



Universidad de Concepción
Facultad de Enfermería -Programa de Magister en Enfermería

**FACTORES PERSONALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL
SENTIDO DE COHERENCIA EN PERSONAS MAYORES**

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Magíster en Enfermería.

POR: VICTORIA ANDREA ALISTER FLORES

PROFESORA GUÍA: DRA. PATRICIA CID HENRÍQUEZ

Concepción, Chile

Octubre 2025

© 2025 Victoria Andrea Alister Flores. Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente a mi familia por su apoyo incondicional. En especial a Tomás, por acompañarme con amor y mucha paciencia durante esta etapa, ayudándome a ver siempre lo positivo incluso en los días más difíciles.

A mis amigas y amigos, por su cariño, comprensión y presencia constante. Gracias por animarme, escucharme y recordarme que nada es imposible.

A mi profesora guía, Patricia Cid Henríquez, por su paciencia, disposición y valiosa guía durante este proceso, y al profesor Luis Luengo Machuca por sus valiosos aportes estadísticos.

A la Universidad de Concepción y al Programa de Magíster en Enfermería, por ser un espacio que impulsó mi crecimiento académico y personal, brindándome la oportunidad de desarrollar esta investigación, vivir la experiencia de una pasantía académica y compartir este camino con dos grandes amigos, Anita y Pablo, cuyo apoyo fue esencial en todo momento.

Finalmente, agradezco profundamente al equipo profesional y a las personas mayores del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de Talcahuano, por su disposición, confianza y valioso aporte, sin los cuales este trabajo no habría sido posible.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Fundamentación del proyecto:.....	1
1.2 Justificación y relevancia del estudio:	4
1.3 Pregunta de investigación	7
2. MARCO REFERENCIAL	8
2.1 Marco teórico	8
2.2 Marco conceptual.....	12
2.3 Marco empírico	13
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	19
3.1 Objetivo general:	19
3.2 Objetivos específicos:	19
3.3 Hipótesis.....	19
4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN:	20
4.1 Variable Dependiente:	20
4.2 Variables Independientes:	20
Cuadro 1. Variables Independientes.	20
5. SUJETO Y MÉTODO	21
5.1 Diseño de la investigación	21
5.2 Unidad de análisis.....	21
5.3 Población.....	21
5.4 Muestra.....	22
5.5 Criterios de inclusión y/o exclusión	22
5.6 Procedimientos y/o técnica de recolección de datos.	23
5.7 Descripción del instrumento recolector de datos	24
Cuadro 2: Distribución de los ítems del SOC-13 con respectivos puntajes por dimensión y global.	25
5.8 Control de calidad de los datos.....	26
5.8.1 Prueba piloto.....	26

5.8.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.	27
5.9 Procesamiento de los datos	30
5.10 Plan de análisis estadístico.....	30
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
7. PLAN DE TRABAJO	35
8. RESULTADOS	36
Objetivo 1. Caracterizar el perfil biopsicosocial y espiritual de las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes....	36
Tabla 1: Distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=166).	36
Tabla 2: Distribución de la población de personas mayores según percepción de la vejez (n=166).	37
Tabla 3: Distribución de la población de personas mayores según características sociales (n=166).	38
Tabla 4: Distribución de la población de personas mayores según religión (n=166).....	39
Tabla 5: Estadísticos puntaje total autotrascendencia (n=166).	40
Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia (n=166).	41
Tabla 7: Estadísticas de elementos de la escala de autotrascendencia (n=166).....	41
Tabla 8: Estadísticas al eliminar elementos de la escala de autotrascendencia (n=166).....	42
Tabla 9: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia sin item 10 y 15 (n=166).	43
Objetivo 2. Describir el sentido de coherencia en las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	44
Tabla 10: Estadísticos puntaje total Sentido de coherencia (n=166).	44
Tabla 11: Distribución del SOC-13 según categorías (n=166).....	45
Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad Escala Sentido de Coherencia (SOC-13) (n=166).....	45
Tabla 13: pruebas de normalidad Sentido de coherencia (n=166).	46

Objetivo 3. Determinar la relación entre los factores personales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) y el sentido de coherencia en las personas mayores.	48
Análisis Bivariado	48
Tabla 14: Sentido de coherencia y características biológicas de las personas mayores.....	49
Tabla 15: Sentido de coherencia y percepción de la vejez de las personas mayores (n=166).....	50
Tabla 16: Sentido de coherencia y percepción de la vejez de las personas mayores (n=166). Prueba ANOVA.....	50
Tabla 17. Sentido de coherencia y características sociales (n=166).	51
Tabla 18. Sentido de coherencia y religión (n=166).....	52
Tabla 19. Sentido de coherencia y autotrascendencia (n=166).....	53
Análisis multivariado	53
Tabla 20: Resumen del modelo regresión lineal múltiple (n=166).	54
Tabla 21: Prueba ANOVA del modelo regresión lineal múltiple	54
Tabla 22: Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple	55
9. DISCUSIÓN	57
10. CONCLUSIÓN	68
11. LIMITACIONES	70
12. APORTE A LA DISCIPLINA	71
13. ANEXOS	72
14. REFERENCIAS	109

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=166).	44
Tabla 2: Distribución de la población de personas mayores según percepción de la vejez (n=166).	45
Tabla 3: Distribución de la población de personas mayores según características sociales (n=166).	46
Tabla 4: Distribución de la población de personas mayores según religión (n=166).	47
Tabla 5: Estadísticos puntaje total autotrascendencia (n=166).	48
Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia (n=166).	49
Tabla 7: Estadísticas de elementos de la escala de autotrascendencia (n=166).	50
Tabla 8: Estadísticas al eliminar elementos de la escala de autotrascendencia (n=166).	51
Tabla 9: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia sin ítem 10 y 15 (n=166).	52
Tabla 10: Estadísticos puntaje total Sentido de coherencia (n=166).	53
Tabla 11: Distribución del SOC-13 según categorías (n=166).	54
Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad Escala Sentido de Coherencia (SOC-13) (n=166).	54
Tabla 13: pruebas de normalidad Sentido de coherencia (n=166).	55
Tabla 14: Sentido de coherencia y características biológicas de las personas mayores.	56
Tabla 15: Sentido de coherencia e imagen de la vejez de las personas mayores (n=166).	57
Tabla 16: Prueba ANOVA	58
Tabla 17. Sentido de coherencia y características sociales (n=166).	59
Tabla 18. Sentido de coherencia y religión (n=166).	60
Tabla 19. Sentido de coherencia y autotrascendencia (n=166).	60
Tabla 20: resumen del modelo regresión lineal múltiple (n=166).	61
Tabla 21: Prueba ANOVA del modelo regresión lineal múltiple.	62
Tabla 22: Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple	63

RESUMEN:

Introducción: El envejecimiento de la población constituye uno de los principales desafíos para la salud y el bienestar a nivel mundial. Ante esta rápida transición demográfica, resulta fundamental incorporar un enfoque positivo en la atención de salud, como la Salutogénesis, que tiene como eje principal el sentido de coherencia, entendido como la capacidad de comprender, manejar y dar significado a la vida. Este aspecto representa un recurso fundamental para enfrentar los retos propios de esta etapa del ciclo vital.

Objetivo: Determinar la relación entre los factores personales y el sentido de coherencia en las personas mayores del programa Más Adultos Mayores Autovalentes de los CESFAM de Talcahuano.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fue de 166 personas que participaban en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes de los Centros de Salud Familiar de Talcahuano entre enero y junio del 2025. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento compuesto por un cuestionario semiestructurado de factores personales, la escala sentido de coherencia y la escala de autotrascendencia.

Resultados: El 44 % de las personas presentó un puntaje alto y el 53 % un puntaje medio de sentido de coherencia. Los factores que mostraron significancia estadística fueron la autotrascendencia, la percepción positiva de la vejez, estar en pareja y el diagnóstico de depresión.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que en las personas mayores que participan del programa Más adultos mayores autovalentes, el sentido de coherencia podría estar determinado por factores psicológicos y espirituales, mientras que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia menos marcada.

Palabras clave: Persona mayor, envejecimiento, sentido de coherencia.

ABSTRACT

Introduction: Population aging represents one of the main challenges to health and well-being worldwide. In the face of this rapid demographic transition, it is essential to incorporate a positive approach in health care, such as Salutogenesis, whose central concept is the Sense of Coherence (SOC)—understood as the ability to comprehend, manage, and find meaning in life. This element represents a fundamental resource for coping with the challenges inherent to this stage of the life cycle.

Objective: To determine the relationship between personal factors and the Sense of Coherence among older adults participating in the *Más Adultos Mayores Autovalentes* program at the Family Health Centers (CESFAM) in Talcahuano.

Methodology: A quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, and correlational study was conducted. The sample consisted of 166 older adults participating in the *Más Adultos Mayores Autovalentes* program at the Family Health Centers of Talcahuano between January and June 2025. Data were collected using an instrument composed of a semi-structured questionnaire on personal factors, the Sense of Coherence Scale, and the Self-Transcendence Scale.

Results: Forty-four percent of participants presented a high SOC score and 53% a medium SOC score. Factors that showed statistical significance were self-transcendence, positive perception of aging, being in a relationship, and diagnosis of depression.

Conclusions: The findings suggest that, among older adults participating in the *Más Adultos Mayores Autovalentes* program, the Sense of Coherence may be influenced mainly by psychological and spiritual factors, whereas biological and sociocultural variables exert a less marked influence.

Keywords: Older adults, aging, sense of coheren

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamentación del proyecto:

La población mundial está experimentando un proceso de envejecimiento más acelerado que en décadas anteriores. Este cambio demográfico plantea grandes desafíos en el ámbito político, económico, sanitario, social y familiar, debido a que la carga epidemiológica de las personas mayores se conforma por una serie de condiciones biopsicosociales muy distintas a los otros grupos etarios (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), del 2015 a 2050, el porcentaje de personas de 60 años o más aumentará de un 12% a un 22% de la población total (2). En este sentido, el incremento de la edad y el envejecimiento de la población se puede ver como un logro de las políticas de Salud Pública y el desarrollo socioeconómico, sin embargo, también presenta un desafío para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (1).

En Chile el escenario es similar, en las últimas décadas ha ido aumentando el porcentaje de persona de 60 años y más respecto a la población total. En 1992 este grupo etario equivalía al 9,5% del total de habitantes del país, en 2022 aumentó al 18,1% y se espera que en 2050 las personas mayores equivalgan al 32,1% de la población. Según un reciente estudio del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se proyecta que al 2050 cerca de un tercio de la población chilena será adulto mayor (3).

Si bien el envejecimiento consiste en un acontecimiento natural en el curso de la vida de las personas, a menudo resulta difícil aceptarlo plenamente debido a la percepción poco alentadora ante el proceso de envejecimiento, en el cual no solo se debe enfrentar la transición de la vejez, sino también la pérdida progresiva de

la reserva fisiológica y de roles (por ejemplo, trabajador-jubilado; casada-viudo), lo cual se relaciona con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, vulnerabilidad, fragilidad, discapacidad, limitaciones funcionales y cognitivas (4,5). Dado que el envejecimiento es un factor de riesgo para patologías crónicas, surge la interrogante de si es factible garantizar la calidad de vida en la vejez.

Según los resultados de la sexta encuesta de inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile, un 47% de los chilenos relaciona el envejecimiento con sentimientos de miedo o tristeza, un 76% cree que el país no se prepara nada o casi nada para enfrentar el envejecimiento poblacional, un 62 % refiere estar nada o poco preparado para enfrentar su propia vejez, un 64% estima que la satisfacción con la vida disminuye al envejecer, mientras que sólo un 5% considera que aumenta y un 31% que se mantiene (5). Estos resultados revelan la prevalencia de una perspectiva desfavorable sobre la vejez en nuestra sociedad, especialmente alimentada por prejuicios y falta de comprensión hacia esta etapa de la vida. Las dificultades sociales y económicas, junto con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas asociadas al envejecimiento, refuerzan y amplían esta percepción negativa. La intersección de factores sociales, económicos y de salud contribuye a moldear esta perspectiva poco alentadora sobre el proceso de envejecimiento (5, 6).

Las enfermedades crónicas representan una preocupación significativa para la salud pública global. Se han identificado como la principal causa de mortalidad a nivel mundial, siendo responsables del 71% de todas las muertes en el planeta, más del 85% de estas defunciones ocurren en naciones con ingresos bajos y medianos (7). Los gastos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles son considerables y están en constante aumento. Los gobiernos y las comunidades enfrentan el impacto económico del envejecimiento y la discapacidad, junto con los costos de tratamientos para enfermedades crónicas en personas mayores. Sin una prevención y detección temprana adecuadas,

estos costos seguirán en aumento, dado que se necesitan tratamientos, procedimientos quirúrgicos y medicamentos de alto costo (8)

Para afrontar el envejecimiento de la población, la carga de enfermedades crónicas y el creciente gasto en atención médica, resulta lógico enfocarse en reducir o controlar el problema desde su origen, la evidencia sostiene que, mediante la prevención temprana y la promoción de un estilo de vida saludable, existe la posibilidad de reducir esta problemática. Por esta razón, se sostiene que la promoción de la salud representa una inversión a largo plazo que evita costos mayores tanto en términos económicos como sociales y de salud, mejorando así el bienestar de las personas mayores (1). Si bien el enfoque de la salud pública está basado principalmente en la prevención de enfermedades y disminuir los factores de riesgo, hay modelos complementarios que contribuyen a mejorar el bienestar y la salud de la población desde una visión positiva. Uno de ellos es el modelo Salutogénico (9), desarrollado por Aron Antonovsky, en el cual uno de los conceptos centrales es el Sentido de Coherencia o Sense of Coherence (SOC) definido como la capacidad que permite a las personas comprender, manejar y dar significado a las experiencias de la vida que podrían ser estresantes. Las personas con un SOC alto generalmente afrontan experiencias complejas de la vida diaria de mejor forma que las personas con SOC bajo (9).

A partir de ello surge el interés por estudiar el sentido de coherencia en personas mayores y analizar las características biopsicosociales y espirituales que pueden estar relacionadas con este constructo, con el fin de que este conocimiento pueda ser de utilidad para la enfermería para promover la salud de las personas mayores desde un enfoque positivo.

1.2 Justificación y relevancia del estudio:

El Plan de acción mundial sobre el envejecimiento y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la necesidad de generar evidencia para la elaboración de políticas públicas enfocadas en este grupo de la población (1). El aumento de la población de las personas mayores implica grandes desafíos y exige un mayor conocimiento de cómo este grupo etario puede experimentar un envejecimiento exitoso, es por este motivo, que es de suma importancia profundizar sobre esta temática en nuestro país y generar nueva evidencia para consolidar estrategias que permitan garantizar el bienestar a este grupo etario.

En nuestro país La Ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres, sin embargo, para fines de políticas públicas el Ministerio de Salud establece que la población adulta mayor se considera formada por las personas de 65 años y más (10). Chile ha incorporado una serie de iniciativas orientadas a contribuir a la salud de las personas mayores. En esta línea, es posible mencionar la implementación del Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores, el Programa de Alimentación del Adulto Mayor (PACAM), el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), la creación de la Ley de Garantías Explícitas de Salud (GES), que incluye garantías explícitas de prestaciones de salud para Personas Mayores en ayudas técnicas y enfermedades de mayor prevalencia, la implementación del Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor (EMPAM) y la formulación del programa Más Adultos Mayores Autovalentes que se desarrolla en la atención primaria, el cual intenta retomar las acciones planificadas en la Política Integral de Envejecimiento Positivo.

El programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”, pretende apoyar a las personas de este grupo etario mejorando su capacidad personal y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento, a través de la implementación de

una estrategia de atención de salud preventiva y promocional, que incorpora equipos profesionales destinados a mantener la autovalencia de los Adultos mayores. Este programa tiene como objetivo principal preservar la funcionalidad del adulto mayor. Dentro del programa se puede observar como eje transversal, promover la participación social y comunitaria de la persona mayor. Sin embargo, como el fin último trata de favorecer la autovalencia de los participantes, éstos son egresados del programa, una vez completada una serie de 24 sesiones de trabajo kinésico y cognitivo en un periodo de 3 meses aproximadamente. Si bien este programa constituye una de las estrategias más innovadoras en materias de promoción de la salud en personas mayores, la falta de evaluación de los programas y servicios de salud, su impacto en la calidad de vida de las personas mayores, y cómo contribuyen al cumplimiento de los objetivos formulados en la política, sigue siendo una tarea pendiente (11).

La Salutogénesis cobra especial importancia a la hora de repensar los sistemas de salud en el contexto del envejecimiento poblacional, especialmente en Chile, uno de los países más envejecidos de Latinoamérica (12). Actualmente, uno de los mayores desafíos y necesidades en el modelo salutogénico es generar evidencia científica sobre la relación de las intervenciones salutogénicas y el bienestar de la población. Esto es fundamental para mejorar el conocimiento científico acerca de qué intervenciones tienen efectos y cómo, además para contribuir a la implementación de políticas y acciones relacionadas que resulten en una mejora para la comunidad.

