los grupos del sufrimiento y la disfuncionalidad psicológica al bienestar psicológico (Restrepo y Palacios, 2008; Rivera *et al.*, 2011).

El *sentido de coherencia* (SOC por sus siglas en inglés) es un factor psicológico salutogénico fundamental para lograr un ajuste adecuado a las condiciones cambiantes del entorno (Colomer *et al.*, 2022), y alude a la percepción de la capacidad para manejar de manera independiente cualquier situación de la vida que implique un reto para la promoción de la salud y el desarrollo humano (Rivera *et al.*, 2011); por lo tanto, la persona hace uso de estrategias de afrontamiento que conducen a mantener la estabilidad de tal manera que puede darle sentido a su vida (Bauer *et al.*, 2020; Restrepo y Palacios, 2008).

A su vez, los indicadores salutogénicos corresponden a un conjunto integrador de factores psicológicos y sociales en los que la religión, la cultura, el género y el estrato socioeconómico son la base para un afrontamiento exitoso de la enfermedad y favorecen los comportamientos saludables. Dicho constructo está conformado por dos dimensiones, que implican lo intrapersonal y lo interactivo (Bringsén *et al.*, 2009; Garmy *et al.*, 2017; Mittelmark y Bauer, 2017).

Los instrumentos de medición en el ámbito de la salud se basan fundamentalmente en un enfoque de enfermedad y de factores de riesgo, pero dejan de lado la medición de los factores salutogénicos que facilitan promover la salud y que permiten a las personas y grupos proporcionar información para identificar y satisfacer sus necesidades, así como hacer frente al medio para lograr el bienestar físico, mental y social (Garmy *et al.*, 2017). En congruencia con lo anterior, el SOC y la escala SHIS son factores medibles en una orientación de promoción de la salud con un enfoque salutogénico (Chow *et al.*, 2023). Antonovsky entendió el SOC como la capacidad de aprovechar los recursos para enfrentar ciertos estímulos presentes en el curso de la vida de las personas, y en consecuencia desarrolló la Escala de Orientación hacia la Vida (o Escala de Sentido de Coherencia) (Antonovsky, 1993), la cual se ha aplicado a distintas poblaciones alrededor del globo (Eriksson y Contu, 2022; Eriksson y Lindström, 2005; Ferguson *et al.*, 2015; Lajunen, 2019; Ortiz *et al.*, 2019; Virués *et al.*, 2007). La Escala de Sentido de Coherencia fue validada en Colombia por Sánchez *et al.* (2021), quienes hallaron en las mismas características psicométricas adecuadas. Dicho instrumento fue desarrollado de manera empírica en personas con un buen estado de salud mental, sin experiencias adversas.

Por su lado, Bringsén *et al.* (2009) desarrollaron la Escala de Indicadores de Salud (SHIS) basados en la teoría salutogénica y del sentido de coherencia, definiendo la salud como “una expe-

riencia subjetiva positiva de uno mismo como conjunto”. Su medición tiene como base las teorías de la salud y el bienestar, y utiliza indicadores que muestran el sentimiento de bienestar físico, mental y social buscando comprender la manera en que las personas buscan y logran mantener su salud (Garmy *et al.*, 2017). Sin embargo, aún no se han efectuado estudios psicométricos del comportamiento de dicha prueba en el contexto de la lengua española.

Expuesto lo anterior, es necesaria una descripción de la salud positiva mediante un instrumento para evaluarla en Colombia desde una perspectiva salutogénico-holística (Bringsén *et al.*, 2009). Por tanto, en este estudio se empleó un diseño instrumental psicométrico (Ato *et al.*, 2013), con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en población colombiana.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 214 estudiantes universitarios ($M = 19.51$ años, $D.E. = 2.75$) de tres instituciones de educación superior del departamento de Córdoba, escogidos mediante un muestreo no probabilístico de los sujetos disponibles. Los criterios de inclusión fueron, a saber: ser mayor de 18 años, estudiante de cualquier programa universitario de una institución privada de educación superior colombiana, y declarar que su participación en el estudio era voluntaria mediante la firma de una carta de consentimiento informado. A la vez, se consideraron como criterios de exclusión ser menores de edad y mostrar dificultades en la lectoescritura. Se eliminaron asimismo los registros incompletos de la base de datos analizada. Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes ($n = 214$).