En atención primaria, la enfermería juega un rol fundamental en la promoción de la salud y prevención de enfermedades de las personas mayores al estimar su nivel de salud, a través de una serie de actividades enfocadas en el cuidado de las personas mayores acorde a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030 en el Marco de la Política de Envejecimiento Positivo, Activo y Saludable 2012-2025, este “Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores, busca implementar un

modelo en donde la persona es entendida de manera integral y los servicios a los que accede se coordinan desde distintos sectores del estado y la sociedad, para dar respuesta a sus necesidades”. Entre los principales objetivos se menciona: a) Mejorar la oferta, calidad y eficiencia tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las Personas Mayores, b) Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las Personas Mayores, y c) Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre Personas Mayores (13).

El envejecimiento positivo, es un enfoque que reconoce la importancia de múltiples dimensiones en la calidad de vida de las personas mayores. Este enfoque no solo se centra en la dimensión biomédica de la salud, sino que también destaca la relevancia de las acciones individuales, el entorno inmediato y estructural, así como las dimensiones psicológica y social del bienestar subjetivo. Integrando perspectivas como el envejecimiento exitoso, saludable y activo, el envejecimiento positivo busca no solo abordar los desafíos inherentes a esta etapa, sino también crear un futuro dinámico y atractivo para las personas mayores y las sociedades en su conjunto (13).

Conocer el sentido de coherencia de las personas mayores, y los factores relacionados pueden contribuir a explorar este camino, ya que el envejecimiento de la población plantea desafíos significativos en términos de salud y bienestar. La comprensión de este constructo, que refleja la capacidad de las personas mayores para encontrar significado, comprensión y orientación en la vida, se vuelve relevante, ya que puede ayudarnos a entender cómo las personas mayores enfrentan los desafíos propios de esta etapa de la vida, y de esta manera poder proporcionar una atención centrada en la persona.

La importancia social y la relevancia de este estudio radican en que la información que se obtenga permitirá abordar de manera más efectiva los desafíos que enfrenta este grupo etario. Además, contribuirá a fomentar un envejecimiento

positivo, lo que beneficiará tanto a los individuos mayores como a la sociedad en su conjunto. Dado que la enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud en este grupo demográfico, este estudio puede contribuir a que los profesionales de enfermería establezcan nuevas propuestas de modelos de promoción y acciones de cuidado, no solo enfocadas en la vejez, sino a lo largo de todo el curso de la vida para alcanzar un envejecimiento pleno. Además, al profundizar sobre esta temática en nuestro país, se contribuirá a la disciplina de la enfermería, donde la evidencia sobre el sentido de coherencia en las personas mayores es escasa, ayudará a fortalecer la base de conocimientos en esta área. y proporcionará una base sólida para futuras investigaciones en este campo.

1.3 Pregunta de investigación

De lo anteriormente mencionado surge la siguiente interrogante:

¿Qué factores personales se relacionan con el Sentido de Coherencia en las personas mayores que participan en el programa Más Adultos Mayores autovalentes en los CESFAM de la comuna de Talcahuano?

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco teórico

Modelo Salutogénico

Aaron Antonovsky sociólogo estadounidense desarrolló el modelo salutogénico en la década de 1970. Motivado por su interés en comprender como el estrés, las condiciones sociales, la cultura y las experiencias de vida influyen en la salud y la enfermedad. Surgiendo el concepto salutogénesis que viene de las palabras salus (del latín salud) y génesis (del griego, origen), significando origen de la salud (14). Antonovsky (15) la define como: "El proceso del movimiento que va hacia los extremos en un continuo de salud". Así pues, los factores que pueden alterar esta posición se llamaron "estresores". Influidas por factores estresantes, las personas experimentan tensión y, a partir de esta etapa, tienen dos posibles caminos: o bien ceden ante la presión de estos factores, lo que las encamina hacia un enfoque patogénico, o bien logran superarlos y se encaminan hacia una perspectiva salutogénica.

En sus investigaciones, Antonovsky observó que algunas personas conseguían mantenerse sanas a pesar de vivir rodeada de numerosos factores de riesgo, este hallazgo influyó en la formulación de su modelo (16). Desde esta perspectiva lo esencial es comprender qué condiciones permiten a los individuos adaptarse de forma positiva a su entorno y sostener estados de salud, más allá de solo identificar aquello que genera enfermedad (16).

El autor de este modelo propuso una comprensión de la salud como un continuo. En este continuo, identificó dos extremos: mayor salud y menor salud, según Antonovsky, ningún organismo vivo puede alcanzar los polos extremos del continuo, es decir, la salud máxima o una salud mínima, incluso él expresaba que las personas en la fase final de la vida podrían tener salud (17). Por lo tanto, las personas, aunque estén en un proceso de envejecimiento podrían no solo

centrarse en las dificultades propias de la vejez, si no en aspectos positivos, este enfoque no debe estar en si una persona está sana o enferma, sino más bien en su posición en el continuo de salud.

El modelo salutogénico busca explicar cómo las personas pueden mejorar o conservar su lugar dentro del continuo de salud, poniendo el enfoque en reconocer aquellos recursos, condiciones y factores que generan salud. En este sentido, la salutogénesis se entiende como el movimiento hacia el extremo de la salud en este continuo, sin importar su punto de partida. Dentro de esta propuesta, Antonovsky destaca dos pilares esenciales: lo Recursos Generales de Resistencia (RGR) y el Sentido de Coherencia (18).

Los Recursos Generales de Resistencia son factores biológicos, materiales y psicosociales que ayudan a las personas a percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible (18). Algunos ejemplos comunes de RGR incluyen el dinero, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, entre otros. Cuando una persona tiene acceso a estos recursos, ya sea personalmente o en su entorno cercano, tiene mayores oportunidades para enfrentar los desafíos de la vida. Los RGR proporcionan los prerrequisitos necesarios para el desarrollo de un sentido de coherencia y generan experiencias de vida que fortalecen un SOC sólido. Estos recursos pueden encontrarse tanto dentro de la persona, como recursos inherentes a su propio ser y capacidad, como también en su entorno inmediato y distante, en forma de cualidades materiales e inmateriales (18).

Para facilitar el desarrollo de un SOC elevado resulta imprescindible que estén presente al menos cuatro RGR: las personas deben disponer de actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos internos y relaciones sociales. El modelo salutogénico identifica los RGR que sustentan el comportamiento de un individuo, los cuales provienen tanto de su propio ser, su contexto sociocultural, como del entorno físico y natural que lo rodea (18).

El Sentido de coherencia, se entiende como una forma de percibir la vida que permite a las personas tener la capacidad para utilizar los RGR de manera eficiente, frente a las situaciones complejas que se presentan en el curso de la vida (14).

Según Antonovsky, el sentido de coherencia es: "una orientación global que expresa hasta qué punto tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, que los estímulos provenientes del entorno interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos, y estas demandas son desafíos que merecen la energía y el compromiso invertido" (15)

Este constructo cuenta con tres dimensiones:

-Comprensibilidad: capacidad de entender los estímulos internos y externos, lo que facilita conductas adaptativas y realistas frente a diversos acontecimientos y una actitud flexible ante los cambios (19).

-Manejabilidad: percepción de que existen recursos apropiados para afrontar las demandas del entorno. Es una sensación de naturaleza cognitivo-emocional que incluye una perspectiva positiva de la vida en general (19).

-Significatividad: tendencia a otorgar valor y sentido a las experiencias, viviéndolas como retos que merecen esfuerzo y compromiso. Tiene un carácter fundamentalmente emocional y se considera la dimensión motivacional (19).

Si bien las tres dimensiones del SOC actúan de forma conjunta, Antonovsky resalta la significatividad como la más relevante. Esto se debe a que cuando la persona encuentra sentido a sus experiencias, se imponen estructuras y se hace uso de los recursos, lo que fortalece a su vez la comprensibilidad y manejabilidad (20).

Antonovsky (15) propuso posibles explicaciones para comprender la influencia del sentido de coherencia en el estrés y la salud.

Por un lado, un alto sentido de coherencia permitiría interpretar los acontecimientos de la vida como menos amenazantes, ya que favorece una valoración más positiva de los estímulos. Además, el sentido de coherencia influenciaría el grado en que los factores estresantes generarían tensión en el individuo; es decir, cuando se enfrenten a una situación potencialmente estresante, la confianza en los recursos a su disposición y una mayor habilidad en su utilización facilitarían la adaptación exitosa en las personas con un alto sentido de coherencia, lo que resultaría en una menor tensión. Por último, el sentido de coherencia también condiciona el impacto de la tensión en la salud, incluso cuando el afrontamiento no es exitoso, las personas con un alto sentido de coherencia serían menos vulnerables, ya que el sentido de coherencia mitigaría los efectos adversos en la salud derivados de las experiencias adversas (21).

Un aporte central del modelo salutogénico es la relación encontrada entre el SOC con la salud percibida y con la calidad de vida, quienes presentan un nivel alto de SOC suelen tener una buena percepción de su propia salud. De este modo el SOC cumple un papel clave como factor mediador y modulador en la comprensión de la salud (21).

Este enfoque abre la posibilidad de trabajar desde una perspectiva positiva centrada en los recursos con los que las personas cuentan. A medida que se aplique el enfoque salutogénico en Salud Pública, se espera un horizonte prometedor, representando así una evolución en la prevención de enfermedades y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (18).

En concreto, el modelo salutogénico constituye un marco sólido para las estrategias de promoción de la salud, dependiendo del contexto las personas, donde puede existir un desequilibrio entre los desafíos y los recursos disponibles para resolverlos. Uno de estos contextos puede ser el proceso de envejecimiento,

porque está marcado por una serie de cambios fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que posicionan a las personas mayores como un grupo vulnerable, lo que puede limitar la capacidad para enfrentarse a esta etapa del ciclo vital de manera positiva.

2.2 Marco conceptual

Autotrascendencia

La autotrascendencia es definida como la capacidad de expandir los límites intrapersonales (hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños), interpersonales (para relacionarse con otros y con su ambiente), temporales (para integrar el pasado y el futuro en una forma que tenga sentido para el presente) y transpersonales (para conectar con dimensiones más allá del mundo discernible), es un aspecto de la espiritualidad humana relacionada con el bienestar expresado por las persona (22). La autotrascendencia permite a la persona distanciarse para reflexionar y tomar decisiones, a través de la movilización de recursos personales que logran llevar al individuo a la adopción de medidas de precaución y prevención de las conductas riesgosas (23).

Este concepto surge de la teoría de autotrascendencia, diseñada por de Pamela Reed en 1992 (22). Su propósito principal es comprender la experiencia de salud en personas que se encuentran en condición de vulnerabilidad o en etapas cercanas a la muerte. Inicialmente esta teoría surge en el área la salud mental y el bienestar en la vejez, pero ha sido utilizada en numerosas investigaciones tanto en este ámbito como en otros, su aplicación se ha extendido a diferentes grupos etarios, desde la infancia hasta la edad adulta y en contextos culturales diversos (24).

2.3 Marco empírico

Para la generación de esta sección se efectuó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos PubMed, Scopus y WOS. La búsqueda se orientó incluyendo los siguientes descriptores: persona mayor, envejecimiento, sentido de coherencia y salutogénesis, con sus respectivas traducciones al idioma inglés y portugués. Los filtros aplicados para la delimitación fueron: texto completo y límite de temporalidad de diez años. Se seleccionaron 9 estudios, los cuales corresponden a investigaciones realizadas en Irán, China, Polonia, Bélgica, Noruega, México y Perú, publicadas entre los años 2016 y 2023. En cuanto a los diseños, correspondieron a estudios cuantitativos. Se observó que para la medición del sentido de coherencia el cuestionario SOC-13 es el más utilizado en las investigaciones revisadas.

En un contexto en el que la vejez a menudo se ha representado como una etapa de la vida marcada de complicaciones y desafíos, es alentador observar que la investigación actual ha revelado una cantidad significativa de evidencia que destaca el papel fundamental de los factores protectores. Esta evidencia sugiere que existen recursos y mecanismos de resiliencia psicológica que pueden impactar de manera positiva en la calidad de vida de las personas mayores. Particularmente, se ha prestado especial atención al sentido de coherencia en este contexto, el SOC ofrece a las personas mayores la capacidad de comprender y gestionar eficientemente las complejidades inherentes a esta etapa de la vida. Esta habilidad para encontrar sentido en las experiencias puede ser un recurso valioso para afrontar los desafíos físicos, emocionales y sociales asociados con el envejecimiento.

Según los artículos revisados se puede identificar al sentido de coherencia como un factor protector activo de la salud de las personas mayores. Este componente

no solo influye positivamente en la adopción de estilos de vida saludables, sino que también desempeña un papel crucial en la gestión eficiente de las dificultades propias del envejecimiento, traduciéndose en una mejora general del bienestar y la calidad de vida.

La evidencia respalda la asociación positiva entre el SOC y aspectos como la calidad de vida, la autopercepción positiva del envejecimiento y la capacidad de afrontar los eventos estresantes de la vida diaria (25,26,27). Además, se destaca que un SOC fuerte se relaciona con una menor prevalencia de fragilidad y síntomas depresivos en las personas mayores (26,28).

Adicionalmente, se ha mostrado que el sentido de coherencia puede variar según diversos factores como la edad, sexo, el estado de salud, las relaciones sociales, nivel socioeconómico, nivel educacional, la espiritualidad y las experiencias acumulada a lo largo de la vida (25,26,27,28,29,30). Por otro lado, la evidencia sostiene que el sentido de coherencia no es estático, sino que es susceptible de modificaciones a través de intervenciones específicas. Estudios demuestran que diversas intervenciones, como programas de entrenamiento físico (31) y prácticas centradas en el fortalecimiento del empoderamiento y de recursos internos (32), pueden influir positivamente en el sentido de coherencia en personas mayores. Este hallazgo es alentador, ya que sugiere que estrategias diseñadas para abordar y fortalecer este componente psicosocial pueden ser efectivas y proporcionar un camino hacia una mayor resiliencia, adaptación positiva y bienestar emocional.

Existe abundante evidencia en contextos europeos, en menor medida en América Latina. En este sentido, es relevante mencionar que, aunque no se han encontrado evidencias específicas en Chile, las condiciones sociales, económicas y culturales de las personas mayores en México (27) y Perú (33) presentan notables similitudes con el contexto chileno. Es necesario en nuestro país estudios que profundicen sobre esta temática tan importante para la salud de las personas mayores.

A partir de esta revisión, se obtuvo la información necesaria para la identificación de las variables más sobresalientes y la selección de las que serán incluidas en esta investigación, tanto para el diseño del cuestionario semiestructurado como para la elección de los instrumentos aplicados.

Los estudios revisados se presentan a continuación:

En una investigación realizada el 2023 en Irán (25), cuyo objetivo fue investigar el papel de la autoeficacia ante el dolor como moderador en la relación entre el sentido de coherencia (SOC), el bienestar espiritual y la autocompasión con la calidad de vida en ancianos iraníes con enfermedades cardiovasculares (ECV). Para llevar a cabo este estudio se abordó un diseño cuantitativo correlacional, del cual participaron 298 personas con ECV (181 hombres y 117 mujeres) los cuales se seleccionaron a través de un muestreo por conveniencia. Los autores concluyeron que las personas con un SOC alto tienen niveles de autoeficacia mayores, lo que a su vez conduce a una mejor calidad de vida.

En un estudio realizado el 2022 en China (28), cuyo objetivo fue examinar la asociación entre el sentido de coherencia, y el estado de fragilidad entre las personas mayores de 3 ciudades de China. Para llevar a cabo este estudio se abordó un diseño cuantitativo transversal entre 7.970 personas mayores de ≥ 65 años en tres ciudades de China. Los autores concluyeron que el SOC es un factor protector ante la fragilidad en personas mayores.

En 2021 se realizó un metaanálisis (29) cuyo objetivo fue evaluar las correlaciones de la autotrascendencia con el sentido de coherencia, la resiliencia y la depresión. Para llevar a cabo este estudio se aplicó el procedimiento metanalítico realizado por los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis. Según los criterios de inclusión, se incluyeron 13

estudios, de los cuales 8 se publicaron durante 2012 o después, principalmente en Escandinavia y Estados Unidos. Los autores concluyeron que, en base a la evidencia variables como el estado de salud, la pérdida de la funcionalidad, la dependencia de cuidados y la vida diaria institucionalizada pueden explicar un menor nivel de autotrascendencia, y no la edad per se. Además, el metaanálisis mostro que la autotrascendencia se correlaciona significativamente con el SOC entre adultos de 65 años o más.

En una investigación realizada el 2020 en Polonia (26), cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el SOC y autopercepción del envejecimiento y el riesgo de depresión entre los asistentes a la Universidad de la Tercera Edad. Para llevar a cabo este estudio se abordó un diseño cuantitativo transversal, del cual participaron 315 personas mayores de ≥ 60 años que asistían a una Universidad de la Tercera Edad. Los autores concluyeron que las personas mayores mejor formadas tienen un mayor sentido de coherencia y muestran una autopercepción más positiva del envejecimiento.

Se realizó un estudio en México en 2020 (27), cuyo objetivo fue conocer la relación entre los eventos estresantes de la vida (EEV) y el SOC en las personas mayores. Para llevar a cabo este estudio se abordó un diseño cuantitativo descriptivo correlacional, del cual participaron 108 personas mayores. Se observó una relación y efecto negativo, estadísticamente significativo, entre el SOC y los EEV. La dimensión de manejabilidad mostró una relación más fuerte con los EEV. El SOC podría ayudar a las personas mayores a comprender, manejar y dar significado a los EEV que experimenta y de esta forma percibir su entorno como menos amenazante.

Se realizo un estudio en Perú en 2020 (33), cuyo objetivo fue determinar los factores individuales, sociales y sentido de coherencia en la salud de la persona

mayor. El diseño fue de tipo descriptivo no experimental (estudio piloto). La población y muestra fueron 30 personas mayores, seleccionados por muestreo por conveniencia. Las autoras concluyen que existe alta proporción de no coherencia en la dimensión de significación en personas mayores, por lo que es necesario implementar programas de educación para la salud desde la pre-vejez en favor de mejorar el afrontamiento en la vejez, porque la significación disminuye en la longevidad

En 2018 se realizó un ensayo clínico aleatorizado en Irán (31), cuyo objetivo fue evaluar el efecto de un modelo de autogestión de empoderamiento sobre la autoeficacia y el SOC en personas mayores jubiladas con enfermedades crónicas. En el estudio participaron 60 personas de 60 años o más. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de control o a un grupo de intervención. Basado en un modelo de autogestión de empoderamiento, el grupo de intervención participó en un plan de cinco etapas: 1) autoconciencia de los cambios y comprensión de su nivel personal de desempeño y expectativas; 2) establecimiento óptimo de objetivos; 3) planificación; 4) ajustar las estructuras físicas, psicológicas y sociales; y 5) evaluación. Los autores concluyeron que el modelo de autogestión de empoderamiento aplicado condujo a una mejor autoeficacia y SOC entre los ancianos jubilados con enfermedades crónicas. Este modelo se puede utilizar para capacitar a las personas mayores para que logren comprensibilidad, manejabilidad y significado en sus vidas.

En 2017 se realizó un ensayo clínico aleatorizado en Finlandia (32), cuyo objetivo fue determinar los efectos de una intervención de entrenamiento de resistencia de 9 meses sobre la calidad de vida, el sentido de coherencia y los síntomas depresivos en adultos mayores. En el estudio participaron 104 personas mayores entre 65 y 75 años, las cuales fueron distribuidas al azar en los cuatro grupos conformados, de estos grupos 3 recibían la intervención con diferente frecuencia

y un grupo no recibía intervención. Los resultados evidenciaron que después de 3 meses, hubo un efecto de la intervención sobre la calidad de vida y a los 9 meses hubo un efecto significativo sobre el SOC.

Se realizó un estudio en Bélgica en 2016 (30), cuyo objetivo fue evaluar si un alto sentido de coherencia (SOC) protege de resultados de salud adversos en pacientes de 80 años o más que padecen múltiples enfermedades crónicas. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, observacional en el que participaron 567 personas de 80 años o más. En los resultados se destaca que una puntuación de SOC alta se relacionó con el sexo masculino, estar casado y tener una cognición intacta y estuvo inversamente relacionado con la depresión, la discapacidad inicial y la multimorbilidad. Los autores concluyen que las personas mayores con puntuaciones SOC altas tenían tasas de mortalidad más bajas y menos deterioro funcional independiente de la multimorbilidad, la depresión, la cognición, la discapacidad y las características sociodemográficas.

La revisión de la literatura permitió reconocer al sentido de coherencia como un factor relevante en la salud de las personas mayores, además de mostrar la influencia de distintas variables sociodemográficas y de salud. A partir de esta evidencia recopilada se definieron las variables consideradas en este estudio, orientando el diseño del cuestionario semiestructurado y la selección de los instrumentos a aplicar.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivo general:

- Determinar la relación entre los factores personales y el sentido de coherencia en las personas mayores que participan en el programa Más Adultos Mayores autovalentes en los CESFAM de la comuna de Talcahuano, durante el 2025.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar el perfil biopsicosocial y espiritual de las personas mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Describir el sentido de coherencia en las personas mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Determinar la relación entre los factores personales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) y el sentido de coherencia en las personas mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

3.3 Hipótesis

Existe asociaciones entre los factores personales y el sentido de coherencia en las personas mayores que participan en el programa Más Adultos Mayores autovalentes en los CESFAM de la comuna de Talcahuano.

4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN:

4.1 Variable Dependiente:

Sentido de coherencia: percepción estable, constante y flexible de confianza que permite a la persona entender la organización de su vida y su orientación frente al mundo; al mismo tiempo implica sentirse competente para afrontarla y percibirla como significativa, orientándose hacia metas que desea alcanzar (20).

4.2 Variables Independientes:

Cuadro 1. Variables Independientes.

Factores Personales	Variables
Factores Biológicos	• Edad (cuantitativa continua)
	• Sexo (categórica nominal)
	• Presencia enfermedad (categórica nominal)
Factores Psicológicos	• Percepción de la vejez (categórica nominal)
Factores Sociales	• Nivel educacional (categórica ordinal)
	• Situación de pareja (categórica nominal)
	• Situación laboral (categórica nominal)
	• Ingreso económico familiar (cuantitativa continua)
	• Cohabitación (cuantitativa discreta)
Factores Espirituales	• Religión (categórica nominal)
	• Autotrascendencia (cuantitativa discreta)

Cuadro de elaboración propia.

*Definición nominal y operacional de las variables se adjunta en Anexo 1.

5. SUJETO Y MÉTODO

5.1 Diseño de la investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional.

5.2 Unidad de análisis

Persona mayor inscrita en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes de un CESFAM de la comuna de Talcahuano, Chile.

5.3 Población

La población estimada fue de 2714 personas de 60 años y más, inscritas en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes de los CESFAM de la comuna de Talcahuano: San Vicente, Los Cerros, Paulina Avendaño y Leocán Portus. Esta población es el resultado de la sumatoria de las metas anuales de cada Centro de la comuna de Talcahuano, que deben ingresar al menos 538 personas de 60 años o más al programa, con excepción del CESFAM Paulina Avendaño, que debe ingresar al menos 1100 personas por disponer del doble de recurso humano. Según la estadística semestral, la cantidad de ingresos comunal hasta julio 2025 fue de 1075 personas.

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes se realiza en forma grupal en 24 sesiones durante 3 meses. En este programa las personas se incorporan progresivamente, formando grupos de 15 a 30 personas. En cada CESFAM se conforman entre 4 a 6 grupos, las personas participan de los talleres con una frecuencia de dos sesiones mixtas por semana. Las personas mayores pueden ser egresadas del programa tras la participación de al menos 18 sesiones de un ciclo de 24 sesiones.

En el período de este estudio, se invitó a las personas mayores presentes en las sesiones a las que se tuvo acceso en los CESFAM, conforme a la agenda de cada establecimiento.

5.4 Muestra

Inicialmente, el cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando un modelo de regresión lineal múltiple con 11 variables predictoras, asumiendo un tamaño de efecto medio (0,15), una potencia estadística del 95%, y una tasa de error tipo I de 0,05 (alfa). Según el programa GPower 3.1 el tamaño óptimo de la muestra era de 178 participantes.

La muestra final estuvo constituida por 166 participantes (93% del tamaño requerido). Si bien no se alcanzó la cifra planificada, esta se considera metodológicamente suficiente para los análisis previstos, dado su alto grado de proximidad al tamaño óptimo y la potencia esperada del modelo. La diferencia se explicó por limitaciones de extensión del periodo de recolección de datos y disminución de participantes elegibles, que cumplieran con los criterios de inclusión, dentro de los grupos efectivamente abordados.

Se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia, determinado por la disponibilidad de asistir a los talleres según días y horarios programados. La invitación se realizó en las sesiones a las que fue posible asistir durante el periodo de recolección (enero-junio 2025), en cada sesión se invitó a todas las personas presentes que cumplieran los criterios de inclusión a participar del estudio.

5.5 Criterios de inclusión y/o exclusión

Criterios de inclusión:

- Personas de 60 y más inscritas en el programa más adultos mayores autovalentes de los 4 CESFAM de la comuna de Talcahuano.

- Pertener a la comuna de Talcahuano.
- Personas de 60 y más inscritas al programa que hubiesen participado en al menos 18 sesiones.

Criterios de exclusión:

- Personas de 60 años o más en situación de dependencia severa o total, es decir, no poder realizar ninguna de las actividades de la vida diaria sin el apoyo de otra persona.

5.6 Procedimientos y/o técnica de recolección de datos.

El plan de levantamiento de información se desarrolló en las siguientes etapas:

-Inicialmente, se estableció contacto con el personal directivo para solicitar una carta de apoyo por parte de la directora de la DAS Talcahuano y de los directores de cada centro de salud de Talcahuano (Anexo 2).

-Con la carta de apoyo aprobada, se solicitó la evaluación en los respectivos Comités Éticos Científicos: el de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, el de la Vicerrectoría de la Universidad de Concepción y el del Servicio de Salud Talcahuano.

-Tras la autorización del proyecto por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, se contactó a los encargados del programa Más Adultos Mayores Autovalentes de cada CESFAM. Se les informó detalles sobre el proyecto, se recibió el apoyo de los encargados y se establecieron fechas de las sesiones factibles de visitar según la programación de talleres.

-La presentación del proyecto a los posibles participantes se llevó a cabo al inicio de uno de los talleres del programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Se solicitó a las personas un tiempo de 15 minutos para exponer el proyecto, en donde se dio a conocer de manera verbal los aspectos esenciales de la

investigación, su finalidad, los beneficios, riesgos potenciales, procedimientos y resguardos éticos. Terminada la presentación, se les invitó a participar en el estudio.

-A quienes desearon participar, se les dirigió de manera individual al área facilitada por los encargados del taller. A cada participante se le entregaron dos copias del documento de consentimiento informado, se dio lectura de este y se respondieron dudas que surgían. En caso de que la persona no accedía a firmar, se le agradeció por su tiempo y se le enfatizaba que era su derecho poder retirarse.

-Una vez firmadas las dos copias de consentimiento informado, la entrevistadora procedió a explicar y aplicar el instrumento de recolección de datos.

5.7 Descripción del instrumento recolector de datos

El instrumento de recolección de datos se conformó por un cuestionario semiestructurado de datos biopsicosociales y espirituales, la escala sentido de coherencia (SOC 13) y la escala de autotrascendencia (STS).

a) Cuestionario de variables biopsicosociales de las personas mayores:

Este cuestionario fue creado por la autora de este estudio y permitió la obtención de datos sobre los factores biopsicosociales y espirituales de las personas mayores (Anexo 3).

b) Escala Sentido de Coherencia

La Escala Sentido de Coherencia 13 diseñada por Antonovsky en 1993 (34) (Anexo 3) evalúa este constructo a través de sus tres dimensiones: Comprensibilidad, Manejabilidad y Significatividad. Ha sido traducida en 49 idiomas y utilizada en 48 países, lo cual indica que puede ser aplicada en diferentes culturas (35). Consta de 13 preguntas, es una escala tipo Likert con puntuaciones del 1 al 7. El rango de puntuación total fluctúa entre 13 puntos y 91

puntos. Se puede obtener tanto el puntaje global de la escala, como por sus 3 dimensiones:

Cuadro 2: Distribución de los ítems del SOC-13 con respectivos puntajes por dimensión y global.

Dimensión	Ítems	Puntaje
Comprensibilidad	Ítems 2, 6, 8, 9, 11.	5 -35 puntos
Manejabilidad	Ítems 3, 5, 10, 13	4- 28 puntos
Significatividad	Ítems 1, 4, 7, 12.	4 a 28 puntos
SOC Global	Ítems 1-13	13-91 puntos

Fuente. Eriksson M, Mitelmark M. The sense of coherence and its Measurement, 2017 (9).

Existen 5 ítems redactados de forma negativa que deben invertirse antes de la suma de puntajes para los análisis estadísticos (01, 02, 03, 07 y 10) (36). La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del SOC global. Para clasificar los resultados del puntaje global de la escala, se emplean los siguientes rangos de puntuación:

- 1. Alto: 73-91 puntos.
- 2. Medio: 60-72 puntos.
- 3. Bajo: 13-59 puntos

c) Escala de autotranscendencia

La escala de autotranscendencia (STS por sus siglas en inglés Self-Transcendence Scale) de Pamela Reed (37) (Anexo 3), consiste en una escala de una sola dimensión y 15 ítems relacionados con comportamientos específicos o con perspectivas que forman parte de la expansión de límites propios de tres modos:

Interiormente a través de actividades introspectivas, exteriormente a través de la relación con otros y temporalmente al vivir en el presente o manteniendo perspectivas del pasado y futuro y potenciando el presente. Esta escala destaca las habilidades del desarrollo sobre las experiencias decrecientes de la evolución adulta y del envejecimiento. Las respuestas están apoyadas en una escala de cuatro puntuaciones en donde 1 representa la respuesta “para nada” y 4 “demasiado”; con puntaje mínimo de 15 puntos y puntaje máximo de 60 puntos, en la que se identifican tres niveles de autotrascendencia:

-Baja autotrascendencia: de 15 a 29 puntos.

-Mediana autotrascendencia: de 30 a 44 puntos,

-Alta autotrascendencia: de 45 a 60 puntos.

5.8 Control de calidad de los datos

5.8.1 Prueba piloto

Posterior a la aprobación de los tres Comités Ético-Científicos, se llevó a cabo una prueba piloto en un grupo de 28 participantes del CESFAM San Vicente, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, con el objetivo principal de evaluar el tiempo de respuesta, la comprensión y la claridad del instrumento de recolección de datos, en el mes de diciembre del 2024

Previamente, se realizó una reunión con el director, la encargada del programa y los profesionales responsables de los talleres, a quienes se les presentó el protocolo del estudio y los objetivos de la prueba piloto. Posteriormente, se solicitó autorización para asistir a uno de los talleres del programa con el fin de dar a conocer el proyecto a los y las integrantes del grupo e invitarlos/as a participar del estudio.

Las personas que aceptaron fueron atendidas individualmente por la investigadora en un espacio reservado, para resguardar la confidencialidad. Se entregaron dos copias del consentimiento informado, se leyó el documento, se

resolvieron dudas y, tras la firma, se aplicó el instrumento de recolección de datos mediante entrevista (no autoadministrado). Cada consentimiento se identificó con número de folio.

El tiempo que las personas mayores se demoraron en responder el instrumento recolector de datos fue de aproximadamente 30 minutos.

Con respecto a la comprensión del instrumento recolector de datos, los participantes refirieron no presentar dificultades para responder el cuestionario semiestructurado de factores biopsicosociales y espirituales, ni la escala de autotrascendencia, señalando que las preguntas les parecían claras. En contraste en la escala sentido de coherencia (SOC-13), los participantes reportaron dificultades relacionadas principalmente con los ítems redactados en forma negativa. Estos elementos generaron confusión en algunos participantes al momento de interpretar y responder las preguntas. Frente a esta situación, se optó por reforzar la estrategia de aplicación mediante entrevista, enfatizando la explicación previa de estos ítems durante la lectura verbal del cuestionario y complementando con apoyo visual mediante el formulario impreso entregado a cada participante. Lo observado en la prueba piloto sugiere que el instrumento recolector de datos es pertinente en este contexto siempre que se acompañen de una explicación inicial clara y apoyos visuales que faciliten la comprensión. Cabe señalar que no se realizaron modificaciones al contenido del instrumento y, por lo tanto, los 28 participantes del piloto fueron incluidos en la muestra final del estudio.

5.8.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.

-Escala Sentido de Coherencia 13 (SOC 13): Ha sido probado para su validez y confiabilidad en estudios previos (38,39), incluyendo en Chile, el año 2020 (40) se realizó una validación que incluyó las siguientes etapas: adaptación

transcultural, validación de contenido, confiabilidad de la escala y validez de constructo. La muestra del estudio chileno estuvo conformada por 238 estudiantes universitarios: 132 mujeres (55,5%) y 106 hombres (45,5%), con edad promedio de 22 años (40). En dicha validación, la escala mostró niveles adecuados de confiabilidad, según alfa de Cronbach, coeficiente omega, Spearman-brown y coeficiente de Guttman. Para la consistencia interna, el alfa de Cronbach del puntaje total de la escala fue de 0,74, valor dentro de los rangos de confiabilidad hallados en validaciones realizadas en población colombiana, árabes, española, y otras, que fluctuaban entre 0,70-0,92 (35, 41, 42, 43,44).

En cuanto a la consistencia interna de las dimensiones del SOC, en la validación chilena resultó baja, los valores fluctuaron entre 0,31 a 0,69, resultados similares en otras investigaciones. En particular, se observó una baja confiabilidad en manejabilidad ($\alpha=0,52$) y comprensibilidad ($\alpha=0,31$), cabe señalar que en otros estudios comprensibilidad poseía alfas mayores ($\alpha=0,62-0,69$). La baja confiabilidad por dimensión indicaría que la escala SOC-13 debe utilizarse como una escala global y no separada por dimensiones (40).