| | n | % | | n | % |
|-------------------------------|-----|------|----------------------------------|-----|------|
| Sexo | | | Estado civil | | |
| Femenino | 183 | 85.5 | Solteros | 195 | 90.7 |
| Masculino | 32 | 14.5 | Casados | 4 | 1.9 |
| | | | Unión libre | 15 | 7.0 |
| Estrato socioeconómico | | | Sistema de salud adscrito | | |
| Muy bajo | 110 | 51.3 | Subsidiado (SISBEN) | 46 | 21.5 |
| Bajo | 67 | 31.3 | Contributivo (EPS) | 152 | 70.8 |
| Medio-bajo | 25 | 11.7 | Medicina prepagada | 13 | 6.1 |
| Medio | 7 | 3.4 | Ninguno | 3 | 1.5 |
| Medio-alto | 2 | 0.9 | | | |
| Alto | 3 | 1.4 | | | |

Instrumentos

Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) (Bringsén *et al.*, 2009).

La SHIS consta de doce preguntas que se dividen en dos dimensiones diferentes de indicadores de salud. La primera hace referencia a las características intrapersonales (CIP) y la segunda a la función interactiva (FIA). La CIP se compone de las preguntas A, B, C, D, I, J y L, y la FIA de las preguntas E, F, G, H y K. La SHIS contiene además una pregunta general: “¿Cómo se ha sentido durante las últimas cuatro semanas?”, a la que se responde: “En las últimas cuatro semanas me he sentido...”.

La SHIS es una escala de tipo diferencial semántico en la que cada pregunta se responde en una escala de seis puntos, que van de lo positivo (saludable = 6) a lo negativo (poco saludable = 1), con puntuaciones mínima y máxima de 12 a 72 puntos, respectivamente. Las puntuaciones más altas indican una mejor salud. La consistencia interna del factor CIP es de $\alpha = 0.90$, la del factor FIA de $\alpha = 0.84$, y la de la SHIS completa de $\alpha = 0.92$ (Bringsén *et al.*, 2009).

Procedimiento

En la primera etapa del presente análisis dos traductores bilingües llevaron a cabo la traducción de la escala completa al español de manera independiente, así como de las instrucciones y las opciones de respuesta. Hecho lo anterior, un traduc-

tor nativo, hablante del inglés estadounidense, con amplios conocimientos del idioma español, efectuó la traducción inversa del español al inglés a partir de la versión original. Por último, se llevó a cabo la evaluación cultural del instrumento según los criterios de Alexandre y Guirardello (2002).

El trabajo de adaptación cultural consistió en la aplicación del instrumento a un grupo de diez estudiantes universitarios. Luego de responder los cuestionarios, dichos estudiantes fueron entrevistados para identificar las palabras o preguntas de difícil comprensión, evaluar la aceptabilidad de la escala y recibir sus comentarios sobre el instrumento. Igualmente, se registró el tiempo necesario para su llenado y para comprenderlo cabalmente en el sistema de respuesta de cada ítem.

Luego, con el previo permiso de los representantes legales de las instituciones de educación superior, se prosiguió con la captación de la muestra. La mayoría de los participantes fueron reclutados por los investigadores en las propias aulas, tras de lo cual se les explicaron el alcance y los objetivos del estudio, aclarándoles que podían retirarse del estudio en el momento que lo consideraran pertinente y que no habría ningún tipo de retribución económica. Quienes decidieron participar de manera libre y voluntaria firmaron una carta de consentimiento informado. Se les entregó el instrumento y una ficha de datos sociodemográficos que se respondieron en los respectivos salones de clase. El investigador a cargo estuvo pendiente de lo que los participantes llegaron a re-

querir. El proceso de aplicación tuvo una duración aproximada 15 minutos.

Este estudio se desarrolló siguiendo las consideraciones éticas relativas a la investigación con sujetos humanos (Congreso de Colombia, 2006; Ministerio de Salud, 1993, 2010).

RESULTADOS

En primera instancia, se describió el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para identificar si el tamaño de la muestra era suficiente, tras de lo cual se proyectó un análisis factorial con extracción de análisis de componentes principales con mínimos cuadrados no ponderados y rotación Promax con el software SPSS, v. 26. Luego, se llevó a cabo un

modelo de ecuaciones estructurales [MEE] confirmatorio, verificando que los índices de bondad de ajuste correspondieran con lo establecido por Kline (2016) para este tipo de herramientas analíticas con el aplicativo AMOS®. Finalmente, se establecieron los índices de confiabilidad con el coeficiente omega (ω) de McDonald, y se revisó la consistencia interna a partir de correlaciones ítem-prueba mediante el software JASP®.

Análisis descriptivo de la SHIS

En la Tabla 2 se observa que la muestra evaluada obtuvo niveles de medios a altos en sus puntajes de las doce situaciones evaluadas con el instrumento, excepto en las categorías “A” y “C”.