En conclusión, la evidencia disponible para la SOC-13 muestra excelente validez de contenido y buena confiabilidad a nivel global; sin embargo, se recomienda privilegiar la puntuación global de la escala debido a la consistencia interna limitada observada cuando se analizan las dimensiones por separado (40).

-Escala de Autotrascendencia: Esta escala fue recientemente validada al español en 2018 por Pena et al. En el estudio, la validez y confiabilidad de la escala de autotrascendencia se establecieron mediante un riguroso proceso de traducción y colaboración con expertos en el campo. Dos traductores nativos de habla hispana realizaron la traducción inicial, y posteriormente, se contó con la colaboración de 20 expertos para garantizar la adecuación y precisión de la versión en español (37).

En el estudio un total de 116 participantes completaron el cuestionario, y de ellos, 66 aceptaron realizar la re prueba, de los cuales 65 completaron exitosamente la segunda evaluación (37). La muestra estuvo compuesta por 90 mujeres (77,59%) y 26 hombres (22,41%), con edades medias de 39,71 años para las mujeres y 43,38 años para los hombres (37). Las correlaciones entre las diferentes escalas utilizadas en el estudio mostraron valores significativos ($p < 0,001$), lo que sugiere una relación entre los constructos medidos (37).

En cuanto a la confiabilidad de la escala, se realizaron diferentes análisis estadísticos para evaluarla. Para la confiabilidad intraobservador, se obtuvo el Coeficiente de Correlación Intraclasa (CCI), y se obtuvo un valor de 0,278 ($p = 0,0972$, IC 95% = -0,183-0,56), lo que indica una confiabilidad moderada. En cambio, la confianza interobservador, también evaluada mediante el CCI, alcanzó un valor alto de 0,932 ($p < 0,001$, IC 95% = 0,891 - 0,963) (37).

Además, se realizó una prueba t de Student para muestras pareadas, que resultó en un valor p de 0,533, con un valor estimado de 0,008 (IC 95% = -0,017 - 0,034), lo que indica una consistencia en las pérdidas de los participantes en la re prueba (37). Se emplearon diferentes métodos gráficos, como los de Bland-Altman y Kaplan-Meier, para visualizar y analizar la concordancia de la prueba de re prueba, lo que resultó validar aún más la consistencia de la escala (37). Para evaluar la consistencia interna de la escala se aplicó el coeficiente α de Cronbach, obteniendo resultados favorables: $\alpha = 0,772$ (0,785 estandarizado) para la puntuación total de la escala y $\alpha = 0,833$ (0,844 estandarizado) para la puntuación de la prueba de re prueba, lo que indica una buena confiabilidad de la escala (37). El resultado estuvo dentro del rango de valores de confiabilidad hallados en validaciones realizadas en otros estudios que fluctuaron entre 0,77 - 0,83 (37,44,45,46). Los hallazgos del estudio respaldan la validez y confiabilidad de la escala de autotranscendencia, otorgando sustento empírico sólido para su aplicación (37).

5.9 Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos en esta investigación fueron ordenados en una tabla Excel, los cuales se analizaron con el programa SPSS versión 28 para Windows.

Objetivo	Variable	Estadístico
Caracterizar el perfil biopsicosocial de las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	Biopsicosociales y espirituales.	Variables cuantitativas: medidas de resumen (tendencia central y de dispersión) Variables cualitativas: tablas de frecuencias (absolutas y relativa).
Determinar el sentido de coherencia en las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	Sentido de coherencia	Medidas de resumen y tablas de frecuencia.
Determinar relación entre el sentido de coherencia y las características biológicas, psicológica, sociales y espirituales.	Biopsicosociales, espirituales y Sentido de coherencia.	Medidas de tendencia central; Anova (distribución normal). Coeficiente de correlación de Pearson. Modelo de regresión lineal múltiple.

5.10 Plan de análisis estadístico

Cuadro 3. Resumen plan de análisis estadístico.

Cuadro de elaboración propia.

El plan de análisis se realizó según la pregunta de investigación y el cumplimiento de los objetivos.:

Para el objetivo 1 Caracterizar el perfil biopsicosocial de las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes), se utilizó estadística descriptiva con medidas de resumen (tendencia central y de dispersión) para las variables cuantitativas y frecuencias (absolutas y relativas) para las variables cualitativas. Para el objetivo 2 (determinar el sentido de coherencia en las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes) se utilizaron medidas de resumen por el puntaje global y sus dimensiones, y para su categorización se utilizaron frecuencias. Para el objetivo 3, 4 y 5 (determinar correlación entre el sentido de coherencia y las características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales) primero se utilizó inferencia bivariada (correlación de Pearson, ANOVA) y luego se utilizó inferencia multivariada con modelos de regresión lineal múltiple (variable dependiente sentido de coherencia) y predictoras (características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales).

El análisis se realizó con el software SPSS-28. En cuanto al uso de escalas se estimó la confiabilidad por consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En relación con los aspectos éticos, cabe mencionar que para esta propuesta de investigación se acogieron los principios bioéticos postulados por Ezekiel Emanuel (47) y Fernando Suárez (48).

Asociación colaborativa: Se solicitó el apoyo de la Directora de la Dirección de Administración de Salud Municipal (DAS) de Talcahuano para la ejecución del proyecto de tesis, mediante una carta formal (Anexo 2). Posteriormente, se gestionó el respaldo de los directores de los cuatro CESFAM de la comuna. Para ello, se coordinó y se llevó a cabo reuniones con cada uno de ellos, en las que se presentó de forma general el proyecto, sus objetivos y la metodología del estudio. Tras estas reuniones, se solicitaron cartas de intención que formalizaran el vínculo de colaboración, con el fin de ser presentadas ante los comités ético-científicos correspondientes (Anexo 2).

Valor científico o social: Este estudio contribuyó a generar evidencia para el mejoramiento continuo del cuidado otorgado por los profesionales de enfermería a las personas mayores. Conocer los factores personales que se relacionan con el sentido de coherencia de las personas mayores otorga evidencia que apoya al cuidado de la salud de las personas mayores. Al estudiar un tema relevante y poco estudiado en Chile, se contribuye a realizar un diagnóstico del sentido de coherencia de las personas mayores, junto con identificar los posibles factores asociados. De este modo se genera conocimiento que podrá orientar futuras investigaciones y prácticas en el ámbito de la promoción de la salud y envejecimiento saludable.

Validez Científica: Este estudio utilizó la metodología de investigación científica, orientada por un marco teórico y empírico, basándose en la teoría de

Salutogénesis, siguiendo los lineamientos establecidos por Hernández et al (49). Se trató de un diseño cuantitativo, no experimental, de tipo transversal, descriptivo y correlacional. Es importante destacar que la investigación se realizó conforme a los protocolos establecidos, asegurando que la publicación de los resultados sea veraz, coherente y equitativa.

Selección equitativa: Dadas las características de la población y la dinámica de trabajo del programa, por grupos en días y horarios específicos, no fue posible establecer un marco muestral definido. Por ello, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se invitó a participar a todas las personas presentes en las sesiones del programa que fue posible visitar durante enero, marzo, abril, mayo y junio de 2025. Los criterios de exclusión e inclusión fueron aplicados de manera precisa en el proceso de elección, asegurando que los participantes que cumplieran los criterios de inclusión formen parte del estudio.

Riesgo/ Beneficio: Para el estudio, se siguieron los principios de no maleficencia y beneficencia, con el fin de asegurar que los beneficios superen los riesgos. Los riesgos esperados fueron mínimos y se asociaron principalmente a la sensibilidad emocional transitoria ante algunas preguntas de carácter personal. Si bien no se llevó un registro cuantitativo específico de estos casos, se estima que ocurrieron en menos del 10% de los participantes. En dichos casos se brindó contención emocional. Se mantuvo una escucha activa y una comunicación empática, generando un espacio seguro. Además, se recordó a las personas que podía postergar o interrumpir la aplicación del instrumento en cualquier momento, y se continuó solo si la persona lo deseó. La contención emocional se ofreció de acuerdo con las necesidades y límites expresados por cada persona.

En cuanto a los beneficios, estos fueron principalmente indirectos, vinculados a la generación de evidencia para fortalecer las acciones del Programa Más

Adultos Mayores Autovalentes y orientar estrategias de promoción de salud en personas mayores.

Evaluación independiente: El proyecto fue presentado y aprobado por tres comités ético-científicos: el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano.

Respeto a los sujetos inscritos: Los participantes fueron tratados con respeto y se veló por su bienestar durante el desarrollo de la investigación. Se mantuvo absoluta confidencialidad de la información entregada, sus datos personales fueron protegidos y anonimizados. Los datos fueron usados exclusivamente para este estudio, serán informados y entregados al establecimiento de salud y serán eliminados de manera segura en un periodo de 15 años. Al momento de la invitación y antes de cada aplicación se informó el derecho a formular consultas y a solicitar resultados a través del correo electrónico o número de celular de la investigadora, no se recibieron consultas por los canales dispuestos durante el período de recolección. Asimismo, se recordó reiteradamente el carácter voluntario de la participación y el derecho a no responder o retirarse en cualquier momento sin consecuencias, no se registraron retiros.

Consentimiento informado: El consentimiento informado se ajustó a lo establecido en las normativas legales 20.120 y 20.584 de Chile. En este documento, se incluyó información escrita acerca de los objetivos, la duración, los posibles riesgos y beneficios del estudio, así como el resguardo y preservación de la confidencialidad de los datos recopilados. Se entregaron dos copias, se leyó en voz alta y se respondieron dudas, solo tras la firma se aplicó el instrumento recolector de datos (Anexo 4). Sólo una persona no estuvo de

acuerdo con firmar el documento, en consecuencia, no se aplicó el instrumento ni se registró información de esa persona.

7. PLAN DE TRABAJO

Actividad Tiempo	2023					2024												2025									
	A	S	O	N	D	E	F	M	Ab	My	Jn	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
1. Entrega de proyecto para revisión																											
2. Arzalaría con docente guía																											
3. Correcciones part arzalaría																											
4. Proyecto final de tesis																											
5. Defensa proyecto ante comisión evaluadora																											
6. Presentación de proyecto en comité de ética respectiva																											
7. Presentación del proyecto y difusión de participación voluntaria																											
8. Prueba pialata																											
9. Correcciones según prueba pialata																											
10. Aplicación del instrumento recolectar de datos																											
11. Análisis de los datos																											
15. Establecer conclusiones y redactar el informe final																											
16. Entrega de tesis para revisión																											
17. Defensa de tesis ante comisión evaluadora																											

8. RESULTADOS

Objetivo 1. Caracterizar el perfil biopsicosocial y espiritual de las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Características biológicas:

En relación con las características biológicas de las personas mayores, se observó un mayor porcentaje de mujeres (75.3%) y en menor medida de hombres (24.7%). La edad de las personas mayores fluctuó entre los 60 y 92 años, con una media de 72 años y DE 6.7. Al dividir la edad en rangos, se observó predominio del grupo de 70-79 años (47%), seguido del grupo de 60-69 años (40.4%) y el grupo 80-92 años (12.6%) (Tabla 1).

Respecto a la presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas, el 90.4% de las personas declararon que sí tiene una o varias enfermedades, siendo las más prevalentes: hipertensión arterial con un 65.7%, diabetes mellitus con un 31.3% y artrosis con un 28.3%.

Tabla 1: Distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=166).

Variable		N	%	Media	DE
Edad	60-92	166	100	72	6.7
Rangos de edad	60-69 años	67	40.4		
	70-79	78	47		
	80-92	21	12.6		
Sexo	Mujer	125	75.3		
	Hombre	41	24.7		
Presencia de enfermedad	Si	150	90.4		
	No	16	9.6		
	Hipertensión arterial	109	65.7		
	Diabetes Mellitus	52	31.3		

Enfermedades reportadas	Artrosis	47	28.3
	Dislipidemia	44	26.7
	Hipotiroidismo	25	15.1
	Depresión	18	10.8

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Características psicológicas:

Respecto a la percepción de la vejez, las personas expresaron sentimientos que asocian a la imagen de la propia vejez como felicidad, tranquilidad, tristeza y miedo. La emoción más frecuentemente mencionada por las personas fue la tranquilidad 62%, seguida por la felicidad 19.3%, luego reportaron las emociones negativas, como el miedo (16.3%) y la tristeza (13.9%) (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de la población de personas mayores según percepción de la vejez (n=166).

Variable: Percepción de la vejez		N	%
¿Con qué sentimientos asocia la imagen de la propia vejez?	Felicidad	32	19.3
	Tranquilidad	103	62
	Tristeza	23	13.9
	Miedo	27	16.3
	Nada	5	3

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Características sociales:

El nivel educacional promedio de las personas mayores fue de aproximadamente 10 años de estudio, equivalente a enseñanza básica completa o media incompleta y un rango entre 0 y 17 años de estudios. Esta variable se clasificó en tres grupos según los años de escolaridad cursados. Un 36.7 % de las personas mayores reportó entre 0 a 8 años de escolaridad (dentro de este grupo,

4 personas no poseen escolaridad formal, 47 personas presentaban educación básica incompleta, mientras que solo 10 personas habían completado este nivel educativo). El 38% de las personas mayores cuenta con 9 a 12 años de escolaridad y un 25.3% ha alcanzado 13 o más años de estudio, es decir, formación en educación superior (Tabla 3).

Respecto a la actividad laboral, la gran mayoría indicó no trabajar actualmente (92.2%), mientras que una menor proporción (7.8%) señaló estar trabajando. Al consultar por la cohabitación, el 42.8% de las personas mayores convive con una persona, el 27.1% vive solo, y el 20.5% convive con dos personas. Solo un pequeño porcentaje (9.6%) habita junto a cuatro o más personas en el mismo hogar.

En cuanto a los ingresos económicos familiares, se observó una media mensual de \$573.000 pesos chilenos, con una mediana de \$500.000, y un rango que va desde \$100.000 a \$1.800.000 pesos chilenos mensuales (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución de la población de personas mayores según características sociales (n=166).

Variable		N	%	Media	DE
Nivel Educativo	0-8 años escolaridad	61	36.7%		
	9-12 años de escolaridad	63	38.0%		
	13 o más años escolaridad	42	25.3%		
Situación de Pareja	Con pareja	88	53.0%		
	Sin pareja	78	47.0%		
Actividad Laboral	No trabaja	153	92.2%		
	Trabaja	13	7.8%		
Cohabitación	Vive solo/a	45	27.1%		

	Con una persona	71	42.8%		
	Con dos personas	34	20.5%		
	Con cuatro o más personas	16	9.6%		
Ingreso económico familiar	\$100.000 a \$499.000	70	42.2%	573.000	307.65
	\$500.000 a \$999.000	75	45.2%		
	\$1.000.000 a \$1.800.000	21	12.7%		

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Características espirituales:

Un 94% de las personas señalaron profesar con alguna religión, mientras que un 6% indicó no adherir a ninguna religión. Entre quienes declararon profesar alguna religión, un 72.9% se identificó con la religión católica, seguida por la evangélica con un 14.5%. En menor proporción (12.6%), se reportaron otras religiones como mormona, adventista, testigos de Jehová y bahá'í (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución de la población de personas mayores según religión (n=166).

Variable		N	%
Religión	Si	156	94%
	No	10	6%
Religión reportada	Católica	121	72.9%
	Evangélica	24	14.5%
	Otras	11	12.6%

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Dentro de las características espirituales, se evaluó la autotrascendencia mediante la Escala de Autotrascendencia (STS). Los puntajes obtenidos oscilaron entre 36 y 60 puntos. La media fue de 52.4 puntos, con una mediana de 53 puntos y una desviación estándar de 3.7 (Tabla 5). Estos resultados indican que la mayoría de las personas mayores presentaron puntajes altos de autotrascendencia.

Tabla 5: Estadísticos puntaje total autotrascendencia (n=166).

Estadísticos		
Total_Autotrascendencia		
N	Válido	166
	Perdidos	0
Media		52.4
Mediana		53
Desviación estándar		3.7
Varianza		14.1
Asimetría		-1.0
Error estándar de asimetría		0.2
Curtosis		2.2
Error estándar de curtosis		0.4
Rango		24
Mínimo		36
Máximo		60
Percentiles	25	50
	50	53
	75	55

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Escala autotrascendencia

En el análisis de fiabilidad interna de la escala STS, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.489 (Tabla 6), resultado que indica una consistencia interna baja, de acuerdo con Streiner (2003).

Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia (n=166).

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.489	0.618	15

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Tabla 7: Estadísticas de elementos de la escala de autotrascendencia (n=166).