Tabla 2. Comportamiento de los ítems.

| | Mín. | Máx. | \bar{X} | \pm D.E. |
|---|------|------|-----------|------------|
| A | 1 | 6 | 3.60 | 1.49 |
| B | 1 | 6 | 4.44 | 1.31 |
| C | 1 | 6 | 3.54 | 1.51 |
| D | 1 | 6 | 3.80 | 1.48 |
| E | 1 | 6 | 3.99 | 1.26 |
| F | 1 | 6 | 4.17 | 1.34 |
| G | 1 | 6 | 3.95 | 1.42 |
| H | 1 | 6 | 4.21 | 1.36 |
| I | 1 | 6 | 4.43 | 1.49 |
| J | 1 | 6 | 4.38 | 1.18 |
| K | 1 | 6 | 4.70 | 1.36 |
| L | 1 | 6 | 4.51 | 1.39 |

\bar{X} : media aritmética; D.E. desviación estándar

Coeficiente KMO y test de esfericidad de Bartlett

En la Tabla 3 se aprecia que el test de esfericidad de Bartlett mostró una fiabilidad de < 0.05 (signifi-

cativo) y un índice KMO de 0.802, que determinan que la muestra obtenida fue adecuada y que la matriz de correlaciones permite la realización del análisis factorial (Méndez y Rondón, 2012).

Tabla 3. Prueba de KMO y Bartlett.

| | | |
|---|----------|---------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo | | 0.802 |
| | χ^2 | 1087.51 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | gl | 66 |
| | Sig. | 0 |

Análisis factorial exploratorio

Se encontró que la prueba no tenía un comportamiento unifactorial y que los ítems se agrupaban en cuatro factores (Tabla 4). El primer factor conjuntó los ítems B, H, I, K y L, los cuales, sumados, aportan 33.67% de la varianza de dicha dimensión, mientras que el segundo factor estuvo compuesto por los ítems D y J, que aportaron 10.56%;

el tercer factor agrupó los ítems C y G, con una varianza de 9.52%, y el cuarto factor los ítems A, E y F, con un aporte en la varianza de 8.41%. La varianza total del cuestionario fue de 62.16%, con unos indicadores de extracción superiores a 0.40, mientras que los indicadores ω de McDonald y la correlación ítem-prueba son adecuados si se suprime el ítem.

Tabla 4. Comunalidades, varianza del componente y estadísticas de fiabilidad de la SHIS.

| Ítem | F1 | F2 | F3 | F4 | Extracción | ω de McDonald si el elemento es suprimido | Correlación ítem-prueba si el elemento es suprimido |
|------|-------|-------|--------|-------|------------|--|---|
| A | 0.255 | 0.321 | -0.003 | 0.594 | 0.402 | 0.809 | 0.318 |
| B | 0.770 | 0.282 | 0.140 | 0.235 | 0.600 | 0.791 | 0.509 |
| C | 0.197 | 0.322 | 0.754 | 0.194 | 0.632 | 0.803 | 0.396 |
| D | 0.171 | 0.840 | 0.296 | 0.213 | 0.799 | 0.797 | 0.441 |
| E | 0.063 | 0.128 | 0.531 | 0.695 | 0.663 | 0.807 | 0.314 |
| F | 0.367 | 0.133 | 0.048 | 0.727 | 0.581 | 0.806 | 0.338 |
| G | 0.388 | 0.215 | 0.650 | 0.141 | 0.538 | 0.801 | 0.407 |
| H | 0.541 | 0.028 | 0.396 | 0.194 | 0.468 | 0.805 | 0.356 |
| I | 0.647 | 0.486 | 0.057 | 0.416 | 0.513 | 0.786 | 0.541 |
| J | 0.537 | 0.966 | 0.150 | 0.290 | 0.955 | 0.775 | 0.701 |
| K | 0.727 | 0.343 | 0.219 | 0.288 | 0.551 | 0.788 | 0.539 |
| L | 0.733 | 0.714 | -0.034 | 0.285 | 0.755 | 0.779 | 0.615 |

Modelo de ecuaciones estructurales

Al correr el análisis confirmatorio con un modelo de ecuaciones estructurales (MEE), se evidenció que cada ítem aportaba cargas factoriales superiores a 0.40 en cada dimensión de la SHIS (conforme

a lo estipulado por Kline [2016]), con excepción de los ítems E (0.37) y H (0.24). Dado lo anterior, se llevó a cabo un segundo MEE que en términos generales tuvo un mejor ajuste psicométrico (Figura 1).