Estadísticas de elemento			
Item de la escala	Media	DE	N
En este momento de mi vida me veo a mi como:			
1. Con pasatiempos e intereses que puedo disfrutar.	3.7	0.6	166
2. Aceptándome a mí mismo a medida que envejezco.	3.8	0.5	166
3. Involucrado con otras personas o con mi comunidad, cuando es posible.	3.6	0.7	166
4. Ajustándome bien a mi actual situación de vida.	3.8	0.5	166
5. Ajustándome a los cambios de mis capacidades físicas.	3.6	0.5	166
6. Compartiendo mi sabiduría o experiencia con otros.	3.7	0.7	166
7. Encontrándole significado a mis experiencias pasadas.	3.6	0.8	166
8. Ayudando de alguna manera a las personas jóvenes o a otros.	3.7	0.6	166
9. Interesado en seguir aprendiendo acerca de otros.	3.8	0.6	166
10. Dejando de lado algunas cosas que alguna vez pensé eran muy importantes.	2.2	1.1	166
11. Aceptando la muerte como parte de la vida.	3.6	0.8	166
12. Encontrando significado en mis creencias espirituales.	3.8	0.6	166

13. Permitiendo que otros me ayuden cuando puedo necesitarlo.	3.5	0.8	166
14. Disfrutando mi ritmo de vida.	3.8	0.5	166
15. Dándole vuelta a mis sueños o metas que no alcance en el pasado.	2.1	1.2	166

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Al analizar los ítems de la escala de autotranscendencia se observa que la mayoría de los ítems presentan una media sobre los 3 puntos (tabla 7), recordando que el puntaje máximo de cada ítem es de 4 puntos. Destaca que los ítems 10 (“Encontrando significado en mis creencias espirituales”) y 15 (“Dándole vuelta a mis sueños o metas que no alcance en el pasado”), presentan las medias más bajas.

Tabla 8: Estadísticas al eliminar elementos de la escala de autotranscendencia (n=166).

Estadísticas de total de elemento				
Ítem de la escala	Media de la escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de la escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	48.7	13.1	0.1	0.5
2	48.6	13.3	0.2	0.5
3	48.7	12.4	0.2	0.5
4	48.6	12.3	0.4	0.4
5	48.8	12.9	0.2	0.5
6	48.7	12.2	0.3	0.4
7	48.8	12.5	0.2	0.5
8	48.7	12.2	0.4	0.4
9	48.6	12.2	0.4	0.4
10	50.1	14.2	-0.2	0.6

11	48.7	12.9	0.1	0.5
12	48.6	12.7	0.3	0.5
13	48.9	11.7	0.3	0.4
14	48.5	12.5	0.4	0.4
15	50.2	13.3	-0.1	0.6

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores. Se observó que al eliminar estos ítems aumenta la fiabilidad de la escala (Tabla 8), por lo expuesto, se procedió a recalcular la fiabilidad interna eliminando dichos ítems. El nuevo coeficiente alfa de Cronbach ascendió a 0.692, un valor cercano al umbral, lo que indica una mejora sustancial en la consistencia interna del instrumento (Tabla 9).

Tabla 9: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia sin ítem 10 y 15 (n=166).

Estadísticas de fiabilidad sin ítem 10 y 15		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.692	0.706	13

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Objetivo 2. Describir el sentido de coherencia en las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

En este estudio la variable dependiente fue el sentido de coherencia, evaluado a través de la escala SOC-13. Los puntajes obtenidos oscilaron entre 38 y 89 puntos. La media fue de 71 puntos, con una mediana de 73 puntos y una desviación estándar de 11.1 (Tabla 10).

Tabla 10: Estadísticos puntaje total Sentido de coherencia (n=166).

Estadísticos puntaje total SOC		
N	Válido	166
	Perdidos	0
Media		71
Mediana		73
Desv. Desviación		11.1
Asimetría		-0.74
Error estándar de asimetría		0.18
Curtosis		0.11
Error estándar de curtosis		0.37
Mínimo		38
Máximo		89
Percentiles	25	64
	50	73
	75	79.3

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

En cuanto a la categorización del SOC se consideró SOC bajo de 13 a 44 puntos, medio de 45 a 74 puntos y alto de 75 a 91 puntos. La mayoría de las personas mayores presentó un SOC medio (53%) o alto (44%), mientras que el SOC bajo fue poco frecuente (3%) (Tabla 11). En términos generales, el 97% de la muestra mostró un Sentido de Coherencia de medio o alto.

Tabla 11: Distribución del SOC-13 según categorías (n=166).

SOC total	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ALTO	73	44%	44%
MEDIO	88	53%	97%
BAJO	5	3%	100%
TOTAL	166	100%	

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Escala SOC 13

En cuanto al análisis de fiabilidad interna, la escala global obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.695 (Tabla 12), valor que se considera cercano al umbral aceptable para consistencia interna, según criterios de Streiner (2003).

No obstante, las dimensiones del SOC 13 presentan una baja fiabilidad entre sus ítems. La dimensión comprensibilidad obtuvo un alfa de 0.483; manejabilidad, 0.469; y significatividad, 0.316.

Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad Escala Sentido de Coherencia (SOC-13) (n=166).

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.695	0.706	13

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

En el gráfico 1 se observa la distribución del puntaje global, donde la mayoría de los participantes obtuvo valores concentrados entre 65 y 85 puntos, con una media de 71 y una desviación estándar de 11,1. Esta distribución evidencia que la mayor parte de los sujetos se ubicó en los rangos medios y altos de la escala, con escasa representación de puntajes bajos.

Los datos no siguen una distribución normal según las pruebas de normalidad (Tabla 13). No obstante, al analizar las medidas de tendencia central se observa que la diferencia entre la media y la mediana es de solo 2 puntos, y el valor de asimetría no supera 1 en valor absoluto (tabla 10). Por lo expuesto y al observar el histograma, se consideró que los datos presentan una distribución cercana a la normalidad, por ello se estimó apropiado para el análisis continuar con el uso de pruebas paramétricas.

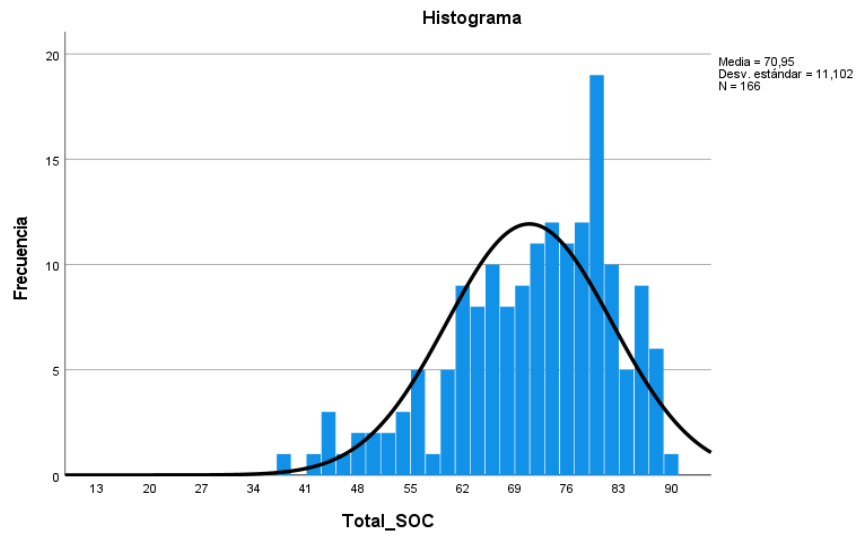
Tabla 13: pruebas de normalidad Sentido de coherencia (n=166).

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Total_SOC	0.091	166	0.002	0.953	166	0.000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Figura 1. Gráfico distribución de puntajes globales de Sentido de coherencia

Gráfico 1. Distribución de los puntajes promedios del SOC-13



Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Objetivo 3. Determinar la relación entre los factores personales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) y el sentido de coherencia en las personas mayores.

Análisis Bivariado

Sentido de coherencia y características biológicas de las personas mayores

Los resultados muestran que los hombres presentan, en promedio un puntaje tres puntos más alto de sentido de coherencia en comparación con las mujeres. No obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0.11$).

Respecto a la variable edad, las personas entre 60 y 69 años obtuvieron una media levemente mayor (de 0.7 puntos) que el grupo de 70 a 79 años. Sin embargo, esta diferencia tampoco es estadísticamente significativa ($p=0.87$), por lo que no existen diferencias relevantes en el sentido de coherencia entre los distintos grupos etarios analizados.

En cuanto a la presencia de enfermedades diagnosticadas, las personas que declararon no tener enfermedades alcanzaron un puntaje promedio 4.4 puntos más alto en sentido de coherencia que aquellas que sí presentan alguna(s) enfermedad(es). A pesar de esta diferencia observada, los resultados del ANOVA indican que no hay relación estadísticamente significativa ($p = 0.14$).

Al analizar por enfermedad reportada, sólo la depresión mostró asociación significativa ($p=0,001$), quienes la reportaron obtuvieron un promedio de 62.8 puntos de SOC.

Tabla 14: Sentido de coherencia y características biológicas de las personas mayores

Variable		Puntaje		ANOVA	
		Media	DE	F	p
Sexo	Hombre	73.4	9.5	2.6	0.11
	Mujer	70.2	11.4		
Edad	60 a 69	71.4	11.1	0.1	0.87
	70 a 79	70.8	10.4		
	80 a 92	70	13.8		
Presenta enfermedad	No	74.9	11.1	2.2	0.14
	Si	70.5	11.1		
Enfermedad reportada	Depresión	62.8	12.4	11.7	0.001

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Sentido de coherencia y características psicológicas de las personas mayores

El grupo con emociones positivas presentó, en promedio, los puntajes más altos en sentido de coherencia (72.7 puntos), en contraste con el grupo de emociones negativas, que obtuvo el promedio más bajo (65.4 puntos). En términos comparativos, los participantes del grupo positivo obtuvieron en promedio 7.29 puntos más en sentido de coherencia, que aquellos del grupo de emociones negativas (Tabla 15).

Tabla 15: Sentido de coherencia y percepción de la vejez de las personas mayores (n=166).

Variable: Percepción de la vejez	Media	N	DE
Negativo	65.4	38	13.17
Neutro	72.1	18	12.10
Positivo	72.7	110	9.53
Total	70.9	166	11.10

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

De acuerdo con la prueba de ANOVA (Tabla 16) esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.002$), indicando una relación positiva de la vejez con un mejor sentido de coherencia.

Tabla 16: Sentido de coherencia y percepción de la vejez de las personas mayores (n=166). Prueba ANOVA

Variable: Percepción de la vejez	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	P
Entre grupos	1526.9	2	763.5	6.6	0.002
Dentro de grupos	18810.7	163	115.4		
Total	20337.6	165			

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Sentido de coherencia y características sociales de las personas mayores

Las personas con baja escolaridad presentan puntajes globales promedio de sentido de coherencia más bajo (70.2), mientras que aquellos con 13 o más años de escolaridad alcanzan una media más alta (73.1). A pesar de esta diferencia

observada, los resultados del ANOVA indican que no existe relación estadísticamente significativa ($p = 0.34$).

En cuanto a la situación de pareja, se observa que las personas que se encuentran en pareja presentan puntajes más alto de sentido de coherencia en comparación con quienes no tienen pareja. La diferencia resulta estadísticamente significativa en esta muestra ($p=0.01$)

En cuanto a la actividad laboral, las personas que declaran estar sin trabajo presentan un puntaje de sentido de coherencia más alto (71.2) en comparación con quienes trabajan (68.1). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0.33$).

En relación con la variable cohabitación, se observa que las personas mayores que viven solas presentan un puntaje promedio de sentido de coherencia más bajo (69) en comparación con quienes viven acompañados (71.6), no obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0.17$).

Respecto al ingreso económico familiar, se observa que el puntaje de sentido de coherencia tiende a aumentar a medida que el ingreso económico es más alto. Las personas con ingresos entre \$100.000 y \$499.000 presentan un puntaje promedio de 70.4, mientras que quienes reportan ingresos entre \$500.000 y \$999.000 alcanzan una media de 70.9. El grupo con ingresos entre \$1.000.000 y \$1.800.000 obtiene una media más alta de 72.7. Sin embargo, estas diferencias no resultan estadísticamente significativas según la prueba ANOVA ($p = 0.70$), lo que indica que en esta muestra el ingreso económico familiar no se relaciona con el sentido de coherencia (Tabla 17).

Tabla 17. Sentido de coherencia y características sociales (n=166).

Variable		Puntaje		ANOVA	
		Media	DE	F	p
Nivel educacional	0-8 años	70.2	12.2	1.1	0.3
	9-12 años	70.2	10.5		

	13 o más años	73.1	10.3		
Situación de pareja	Con pareja	72.9	10.4	6.2	0.01
	Sin pareja	68.7	11.5		
Actividad laboral	Con trabajo	68.1	10.9	0.9	0.3
	Sin trabajo	71.2	11.1		
Cohabitación (vive solo)	Si	69	12.2	1.9	0.2
	No	71.7	10.6		
Ingreso económico	100 a 499	70.4	11.2	0.4	0.7
	500 a 999	70.9	10.9		
	1000 a 1800	72.7	11.9		

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Sentido de coherencia y características espirituales

Se observa que las personas que se sienten identificados con alguna religión presentan en promedio, puntajes más altos de SOC. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0.34$) (Tabla 18).

Tabla 18. Sentido de coherencia y religión (n=166).

Variable		Puntaje		ANOVA	
		Media	DE	F	p
Religión	Si	71.2	10.9	0.9	0.3
	No	67.7	14		

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Los resultados muestran una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el sentido de coherencia y la autotranscendencia, tanto en su forma original ($p < 0.01$), como en la versión modificada para este estudio, que excluye los ítems

10 y 15 ($p < 0.01$). Esto sugiere que, a mayor nivel de autotrascendencia, mayor es el sentido de coherencia en las personas mayores de esta muestra (Tabla 19).

Tabla 19. Sentido de coherencia y autotrascendencia (n=166).

Variable		Autotrascendencia Sin item 10 y 15	Autotrascendencia
SOC	Correlación de Pearson	0.4**	0.3**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	166	166

Fuente: Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores.

Análisis multivariado

Regresión Lineal Múltiple

El modelo incluye predictores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales para explicar el sentido de coherencia de las personas mayores que participan en el programa Mas adultos mayores autovalentes.

Los predictores incluidos en el modelo fueron:

- Sexo (hombre)
- Edad
- Diagnóstico de depresión (si)
- Imagen de la vejez (positiva)
- Escolaridad (años de estudio)
- Religión (si)
- Relación de pareja (con pareja)
- Autotrascendencia

Tabla 20: Resumen del modelo regresión lineal múltiple (n=166).

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	0.518 ^a	0.269	0.232	0.74
Predictores: sentido de coherencia (Constante)				

El modelo de regresión lineal múltiple explica el 23,2% de la varianza del sentido de coherencia (R^2 ajustado = 0,232; R^2 = 0,269), lo que indica una capacidad explicativa moderada al considerar el tamaño de la muestra y la cantidad de predictores incluidos en el modelo.

Tabla 21: Prueba ANOVA del modelo regresión lineal múltiple

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	32.345	8	4.043	7.214	0.000 ^b
	Residuo	87.996	157	0.560		
	Total	120.341	165			
a. Variable dependiente: Sentido de coherencia						
b. Predictores						

La prueba ANOVA del modelo muestra que la regresión es estadísticamente significativa ($F(8,157) = 7.214$; $p < 0.001$), lo que indica que en conjunto los predictores incluidos tienen un efecto significativo sobre el sentido de coherencia. El modelo identifica que los ocho factores considerados explican

aproximadamente el 26,9% de la variabilidad en el sentido de coherencia ($R^2 = 0.269$; R^2 ajustado = 0.232)

Tabla 22: Coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple

Modelo	Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	P
		B	Desv. Error	Beta		
1	Variable	1.88	1.19		1.58	0.12
	Autotrascendencia (sin ítem 10 y 15)	0.08	0.02	0.35	4.82	0.000
	Sexo	-0.088	0.145	-0.045	-0.607	0.545
	Edad	-0.004	0.009	-0.032	-0.441	0.660
	Percepción de la vejez	0.151	0.062	0.175	2,452	0.015
	Nivel educacional	0.004	0.013	0.019	0.273	0.785
	Relación de pareja	0.182	0.124	0.107	1,469	0.144
	Religión	0.064	0.251	0.018	0.254	0.799
	Depresión	-0.495	0.199	-0.181	-2.490	0.014
a. Variable dependiente: Sentido de coherencia						

El análisis de los coeficientes mostró que el sentido de coherencia se asocia de manera positiva y significativa con la autotrascendencia ($\beta = 0.35$; $p < 0.001$), de modo que por cada punto adicional en autotrascendencia el puntaje de sentido de coherencia aumenta en promedio 0.079 puntos, lo que supone que un incremento de 10 puntos en autotrascendencia se traduce en casi un punto más en sentido de coherencia. Asimismo, la imagen positiva de la vejez presentó una relación estadísticamente significativa ($p = 0.015$), lo que indica que una percepción positiva de la vejez se asocia con un mayor SOC. En contraste, la depresión mostró una relación negativa y significativa ($p = 0.014$), evidenciando que las personas con diagnóstico de depresión presentan en promedio 0.495 puntos menos en SOC que quienes no lo tienen. Por otra parte, las variables sexo, edad, años de estudio, estar en pareja y religión no alcanzaron relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) y, aunque mostraron diferencias como un menor puntaje en mujeres, una ligera disminución con la edad, un incremento imperceptible con mayor nivel educativo, mayor puntaje en quienes tienen pareja y en quienes se identifican con una religión, dichas variaciones fueron pequeñas y no fueron estadísticamente significativas.