Figura 1. Modelos de ecuaciones estructurales (MEE) confirmatorios de los factores de la SHIS.



Indicadores de bondad de ajuste del MEE

De manera complementaria, los indicadores de bondad de ajuste del MEE resultante fueron ópti-

mos en relación con los parámetros señalados para esta técnica de análisis, particularmente para la estructura alternativa de diez ítems (Tabla 5).

Tabla 5. Índices de ajuste de los MEE confirmatorios de los factores de la SHIS.

| Índices de ajuste | MEE Estructura original | MEE 10 ítems | Parámetros esperados |
|--|-------------------------|--------------|----------------------|
| Razón chi cuadrado/grados de libertad | 2.86 | 2.91 | ≤ 3.00 |
| Raíz cuadrada del error cuadrático medio (RSMEA) | 0.09 | 0.09 | < 0.10 |
| Índice de ajuste aormalizado (NFI) | 0.88 | 0.91 | > 0.90 |
| Índice comparativo de ajuste (CFI) | 0.91 | 0.94 | > 0.90 |
| Valor <i>p</i> de chi cuadrado | 0.00 | 0.00 | ≤ 0.05 |

Análisis de consistencia interna

Por último, en el análisis de consistencia interna se identificó que la prueba total tiene un índice de consistencia interna ω de 0.81 (I.C. 95% = 0.78-0.85).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo la finalidad de evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en estudiantes universitarios de la costa atlántica colombiana. Los resultados mostraron diferencias significativas con el estudio original de Bringsén *et al.* (2009), efectuado con estudiantes de bachillerato suecos, mismo que planteó un modelo de dos factores, denominando los índices “características intrapersonales” (CA = 0.90) y “función interactiva” (CA = 0.84), resumidos como “salud completa” (CA = 0.92), así como el posterior análisis de Garmy *et al.* (2017) con adultos jóvenes suecos, los que plantearon un modelo unidimensional de salud salutogénica.

Este estudio sometió a prueba el modelo original de doce ítems y planteó un modelo de diez ítems y cuatro factores (F1, F2, F3 y F4), los cuales obtuvieron mejores indicadores de bondad de ajuste. F1 enfatiza la salud mental y comprende cuatro ítems: B (feliz - deprimido), I (bien - enfermo), K (“Funciono con otras personas: bien-mal”) y L (“Mi cuerpo funciona: bien-mal”). F2 subraya la salud psicofísica con dos ítems: D (dormir

bien - mal) y J (energía mucha - poca). F3 se centra en la salud emocional y contiene dos ítems: C (calmado - preocupado) y G (decidido - indeciso). Finalmente, F4 alude a la salud energética y contiene dos ítems: A (alerta - cansado) y F (creativo - no creativo). Los ítems de la escala original E (concentrado - poco concentrado) y H (equilibrado - desequilibrado) se eliminaron para un mejor ajuste.

En consecuencia, la versión obtenida de la escala SHIS manifiesta una validez de constructo adecuada (*cf.* Kline, 2016) y unos indicadores de consistencia interna no redundantes (Frías, 2022) que dan cuenta de la utilidad de la escala para medir de manera adecuada las percepciones referidas por la población de adultos jóvenes acerca de los comportamientos que deben llevar a cabo cotidianamente para el mantenimiento de su salud y bienestar (Garmy *et al.*, 2017).

Como limitaciones del estudio se pueden mencionar las que se citan a continuación. En primera instancia, el muestreo fue no probabilístico, lo cual potencialmente explica las diferencias en la estructura factorial y la validez de constructo en el grupo de estudiantes de la costa norte colombiana y los adolescentes y adultos jóvenes suecos participantes en ponderación de la escala original. Lo anterior coincide con el planteamiento de Bringsén *et al.* (2009) respecto a que los resultados de este estudio pueden no ser generalizables a otros grupos de edad o contextos culturales diferentes. Por otro lado, al tratarse de una prueba de autorreporte, no está exenta de verse sesgada

en aspectos tales como la capacidad de autoobservación, los rasgos de personalidad, la posibilidad de visibilizarse actuando en el contexto de cada situación planteada en los ítems, y la deseabilidad social (Dang *et al.*, 2020).

Aun así, se concluye que el SHIS incorpora unas propiedades psicométricas aceptables para la

medición de indicadores salutogénicos percibidos por los estudiantes universitarios de la costa norte colombiana, y que es necesario el desarrollo de un nuevo estudio con una muestra probabilística mayor para corroborar su utilidad práctica en otras poblaciones.

Citación: Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gómez-Acosta, A., Bernal, S. y Matar-Khalil, S. (2025). Análisis psicométrico de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en Colombia. *Psicología y Salud*, 35(1), 187-195. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2961>

REFERENCIAS

- Alexandre N., M.C. y Guirardello E., B. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2), 109-111.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Ato, M., López G., J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511
- Bauer, G.F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G.A., Jensen, B.B., Juvinya Canal, D., Lindström, B., Mana, A., Mittelmark, M.B., Morgan, A.R., Pelikan, J.M., Saboga-Nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L. y Vinje, H.F. (2020). Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promotion International*, 35(2), 187-195. Doi: 10.1093/heapro/daz057
- Bringsén, Å., Andersson, H.I. y Ejlerstson, G. (2009). Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 13-19. Doi: 10.1177/1403494808098919
- Chow, E.K.M., Seah, B., Chan, J.J.Y. y Wang, W. (2023). Salutogenic-based interventions among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International*, 38(3), daac007. Doi: 10.1093/heapro/daac007
- Colomer P., N., Paredes C., J.J., Sarabia C., C., Useche, S.A. y Gea C., V. (2022). Self-care and sense of coherence: a salutogenic model for health and care in nursing education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9482. Doi: 10.3390/ijerph19159482
- Congreso de Colombia (2006, septiembre). Ley 1090. *Diario Oficial* 46.383. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.urosario.edu.co/observatorio-legislativo/Leyes-sancionadas1/Documentos-2006/2006/ley_1090de06_c/
- Dang, J., King, K. y Inzlicht, M. (2020). Why are self-report and behavioral measures weakly correlated? *Trends in Cognitive Sciences*, 24(4), 267-269. Doi: 10.1016/j.tics.2020.01.007
- Eriksson, M. y Contu, P. (2022). The sense of coherence: Measurement issues. En M. B. Mittelmark *et al.* (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. Doi: 10.1007/978-3-030-79515-3_11
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-466. Doi: 10.1136/jech.2003.018085
- Faúnde P., L. (2023). Envejecimiento saludable y enfoque salutogénico. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 10(1), 39-45. Doi: 10.24875/rmf.22000090
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. y Taylor, J. (2015). Examining the validity and reliability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in a population of pregnant Australian women. *Evaluation & the Health Professions*, 38(2), 280-289. Doi: 10.1177/0163278715578558
- Frías N., D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Garmy, P., Berg, A., Clausson E., Hagell, P. y Jakobsson U. (2017). Psychometric analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in adolescents. *Scandinavian Journal Public Health*, 45(3), 253-259. Doi: 10.1177/1403494816680801
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. y Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Kline, R.B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Lajunen, T. (2019). Cross-cultural evaluation of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire: Comparison between Australian, Finnish, and Turkish young adults. *Psychological Reports*, 122(2), 731-747.

- Méndez, C. y Rondón, A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207.
- Ministerio de Salud y la Protección Social (1993). *Resolución 8430 de 1993*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y la Protección Social (2010). *Resolución 2378 de 2008*. Recuperado de https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/resolucion2378_2008.pdf37. Congreso de la República. Ley 1374 de 2010.
- Mittelmark, M.B. y Bauer, G.F. (2017). The meanings of salutogenesis. En M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstrom y G. A. Espnes (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 7-13). Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-04600-6
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud*. Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>
- Ortiz G., D., Acosta R., P., Lepe M., N., Del Valle, M. y Ramos G. L.C. (2019). Escala Reducida para Valorar el Sentido de Coherencia: SOC 15. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(2), 23-27.
- Restrepo E., M.H. y Palacios E., X. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: una alternativa para abordar el tema de la salud mental. *Informes Psicológicos*, 10(11), 275-300.
- Rivera S., F., Ramos V., P., Moreno R., C. y Hernán G., M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Doi: 10.1590/s1135-57272011000200002
- Sánchez P., N., Vélez Á., C. y Betancurth L., D.P. (2021). Validación de contenido y adaptación de la Escala de Sentido de Coherencia 29 para la población colombiana. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(3), e342827. Doi: 10.17533/udea.rfnsp. e342827
- Scharamme, T. (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, 20(20). 1-9. Doi: 10.1093/phe/phad017
- Suárez Á., Ó.S., Ruiz C., M.T., Cassetti, V., Cofiño, R. y Álvarez D., C. (2021). Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 488-494. Doi: 10.1016/j.gaceta.2019.12.002
- Virués O., J., Martínez M., P, Del Barrio, J.L. y Lozano, L.M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492. Doi: 10.1157/13100935
- World Health Organization (1948). *Official Records of the WHO*, N° 2, p. 100. New York: WHO.