De acuerdo con el modelo presentado, se identificaron factores que influyen positivamente en el SOC de las personas mayores que participan en el programa Más Adultos mayores autovalente, los cuales fueron la **autotrascendencia** y una **imagen positiva de la vejez**. En contraste, el **diagnóstico de depresión** se asoció de manera negativa y significativa con el SOC, evidenciando que las personas con depresión presentan, en promedio, menores puntajes de sentido de coherencia.

9. DISCUSIÓN

Las personas mayores que participan en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes en Talcahuano presentan un perfil marcado por la predominancia de mujeres, edad promedio de 72 años, presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas y un nivel educacional medio-bajo. La mayoría convive con otras personas, mantiene una relación de pareja, no realiza actividad laboral remunerada, se identifica con una religión y alcanza altos puntajes de autotrascendencia. En el plano psicológico, la imagen de la propia vejez se vincula en general con emociones positivas. En el ámbito económico, el ingreso familiar promedio fue de 573 mil pesos chilenos. Estas características son similares al perfil general de la población de personas mayores en Chile. Según los resultados del Censo Nacional 2024, la población femenina representa el 55,6 % de las personas de 60 años y más, mientras que, en el ámbito educativo, la mayoría alcanza solo niveles de enseñanza básica o media. De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2022), un 14,6 % de las personas mayores de 60 años vive sola. Asimismo, los resultados preliminares del Censo 2024 señalan que el grupo de 65 años y más ya constituye el 14 % de la población del país, evidenciando el continuo proceso de envejecimiento demográfico en Chile.

En cuanto al sentido de coherencia (SOC), el 44% de las personas mayores presentan un puntaje alto en la escala de sentido de coherencia, lo que significa una mayor capacidad para enfrentar y dar sentido a las experiencias de la vida, el 53% medio y el 3% bajo. Estos resultados son similares a otro estudio desarrollado en Polonia (26) con adultos mayores de la Universidad de la Tercera Edad, una institución con cursos y actividades que promueven el aprendizaje a lo largo de la vida y el envejecimiento activo, en dicho estudio el 75,2% de los participantes poseían un SOC medio y el 15,9% SOC alto. Comparando ambos

estudios, predominan el SOC medio y alto, lo que sugiere la participación social, en contextos específicos de la comunidad, como un medio para mejorar el SOC. Aunque Más Adultos Mayores Autovalentes es un programa de intervención particular en el sistema de salud chileno, tiene elementos similares a otras intervenciones internacionales, como el modelo de autogestión y empoderamiento, aplicado en personas mayores con enfermedades crónicas, que incluyó talleres grupales y actividades de autocuidado (31), o programas enfocados en la resiliencia, que incorporaron ejercicios físico y actividades psicosociales orientadas a fortalecer el SOC y los recursos internos de las personas mayores (50).

Además, varias características individuales pueden influir en el SOC: algunas biológicas (edad, sexo, presencia de enfermedades), sociales (nivel educativo, pareja, situación laboral, disposición de vivienda, ingreso del hogar), psicológicas (percepción del propio envejecimiento) y espirituales (auto-trascendencia y religión). Estas covariables permiten la comparación con estudios previos y ayudan a dilucidar los factores que mejoran o atenúan el sentido de coherencia en esta etapa de la vida.

Sentido de Coherencia y Características Biológicas

SOC y Sexo

No hubo diferencias significativas en el SOC entre los sexos, aunque los hombres tenían un SOC levemente mejor que las mujeres. Este hallazgo es similar al de otros trabajos, como los de Escobar (2019) en México y Kayi et al. (2023) en Turquía, donde también se observaron diferencias en los puntajes más altos en hombres que en mujeres, aunque no estadísticamente significativas (51, 52). En contraste, en una muestra de la población polaca (26) se reportaron puntajes de SOC más altos entre las mujeres en comparación con los hombres ($p = 0,017$). En contraste, el trabajo de Tusul et al. realizado en la población checa reveló

valores significativamente más altos para los hombres ($p = 0,002$), al igual que un estudio en Suecia mostró la misma tendencia (53, 54). Por lo tanto, el sentido de coherencia no es estático y puede variar según aspectos culturales, las características de las muestras y el contexto en el que se realiza cada estudio específico.

SOC y Edad

Respecto a la relación entre edad y SOC, esta no resultó estadísticamente significativa, sin embargo, se ha informado repetidamente en la literatura que la edad está positivamente asociada con el sentido de coherencia (53, 55, 56). El SOC se moldea por las experiencias de vida que se realizan en gran medida durante la juventud y continúa desarrollándose hasta que se estabiliza alrededor de los 30 años. En investigaciones que han abordado el SOC en poblaciones adultas, se ha forjado una disminución del SOC en personas de unos 20 años, así como un SOC más alto en el grupo de la edad adulta media (53, 56). Sin embargo, hay relativamente poca evidencia sobre cambios en el SOC durante la vejez, y los hallazgos disponibles son inconsistentes, con algunos estudios que indican que el SOC aumenta, algunos que disminuye y otros que generalmente es estable a lo largo de los años de la vejez.

En un estudio poblacional de adultos mayores realizado en cuatro municipios del este de los Países Bajos, se descubrió que el SOC no cambió a lo largo de cinco años de seguimiento a pesar de la experiencia de eventos negativos en la vida (57). Estos resultados están en concordancia con el resultado obtenido en este estudio que indica una tendencia a la estabilización del SOC con la edad avanzada. En contraste, estudios transversales han mostrado que la edad cronológica tiene un efecto positivo en el SOC entre las personas mayores (55, 56). Por otro lado, en un estudio longitudinal realizado en Suecia (58), al controlar las pérdidas relacionadas con la edad, se encontró que a medida que las personas envejecen, el paso de los años tenía un efecto positivo en el SOC. Los

investigadores explican que algunos factores responsables de esto incluyen el entorno social y cultural del país, como la alta red de seguridad social y económica para los adultos mayores, que probablemente protege contra los desafíos de la vida a esta edad.

Estos hallazgos indican la importancia de estudiar los determinantes del mantenimiento o cambio del SOC en la vejez. En este punto, la edad, como concepto en sí mismo, podría no ser tan importante debido a la formación del SOC. Pero la vejez es una etapa contradictoria y tiene crisis normativas, así como no normativas con las que las personas deben lidiar en su vida diaria. Por lo tanto, más allá de la edad cronológica, el estudio de otros factores que determinan el SOC de las personas mayores es crítico, a fin de enfatizar la importancia de llegar a la vejez con un alto SOC, lo que serviría como un factor protector en la vejez.

SOC y Presencia de Enfermedad

Desde la perspectiva del modelo salutogénico, la presencia de enfermedades se vincula con las condiciones de vida y pueden debilitar la capacidad de afrontar situaciones estresantes. Aunque esta relación no fue estadísticamente significativa en esta muestra, los individuos sin enfermedades tenían en promedio 4.4 puntos más de sentido de coherencia que aquellos con enfermedades. Esta tendencia no significativa podría reflejar una tendencia alineada con el modelo salutogénico. La evidencia internacional apoya esta interpretación. En un estudio polaco, se observó una alta correlación entre ambos factores y se observó una relación inversa entre la presencia de enfermedades con el SOC (56).

Además, al analizar la relación entre el SOC y tipos de enfermedades, se observa una asociación estadísticamente significativa con la depresión ($p = 0.001$). Este hallazgo es consistente con una revisión sistemática en pacientes con dolor crónico, en la que el SOC tiende a asociarse con la depresión en la mayoría de los estudios examinados (59). Además, aquellos que sufren de depresión tienden a tener un SOC más bajo que aquellos que no la tienen (60).

Sentido de Coherencia y Características Psicológicas

Los participantes que asociaron la percepción de su propia vejez con emociones positivas obtuvieron en promedio 7.29 puntos más en sentido de coherencia, que aquellos del grupo de emociones negativas. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. La emoción más mencionada por las personas fue la tranquilidad, 62%, seguida por la felicidad, 19.3%, resultado verdaderamente alentador comparado con los proporcionados por los de la Sexta Encuesta Nacional sobre Inclusión y Exclusión Social de los Adultos mayores en Chile (5), donde la percepción de su propia vejez relacionadas con el miedo o la tristeza prevalecen sobre las emociones positivas (47%) o imágenes referentes a la ausencia de emociones (28).

Esta diferencia podría deberse a que en la encuesta nacional participaron personas desde los 18 años en adelante, lo que podría reflejar percepciones anticipadas sobre la vejez. Además, no se especifica qué porcentaje de los participantes correspondía efectivamente a personas mayores, por lo que los resultados podrían no representar con precisión las percepciones de la población de 60 años y más. En contraste, en el presente estudio la participación fue exclusivamente de personas mayores.

Diversos estudios (26,61,62) han reportado que el sentido de coherencia no solo se relaciona con la salud física y mental, sino también con la forma en que las personas mayores perciben y afrontan el envejecimiento. Una investigación en adultos mayores polacos (26) encontró que aquellos con una imagen positiva de la vejez tenían un SOC más alto que los adultos mayores que tenían una visión neutra o negativa de la vejez ($p < 0.001$). Este hecho da evidencia de que un SOC alto está relacionado con una visión más positiva del envejecimiento, ser más resiliente a la pérdida y el cambio que vienen con esta etapa de la vida y presentar mejores indicadores de calidad de vida (61, 62).

De esta manera, los resultados de este trabajo podrían indicar la relevancia de cómo las personas perciben la vida y cómo esta percepción determinaría la forma de enfrentar cada etapa. Aunque la vejez puede tener dificultades y complicaciones, también trae posibilidades y aspectos positivos, tal como lo señalaron varios de los participantes de este estudio, quienes destacaron la tranquilidad y felicidad de disponer de tiempo para disfrutar la vida, pasar tiempo con sus seres queridos, realizar actividades que les motivan y les generan bienestar.

Sentido de coherencia y Características Sociales

SOC y Nivel Educativo

En cuanto al nivel educativo, no hubo relación estadísticamente significativa entre SOC y nivel educativo en este estudio. En contraste la literatura ha mostrado otros resultados. En un estudio realizado en noruega, se observó que un SOC promedio más alto se asoció con un mayor nivel de educación (63).

Aunque no se encontró relación estadísticamente en esta muestra, los sujetos con más educación tendían a tener un promedio de 3 puntos más de SOC.

Esto podría estar asociado con las perspectivas inherentes a una mayor educación: mejor empleo, mejores salarios, mayor nivel de vida y acceso a la información. En conjunto, estos factores podrían favorecer la percepción de control y de sentido de vida, lo que podría contribuir al fortalecimiento del SOC.

SOC y Situación de Pareja / Cohabitación

En cuanto a la situación de pareja, hubo una diferencia significativa en el SOC al estar en pareja. En cuanto a la variable de cohabitación, aunque no fue estadísticamente significativa, se observó que las personas mayores que viven

con alguien más tienen en promedio 3 puntos más en el SOC que las que viven solas.

Estos resultados se alinean con estudios previos que han reportado que la soledad tiende a asociarse con niveles más bajos de SOC, mientras que estar acompañado, especialmente dentro de una relación de pareja, podría actuar como un factor protector (64). Desde el modelo salutogénico, Antonovsky ya había sugerido que las relaciones estables y el apoyo emocional contribuyen al fortalecimiento del SOC. En este sentido, Eriksson y Lindström (2006) encontraron que estar involucrado en relaciones de pareja se asociaba con tener un SOC más alto, lo que, nuevamente, resalta la importancia de los lazos afectivos (15, 65).

SOC y Actividad Laboral

Mientras que los hallazgos del presente estudio no mostraron una relación estadísticamente significativa entre SOC y estado laboral, la literatura ha demostrado tal relación (26) (66). En los estudios donde se ha observado dicha asociación significativa, las muestras incluyeron participantes de distintos grupos etarios, abarcando personas activas laboralmente. Esto contrasta con la muestra de este estudio, compuesta en su mayoría por personas mayores que ya se encuentran jubiladas. El trabajo remunerado se ha descrito como una fuente de estructura cotidiana, propósito y oportunidades de interacción social, lo que en teoría podría contribuir al fortalecimiento del SOC (66). No obstante, en este estudio se observó que los adultos mayores que aún trabajaban obtuvieron, en promedio, 3 puntos menos de SOC que quienes ya no trabajaban. Este hallazgo sugiere que la relación entre actividad laboral y SOC en la vejez podría ser más compleja de lo planteado habitualmente y no necesariamente lineal. Una posible explicación es que en la vejez las personas valoran más su tiempo para realizar actividades significativas no laborales, como compartir con la familia, participar

en actividades recreativas, voluntariado, practicar hobbies o mantenerse activamente involucrados en la comunidad, que aportan bienestar y satisfacción personal y contribuirían al fortalecimiento del SOC (62,67).

SOC e Ingreso Económico

En cuanto a los ingresos económicos, los resultados muestran que no hay una asociación estadísticamente significativa con el sentido de coherencia. Sin embargo, diversos estudios han reportado que las personas con ingresos más elevados tienden a presentar un SOC más fuerte (68). Esto podría explicarse desde el modelo salutogénico, donde los recursos económicos son entendidos como Recursos Generales de Resistencia (RGR), brindando más capacidades para afrontar los estresores de la vida, promoviendo probablemente sentimientos de control y estabilidad.

Según los hallazgos de este estudio, la diferencia en el puntaje promedio de SOC entre el grupo de menores y mayores ingresos fue de 2 puntos. Este resultado implica que, en una población constituida en gran medida por individuos de edad avanzada jubilados, otros factores además del ingreso económico pueden ser más importantes en cuanto a SOC.

Además, es relevante mencionar que en Chile las pensiones tienden a ser bajas, la variable utilizada en este estudio correspondió al ingreso familiar. En este sentido, algunos adultos mayores mencionaron que se sostenían económicamente con la ayuda de los hijos o los nietos que vivían con ellos, y también informaron que, si tuvieran que vivir solo con el dinero de su jubilación, eso no sería suficiente para que se mantengan económicamente.

En este contexto, la red de apoyo familiar puede ayudar a compensar el impacto de las bajas pensiones tras la jubilación, sirviendo como un recurso amortiguador que puede ayudar a prevenir la pérdida de SOC en el contexto de la inseguridad financiera.

Sentido de coherencia y características espirituales

Los resultados de este estudio sugieren que podría existir una asociación entre el SOC y la autotrascendencia. Los adultos mayores que poseían un SOC más fuerte también tenían puntuaciones más altas de autotrascendencia, lo que podría deberse al hecho de que poder trascender el yo individual para conectarse con un significado trascendente de la vida podría facilitar el desarrollo de SOC.

Este resultado es consistente con lo planteado en ambas teorías, ya que ambos constructos se relacionan de manera significativa con el bienestar en esta etapa de la vida. Un metaanálisis reciente (69) en adultos mayores de 65 años encontró que la autotrascendencia se asocia positivamente con el sentido de coherencia ($r = 0.28$). Este hallazgo aporta evidencia actualizada que sugiere que la autotrascendencia actúa fortaleciendo el SOC en las personas mayores.

Respecto a la fiabilidad de la escala utilizada, se analizaron las posibles razones que podrían explicar el resultado. Una de ellas podría ser el bajo nivel de escolaridad presente en gran porcentaje de las personas mayores que participaron en el estudio, lo que probablemente dificultó la comprensión de aquellos ítems con mayor nivel de abstracción, a pesar de que en la prueba piloto las personas no refirieron dificultad para comprender los ítems.

Cabe destacar que las dos validaciones disponibles de la STS en idioma español se realizaron en poblaciones con un nivel educativo alto, predominantemente universitario (37,46).

Peña et al. en la adaptación y validación de la STS al contexto español, identificaron dificultades relacionadas con la redacción de ciertos ítems, especialmente aquellos en forma de gerundio, los cuales podrían afectar la claridad y consistencia de las respuestas (37). Además, el ítem referido a las “creencias espirituales” destacó como un punto de confusión frecuente, ya que, en algunas culturas, la distinción entre espiritualidad y religiosidad no es siempre clara, lo que puede comprometer la interpretación del ítem (37). Al analizar los ítems de la escala de autotrascendencia se observa que los ítems 10 y 15

presentan las medias más bajas. Esta diferencia puede atribuirse a la formulación de estas preguntas, cuya redacción puede generar interpretaciones distintas a la intención original de la autora. Cabe destacar que, en la versión coreana de la escala, se indicó expresamente que el ítem 15 debía invertirse para el cálculo del puntaje total, con el fin de mejorar la consistencia interna del instrumento (44). Este hallazgo refuerza la idea de que la interpretación de ciertos ítems podría variar según el contexto cultural.

Por lo expuesto, se procedió a recalcular la fiabilidad interna eliminando dichos ítems, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.692, un valor cercano al umbral, lo que indica una mejora sustancial en la consistencia interna del instrumento (Tabla 9).

En términos de religión, el estudio no encontró ninguna relación estadísticamente significativa con el SOC. Al observar la comparación de puntajes, aquellos que se identificaban con alguna religión obtuvieron 3 puntos SOC en promedio más. La evidencia sugiere que la religión y la espiritualidad se relacionan de manera positiva y significativa con el SOC en diversas poblaciones y contextos culturales. Una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 89 estudios con más de 67 000 participantes reportó una correlación positiva global entre religión/espiritualidad y SOC (70). Aunque en este estudio no se halló una asociación significativa, la evidencia acompaña lo planteado en el modelo salutogénico, considerando la religión y la espiritualidad como Recursos Generales de Resistencia (RGR), que podrían fortalecer el SOC al aportar sentido a la vida y estrategias de afrontamiento.

Características que influyen en el SOC de las personas mayores

De acuerdo con el modelo de regresión lineal múltiple, la autotrascendencia y una imagen positiva de la vejez, presentaron asociación significativa con un mayor SOC, sugiriendo su rol como factores protectores en esta etapa de la vida. En contraste, la depresión influyó de forma negativa, evidenciando puntajes de SOC más bajos en quienes presentaban este diagnóstico. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Zielinska y Sas (2020), quienes encontraron que una percepción positiva del envejecimiento se asocia con un mejor SOC (26). Del mismo modo, en la revisión sistemática realizada por Lv et al. se señala que el SOC se relaciona con mejores resultados en salud física y mental (61), lo que refuerza la relevancia del SOC en el contexto de la promoción en salud.

10. CONCLUSIÓN

Tras el análisis de los resultados y en concordancia con los objetivos planteados, es posible señalar que:

Las personas mayores que participan en el programa *Más Adultos Mayores Autovalentes* en Talcahuano presentan un perfil que presenta similitudes con los datos nacionales reportados en el último Censo de Chile.

Respecto a las variables analizadas, los factores que influyeron positivamente en el SOC fueron la autotrascendencia, la percepción favorable de la vejez y la presencia de pareja, mientras que el diagnóstico de depresión se asoció de manera negativa. No se identificaron asociaciones significativas con variables biológicas como edad, género o presencia de enfermedad, ni con aspectos sociales como nivel educativo, situación laboral, ingresos, convivencia o religión. Estos hallazgos, interpretados desde el modelo salutogénico de Antonovsky, permiten plantear que lo decisivo no son las condiciones sociodemográficas o clínicas, sino la manera en que las personas mayores interpretan su mundo como comprensible, manejable y con significado. En este marco, el SOC aparece como un posible factor protector que facilita el uso eficaz de los recursos internos y externos disponibles, contribuyendo a enfrentar con mayor resiliencia los desafíos del envejecimiento.

Se observa, por tanto, que los recursos internos como la autotrascendencia, la salud mental, la percepción positiva de la propia vejez y las relaciones interpersonales juegan un rol central en la mantención de un SOC alto. En contraste, variables externas como nivel educativo, ingresos o convivencia no mostraron relación. Esto sugiere que el SOC no depende exclusivamente del contexto social o económico, sino de la capacidad de la persona para movilizar sus recursos de resistencia. Un SOC fortalecido permite resignificar el proceso de envejecer, transformándolo en una etapa con posibilidades de adaptación y crecimiento más que en un declive inevitable.

Aunque no fue un objetivo central de esta investigación, los relatos de los participantes revelan que la participación en espacios comunitarios, como el programa *Más Adultos Mayores Autovalentes*, constituye una vía propicia para fortalecer el SOC, al promover motivación, sentido de pertenencia y bienestar, favoreciendo así un envejecimiento positivo.

En síntesis, este estudio aporta evidencia sobre la relevancia del SOC en la vejez, mostrando que su mantención depende más de factores internos que de condiciones sociodemográficas o económicas. Reconocer este constructo abre la posibilidad de incorporarlo como indicador en políticas y programas de salud, favoreciendo intervenciones que contribuyan al envejecimiento saludable. Bajo esta perspectiva, iniciativas comunitarias como el programa *Más Adultos Mayores Autovalentes* adquieren gran importancia: aunque no buscan modificar directamente el SOC, sus efectos parecen potenciarlo de manera indirecta al fortalecer dimensiones psicológicas, sociales y emocionales. Por ello, resulta esencial garantizar su continuidad en el tiempo, evitando que se limiten a ciclos breves, para así consolidar un impacto real y sostenido en la salud y el bienestar de las personas mayores.

11. LIMITACIONES

La investigación cumplió con los objetivos propuestos; sin embargo, se reconocen algunas limitaciones:

Restricción de rango del SOC: El 97% de los puntajes se concentró en niveles medio y alto, lo que redujo la variabilidad y limitó la posibilidad de detectar asociaciones significativas. Por ello, la falta de significancia en algunos contrastes debe interpretarse como ausencia de evidencia en esta muestra y no como ausencia real de efecto.

Diseño muestral: Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con participación desigual entre los CESFAM. Esta condición limita la generalización de los resultados.

Marco muestral y participación: No se contó con un marco muestral cerrado ni con un registro formal de invitaciones y rechazos, lo cual también restringe el alcance de los hallazgos. De manera exploratoria, se percibió una baja tasa de rechazo, sin embargo, la ausencia de estos datos impide estimar con precisión la tasa de participación y podría introducir sesgo de selección.

Tamaño muestral: La muestra final fue de 166 participantes (93% del tamaño planificado de 178). Si bien este número fue metodológicamente suficiente para los análisis previstos, la diferencia podría haber reducido la potencia estadística.

12. APORTE A LA DISCIPLINA

El presente estudio aporta a la disciplina con evidencia sobre los factores que influyen en el sentido de coherencia en las personas mayores en el contexto del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, tema escasamente explorado en Chile y de forma limitada en América Latina.

La identificación de la autotrascendencia y la percepción positiva de la vejez como posibles factores potenciadores de un mejor SOC y la depresión como posible factor negativo, permite ampliar la comprensión e importancia de los determinantes psicosociales que inciden en el bienestar de las personas mayores.

Estos resultados constituyen un aporte para la disciplina al contribuir con evidencia que puede servir de base para el diseño de futuras estrategias de promoción de la salud y cuidado integral de las personas mayores. Desde la enfermería estos resultados permiten pensar en intervenciones que refuercen el sentido de coherencia a través de acciones educativas, de apoyo psicosocial y de acompañamiento cercano a las personas mayores. Considerando los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional, este estudio aporta al fortalecimiento del conocimiento disciplinar.

13. ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Sentido de Coherencia.

DEFINICIÓN NOMINAL (DN): Sensación de seguridad dominante, duradera y dinámica, de la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; mostrarse capaz de manejarla y sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar (20).

DEFINICIÓN OPERACIONAL (DO): La variable cuantitativa discreta, fue medida a través del puntaje global obtenido en de la escala SOC-13 (Anexo 3), compuesta por 13 ítems, con puntuación escala tipo Likert de 1 a 7. Esta escala posee 3 dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significancia. El rango de puntuación de la escala va entre un mínimo de 13 y un máximo de 91. La suma total de los ítems que conforman la escala permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del SOC.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Factores personales

Biológicos:

Edad.

DN: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento de la aplicación del instrumento, medido en años cumplidos.

DO: Se consideró la edad declarada por el/la entrevistado/a en el cuestionario semiestructurado.

Sexo.

DN: Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.

DO: La variable cualitativa nominal, se categorizó en;

- Hombre
- Mujer

Diagnóstico de patologías.

DN: Presencia de diagnóstico médico de alguna patología física o mental al momento de la aplicación del instrumento.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurada categorizada en:

- SI
- NO

En caso de respuesta afirmativa, debe especificar cuál es la enfermedad diagnosticada.

Psicológico:

Percepción de la propia vejez

DN: Interpretación consciente y subjetiva de las emociones que suelen surgir en la etapa de la vejez (71).

DO: Se midió a través de la siguiente pregunta en el cuestionario semiestructurado ¿Con qué sentimientos asocia la imagen de la propia vejez? categorizada en:

- Felicidad
- Tranquilidad
- Tristeza

- Miedo
- Nada
- Otros

Para el análisis estadístico, se agruparon estas emociones en las siguientes categorías:

Positivo: Al menos una emoción positiva y ninguna negativa.

Negativo: Al menos una emoción negativa y ninguna positiva.

Neutro: Cuando hubo combinación de emociones positivas y negativas.

Sociales:

Nivel educacional.

DN: Número de años de educación formal cursados y aprobados por la persona, medidos en los niveles determinados por el Ministerio de Educación.

DO: Se midió a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado.

Situación de pareja.

DN: Es la condición de convivencia estable de pareja, determinada ya sea por el vínculo matrimonial o lazo afectivo declarado por la persona encuestada.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado.

Situación laboral.

DN: Estado o condición en la que se encuentra la persona en relación con su empleo o trabajo.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado.

Ingreso económico familiar.

DN: Cantidad de dinero con el que cuenta la familia en forma regular para su manutención, producto de la suma del ingreso personal de cada uno de los miembros de la familia.

DO: Se midió a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado.

Personas con quien vive.

DN: Número de personas que comen y duermen regularmente en la misma unidad de vivienda.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado.

Espirituales:

Religión.

DN: Sistema de creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.

DO: Se midió a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado.

Autotrascendencia

DN: Capacidad del individuo para crear una expansión de los límites propios en relación con los demás, consigo mismo y de forma temporal, integrando el pasado y el futuro para darle un sentido al presente. Este fenómeno se forma como un talento de desarrollo o como un mecanismo de supervivencia a partir de las experiencias de vida, salud y enfermedad de una persona (22).

DO: La variable cuantitativa discreta se midió con la escala de autotrascendencia (STS

por sus siglas en inglés Self-Transcendence Scale) de Pamela Reed (1986)

(Anexo 3). La escala STS consiste en 15 ítems relacionados con comportamientos específicos o con perspectivas que forman parte de la

expansión de límites propios de tres modos: Interiormente a través de actividades introspectivas, exteriormente a través de la relación con otros y temporalmente al vivir en el presente o manteniendo perspectivas del pasado y futuro y potenciando el presente. Los puntajes posibles consideran los parámetros de 15 a 60.

ANEXO 2: CARTAS DE APOYO



Talcahuano, junio 2024

**DE: JEFA DAS TALCAHUANO
LORETO CERDA SAN MARTÍN**

**A: VICTORIA ALISTER FLORES
TESISTA**

REF: Carta Apoyo Proyecto de Investigación

La saludamos y agradecemos a nombre del Departamento de administración de Salud Municipal Talcahuano. Le informamos que su proyecto de investigación ha sido aprobado y se autoriza a continuar con el proceso, el cual finaliza con la presentación del proyecto de investigación al comité ético científico del Servicio de Salud Talcahuano, quien procederá a evaluación final.

Saludos cordiales.


FIRMA JEFE DAS


MUNICIPALIDAD
JEFE DEPARTAMENTO
DE SALUD
D.A.S.
TALCAHUANO



Talcahuano, junio 2024

Sr/a
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Talcahuano

PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Proyecto de Investigación

Estimado Sr/a:

En mi calidad de Jefa de DAS Talcahuano, declaro conocer el proyecto de investigación titulado: **"Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores"** presentado por la investigadora Victoria Alister Flores.

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Ético Científico para su revisión/aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,




NOMBRE Y FIRMA JEFE DAS



Talcahuano, Septiembre 2024

Carta de aceptación

En mi calidad de Director del Centro de Salud Familiar San Vicente, declaro conocer el proyecto de investigación titulado **“Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores”** presentado por la investigadora Victoria Alister Flores, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted.

Director Centro de Salud Familiar San Vicente



Talcahuano, Octubre 2024

Carta de aceptación

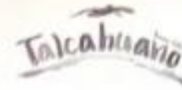
En mi calidad de Directora del Centro de Salud Familiar Paulina Avendaño, declaro conocer el proyecto de investigación titulado **“Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores”** presentado por la investigadora Victoria Alister Flores, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted.

MUNICIPALIDAD DE TALCAHUANO
CESFAM PAULINA AVENDAÑO P
DIRECCIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD

Directora Centro de Salud Familiar Paulina Avendaño.



Talcahuano, Octubre 2024

Carta de aceptación

En mi calidad de Subrogante de la Dirección del Centro de Salud Familiar Los Cerros, declaro conocer el proyecto de investigación titulado **"Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores"** presentado por la investigadora Victoria Alister Flores, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted.


Subrogante Dirección Centro de Salud Familiar Los Cerros



Talcahuano, Octubre 2024

Carta de aceptación

En mi calidad de Director del Centro de Salud Familiar Alcalde Leocán Portus, declaro conocer el proyecto de investigación titulado “**Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores**” presentado por la investigadora Victoria Alistar Flores, desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestro CESFAM.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted.

Director Centro de Salud Familiar Alcalde Leocán Portus



ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario semiestructurado de datos biopsicosociales.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y responda de la forma más veraz posible Sus respuestas son confidenciales. Se agradece su sincera participación

1. Edad: Años cumplidos: _____
2. Sexo: 1. Hombre ____ 2. Mujer ____
3. ¿Ha sido diagnosticada con alguna enfermedad física o mental? 1. Si ____ Si respondió si: ¿Cuál? _____
2. No ____
4. ¿Con qué sentimientos asocia la imagen de la propia vejez? 1. Felicidad _____
2. Tranquilidad _____
3. Tristeza _____
4. Miedo _____
5. Nada _____
6. Otro _____
¿Cual? _____
4. Último año de estudio aprobado: _____
5. Situación de pareja 1. Con pareja ____ 2. Sin pareja ____

6. Situación laboral

1. Con trabajo

2. Sin Trabajo _____

7. ¿Se siente identificado con alguna religión?

1. Si _____
¿Cuál?

Si respondió si,

2. No _____

8. ¿Cuál es el ingreso económico familiar?

_____ pesos chilenos.

9. ¿Quiénes más viven en su casa?

Parentesco con la persona encuestada	N°
Pareja	
Hijos	
Hermanos	
Otros familiares	
Otros no familiares	
Total de miembros de la familia incluyendo a la persona encuestada	

ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA-13

A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas a varios aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene siete respuestas posibles. Por favor, marque la casilla correspondiente entre 1 y 7 que mejor identifique su respuesta. Si su respuesta se identifica más con el texto señalado para 1 marca 1. Si su respuesta se identifica más con el texto señalado para 7 marca 7. Si tu respuesta es en algo diferente marque el número que mejor exprese lo que siente. Por favor, de una sola respuesta.

Es importante que lea tanto el enunciado de la pregunta como los dos extremos de cada respuesta. Recuerde que el cuestionario es anónimo, por favor responda con total sinceridad.

1. ¿Tiene la sensación de que no le importa lo que sucede a su alrededor?

Casi nunca o nunca	1	2	3	4	5	6	7	Muy a menudo
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------

2. En el pasado ¿se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?

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

3. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado?

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

4. Hasta ahora su vida

No ha tenido metas o propósitos claros	1	2	3	4	5	6	7	Ha tenido metas y propósitos muy claros
--	---	---	---	---	---	---	---	--

5. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?

Muy a menudo	1	2	3	4	5	6	7	Casi nunca o nunca
--------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6. ¿Tiene la sensación de no saber que hacer en una situación poco habitual?

Muy a menudo	1	2	3	4	5	6	7	Casi nunca o nunca
--------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:

Una fuente de gran placer y satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Una fuente de aburrimiento y sufrimiento
--	---	---	---	---	---	---	---	--

8. ¿Tiene sentimientos o ideas muy confusas?

Muy a menudo	1	2	3	4	5	6	7	Casi nunca o nunca
--------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

9. ¿Le sucede que tiene sentimientos que no quiere tener?

Muy a menudo	1	2	3	4	5	6	7	Casi nunca o nunca
--------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

10. Muchas personas, incluso las que tienen un carácter fuerte, a veces se han sentido perdedoras en algunas situaciones. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Muy a menudo
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------------

11. Cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:

Sobrevaloro o minimizo su importancia	1	2	3	4	5	6	7	Valoro las cosas en justa dimensión
---	---	---	---	---	---	---	---	---

12. Con que frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia

Muy a menudo	1	2	3	4	5	6	7	Casi nunca o nunca
--------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

13. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos que no está seguro de poder controlar?

Muy a menudo	1	2	3	4	5	6	7	Casi nunca o nunca
--------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

ESCALA DE AUTOTRASCENDENCIA (STS)

Indicaciones: Por favor indique hasta qué extremo los artículos escritos abajo lo describen a usted. No hay respuesta correcta o incorrecta. Estamos interesados en su opinión honesta. En cada respuesta piense en usted en este momento en su vida. Haga un círculo en el número que usted piensa que es la mejor respuesta para usted.

En este momento de mi vida me veo a mi como:	Para Nad a	Muy Poco	Algo	Much o
1. Con pasatiempos e intereses que puedo disfrutar.	1	2	3	4
2. Aceptándome a mi mismo a medida que envejezco.	1	2	3	4
3. Involucrado con otras personas o con mi comunidad, cuando es posible.	1	2	3	4
4. Ajustándome bien a mi actual situación de vida.	1	2	3	4
5. Ajustándome a los cambios de mis capacidades físicas.	1	2	3	4
6. Compartiendo mi sabiduría o experiencia con otros.	1	2	3	4
7. Encontrándole significado a mis experiencias pasadas.	1	2	3	4
8. Ayudando de alguna manera a las personas jóvenes o a otros.	1	2	3	4
9. Interesado en seguir aprendiendo acerca de otros.	1	2	3	4

10. Dejando de lado algunas cosas que alguna vez pensé eran muy importantes.	1	2	3	4
11. Aceptando la muerte como parte de la vida.	1	2	3	4
12. Encontrando significado en mis creencias espirituales.	1	2	3	4
13. Permitiendo que otros me ayuden cuando puedo necesitarlo.	1	2	3	4
14. Disfrutando mi ritmo de vida.	1	2	3	4
15. Dándole vuelta a mis sueños o metas que no alcance en el pasado.	1	2	3	4

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO FORMATO SST

Folio de N°:

Nombre del estudio	Factores Personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores
Versión	1.0
Nombre de la investigadora responsable	Victoria Alister Flores
Correo electrónico	valister@udec.cl
Teléfono de contacto	+56967869582
Nombre del patrocinador	Universidad de Concepción

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: Información

1. Introducción

A través del presente documento usted está siendo invitado/a a participar del estudio "Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores", en calidad de persona partícipe del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes del Centro de Salud Familiar en que usted se encuentra inscrito/a.

2. Propósito u objetivo del estudio

La presente investigación tiene como objetivo conocer los factores personales que se asocian con el sentido de coherencia en las personas mayores pertenecientes al programa Más Adultos Mayores autovalentes adscritos a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Talcahuano, en el año 2024.

Este estudio se realizará en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Talcahuano y cuenta con el apoyo del director o directora del establecimiento de salud.

3. Selección de los participantes

La selección de participantes para el estudio se basó en los objetivos planteados, utilizando los criterios de inclusión y exclusión que respetan la individualidad de cada persona, otorgando así igualdad y voluntariedad de oportunidad de participar de la investigación.

Los/Las participantes de este estudio son personas mayores inscritas en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, que hayan participado en al menos 18 sesiones del programa. Las personas con dependencia severa o total no podrán participar de la investigación, ya que pueden presentar dificultad para recordar y comunicar la información solicitada en los cuestionarios y/o escalas, lo que podría afectar la fiabilidad de los datos recopilados.

4. En qué consistirá su participación

Su participación consistirá en responder en un solo momento, después de uno de los talleres del programa Más Adultos Mayores Autovalentes un cuestionario que usted mismo podrá leer y responder, con ayuda de la investigadora. Este cuestionario está conformado por preguntas que recaban datos personales y dos escalas que evaluarán su sentido de coherencia y autotrascendencia, el tiempo aproximado que le tomará para responder será de 20 a 30 minutos aproximadamente. Es importante que usted sepa que los datos

solo serán revisados por la investigadora responsable y la información obtenida será de uso exclusivo para la investigación.

5. Duración

Su participación será requerida por una única vez, con una duración de 20 a 30 minutos aproximadamente, incluido el proceso del consentimiento informado.

6. Participación libre y voluntaria

Su participación es libre y voluntaria, no debe sentirse forzado/a de participar de ninguna forma, por lo que usted tiene el derecho a aceptar o no aceptar participar de la investigación. Por otra parte, si usted lo estima conveniente, puede cambiar de opinión o retirarse durante cualquier momento del transcurso del estudio sin necesidad de entregar explicaciones, donde aquella decisión no tendrá ningún perjuicio a su persona y no traerá consecuencias en el momento que lo decida, ni repercusiones en su atención habitual en Centros de Salud Familiar de la comuna de Talcahuano. Si usted decide retirarse del estudio, los datos recolectados que fueron entregados durante la entrevista no serán utilizados.

7. Riesgos

Se estima que los riesgos asociados a su participación en el estudio serán mínimos, aunque pueden existir, estos pueden surgir a base de situaciones relacionadas con la evocación de la vida personas y/o familiar durante la aplicación de los cuestionarios. Si lo anterior sucediera, se le otorgará una primera contención por la investigadora responsable y si es necesario se le derivara a un profesional de la salud de su CESFAM.

8. Beneficios

Los resultados del estudio podrían generar beneficios indirectos para usted, ya que aportarán luces sobre el tema de estudio, enriqueciendo la literatura académica y científica, además de contribuir en la implementación de intervenciones y acciones de promoción de salud orientadas a las personas mayores por parte de los equipos de salud.

9. Costos o Incentivos relacionados a su participación

Esta investigación no contempla ningún tipo de retribución económica. El único costo asociado incluye el transporte para asistir al taller del programa.

10. Confidencialidad

Los datos obtenidos en este estudio serán custodiados por la investigadora responsable y guardados por 15 años, tanto en papel como en el sistema de registro computacional, los cuales serán eliminados transcurrido este período. En cuanto al almacenamiento digital de datos esto se realizará en computador personal de la investigadora responsable, de uso exclusivo para actividades académicas y/o investigativas.

11. Utilización y Publicación de los hallazgos

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, siendo toda información codificada con un número de folio y anonimizada. Dado el carácter científico del estudio, es posible que los resultados obtenidos del análisis de los datos obtenidos, sean presentados en revistas, conferencias de salud y congresos, sin embargo, su nombre no será revelado. Los hallazgos compartidos con la dirección del CESFAM y con el o la participante que desee conocerlos.

12. Derechos del participante

Usted es libre de aceptar participar, y puede retirarse del estudio cuando usted

lo desee, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. Las preguntas o dudas surgidas como participante en este estudio pueden ser dirigidas a la investigadora responsable: EU. Victoria Alister Flores con correo valister@udec.cl y/o teléfono +56967869582. A su vez si desea conocer los resultados, una vez terminada la investigación puede solicitarlos enviando correo electrónico a la dirección antes mencionada.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con certificado del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud

Talcahuano. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, puede contactarse con la presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Sra. Patricia Marcela Cortés Jofré, al teléfono 41-2722254 o enviando un correo electrónico a olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl

PARTE II:

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado/a a participar en el estudio "Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores". Entiendo que mi participación consistirá en responder un cuestionario conformado por tres partes con la finalidad de conocer sus características biopsicosociales, sentido de coherencia y nivel de autotrascendencia.

He leído y/o se me ha leído la información del documento de consentimiento.

He tenido tiempo para hacer preguntas y se me han contestado claramente.

No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto libre y voluntariamente participar de este estudio y se que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento, sin que ello implique responsabilidad, sanción o perdida de beneficio alguno.

_____ Nombre participante	_____ Firma participante	_____ Fecha
------------------------------	-----------------------------	----------------

_____ Nombre Investigadora Responsable	_____ Firma Investigadora Responsable	_____ Fecha
--	---	----------------

_____ Nombre Director (a) o Delegado (a) Ministro de Fe	_____ Firma Director (a) o Delegado (a) Ministro de Fe	_____ Fecha
---	--	----------------

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO PRUEBA PILOTO

Folio de N°:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio	Factores Personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores
Versión	1.0
Nombre de la investigadora responsable	Victoria Alister Flores
Correo electrónico	valister@udec.cl
Teléfono de contacto	+56967869582
Nombre del patrocinador	Universidad de Concepción

PARTE I: Información

1. Introducción

A través del presente documento usted está siendo invitado/a a participar de la prueba piloto del estudio "Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores", en calidad de persona partícipe del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes del Centro de Salud Familiar en que usted se encuentra inscrito/a.

2. Propósito u objetivo del estudio

La finalidad de esta prueba piloto será evaluar el tiempo de respuesta, la comprensión del instrumento recolector de datos en términos de claridad de lenguaje y redacción, u otra observación que puedan emitir los participantes. Se pretende que los datos obtenidos de esta etapa sean incluidos en el resultado final del estudio si no se presentan complicaciones.

3. Selección de los participantes

La selección de participantes para el estudio se basó en los objetivos planteados, utilizando los criterios de inclusión y exclusión que respetan la individualidad de cada persona, otorgando así igualdad y voluntariedad de oportunidad de participar de la investigación.

Los/Las participantes de este estudio son personas mayores inscritas en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, que hayan participado en al menos 18 sesiones del programa. Las personas con dependencia severa o total no podrán participar de la investigación, ya que pueden presentar dificultad para recordar y comunicar la información solicitada en los cuestionarios y/o escalas, lo que podría afectar la fiabilidad de los datos recopilados.

4. En qué consistirá su participación

Su participación consistirá en responder en un solo momento, después de uno de los talleres del programa Más Adultos Mayores Autovalentes un cuestionario que usted mismo podrá leer y responder, con ayuda de la investigadora. Este cuestionario está conformado por preguntas que recaban datos personales y dos escalas que evaluarán su sentido de coherencia y autotrascendencia, el tiempo aproximado que le tomará para responder será de 20 a 30 minutos aproximadamente. Es importante que usted sepa que los datos solo serán revisados por la investigadora responsable y la información obtenida será de uso exclusivo para la investigación.

5. Duración

Su participación será requerida por una única vez, con una duración de 20 a 30 minutos aproximadamente, incluido el proceso del consentimiento informado.

6. Participación libre y voluntaria

Su participación es libre y voluntaria, no debe sentirse forzado/a de participar de ninguna forma, por lo que usted tiene el derecho a aceptar o no aceptar participar de la investigación. Por otra parte, si usted lo estima conveniente, puede cambiar de opinión o retirarse durante cualquier momento del transcurso del estudio sin necesidad de entregar explicaciones, donde aquella decisión no tendrá ningún perjuicio a su persona y no traerá consecuencias en el momento que lo decida, ni repercusiones en su atención habitual en Centros de Salud Familiar de la comuna de Talcahuano. Si usted decide retirarse del estudio, los datos recolectados que fueron entregados durante la entrevista no serán utilizados.

7. Riesgos

Se estima que los riesgos asociados a su participación en el estudio serán mínimos, aunque pueden existir, estos pueden surgir a base de situaciones relacionadas con la evocación de la vida personas y/o familiar durante la aplicación de los cuestionarios. Si lo anterior sucediera, se le otorgará una primera contención por la investigadora responsable y si es necesario se le derivara a un profesional de la salud de su CESFAM.

8. Beneficios

Los resultados del estudio podrían generar beneficios indirectos para usted, ya que aportarán luces sobre el tema de estudio, enriqueciendo la literatura académica y científica, además de contribuir en la implementación de

intervenciones y acciones de promoción de salud orientadas a las personas mayores por parte de los equipos de salud.

9. Costos o Incentivos relacionados a su participación

Esta investigación no contempla ningún tipo de retribución económica. El único costo asociado incluye el transporte para asistir al taller del programa.

10. Confidencialidad

Los datos obtenidos en este estudio serán custodiados por la investigadora responsable y guardados por 15 años, tanto en papel como en el sistema de registro computacional, los cuales serán eliminados transcurrido este período. En cuanto al almacenamiento digital de datos esto se realizará en computador personal de la investigadora responsable, de uso exclusivo para actividades académicas y/o investigativas.

11. Utilización y Publicación de los hallazgos

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, siendo toda información codificada con un número de folio y anonimizada. Dado el carácter científico del estudio, es posible que los resultados obtenidos del análisis de los datos obtenidos, sean presentados en revistas, conferencias de salud y congresos, sin embargo, su nombre no será revelado. Los hallazgos compartidos con la dirección del CESFAM y con el o la participante que desee conocerlos.

12. Derechos del participante

Usted es libre de aceptar participar, y puede retirarse del estudio cuando usted lo desee, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. Las preguntas o dudas surgidas como participante en este estudio

pueden ser dirigidas a la investigadora responsable: EU. Victoria Alister Flores con correo valister@udec.cl y/o teléfono +56967869582. A su vez si desea conocer los resultados, una vez terminada la investigación puede solicitarlos enviando correo electrónico a la dirección antes mencionada.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con certificado del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud

Talcahuano. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, puede contactarse con la presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Sra. Patricia Marcela Cortés Jofré, al teléfono 41-2722254 o enviando un correo electrónico a olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl

PARTE II:

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado/a a participar en el estudio "Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores". Entiendo que mi participación consistirá en responder un cuestionario conformado por tres partes con la finalidad de conocer sus características biopsicosociales, sentido de coherencia y nivel de autotrascendencia.

He leído y/o se me ha leído la información del documento de consentimiento.

He tenido tiempo para hacer preguntas y se me han contestado claramente.

No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto libre y voluntariamente participar de este estudio y se que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento, sin que ello implique responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

Nombre participante	Firma participante	Fecha
---------------------	--------------------	-------

Nombre Investigadora Responsable	Firma Investigadora Responsable	Fecha
-------------------------------------	------------------------------------	-------

Nombre Director (a) o Delegado (a) Ministro de Fe	Firma Director (a) o Delegado (a) Ministro de Fe	Fecha
--	---	-------

ANEXO 6: CARTA APROBACION CEC FACULTAD DE ENFERMERIA UDEC



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción, 10 julio 2024

Ref: Resolución N°13-24

Victoria Alister Flores
Investigadora Responsable
Presente.

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por las académicas Mónica Burgos M., y Maritza Espinoza V., ha revisado la segunda versión del proyecto de investigación titulado "FACTORES PERSONALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL SENTIDO DE COHERENCIA EN PERSONAS MAYORES".

El proyecto es **Aprobado**, sin embargo, es recomendable que incorpore las siguientes observaciones antes del envío a las otras instancias de revisión ética científica:

- a) En Prueba Piloto, página 26, revisar la concordancia sobre la descripción que realiza sobre este mismo punto en página 29. Debe anexar la pauta breve que utilizará donde se "*comentarán sobre posibles dificultades en la comprensión de los ítems*"
- b) El Consentimiento Informado de la prueba piloto, debe revisar el "*Propósito u objetivos del estudio*" de acuerdo con lo que se espera de los participantes con su realización.

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,


Mónica Burgos M.
Secretaria CEC
Facultad Enfermería


Maritza Espinoza V.
Presidenta CEC
Facultad Enfermería



ANEXO 7: CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1766-2024

Concepción, agosto de 2024.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado y evaluado el PROYECTO DE TESIS titulado "FACTORES PERSONALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL SENTIDO DE COHERENCIA EN PERSONAS MAYORES" presentado por la Enfermera candidata al grado de Magíster en Enfermería SRta. VICTORIA ALISTER FLORES, en calidad de Investigadora Responsable, junto a su Profesora Guía DRa. PATRICIA CID HENRÍQUEZ, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para los estudios que involucran personas.

Bajo la hipótesis de que existe una relación significativa entre los factores personales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) y el sentido de coherencia en las personas mayores, el objetivo general propuesto en este Proyecto de Tesis plantea determinar la asociación entre estas variables en las personas mayores pertenecientes al Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" adscritas a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Talcahuano, durante el año 2024.

Para lo anterior, propone desarrollar las actividades descritas en 03 (tres) objetivos específicos, a saber: inicialmente pretende caracterizar el perfil biopsicosocial y espiritual de las personas mayores pertenecientes al Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" de 04 (cuatro) CESFAM de la comuna de Talcahuano (San Vicente, Los Cerros, Paulina Avendaño, A. Leocan Portus), durante el presente año; después, prevé describir el sentido de coherencia en la población de interés para, al final, determinar asociación entre los factores personales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) y el sentido de coherencia en la muestra de personas de sesenta años o más, pertenecientes al Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", adscritas a los 04 (cuatro) Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Talcahuano, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2024.

Todo lo anterior está rigurosa y detalladamente descrito en la sección "3. SUJETO Y MÉTODO" del Proyecto de Tesis.

Esta investigación corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, y el instrumento de recolección de datos estará conformado por un cuestionario semiestructurado de datos biopsicosociales, la Escala Sentido de Coherencia (SOC 13) y la escala de autotrascendencia (STS, por sus siglas en inglés de *Self-Transcendence Scale*) de Pamela Reed (1986). Estos dos últimos presentan respectivas autorizaciones.

La participación de cada sujeto estará condicionada al proceso de Consentimiento Informado, que será documentado conforme modelo presentado a este Comité institucional y regularmente aplicado y firmado.

La custodia de la información recolectada será de responsabilidad de la candidata al grado de Magíster en Enfermería, Srta. Victoria Alister Flores.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrld@udec.cl
Concepción, Chile






Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

Cabe destacar el estudio está autorizado por el Departamento de Administración de Salud de la Municipalidad de Talcahuano, conforme documentos firmados por la Sra. Loreto Cerda San Martín, y su ejecución dependerá de la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis, que cuenta con la Resolución aprobatoria del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de nuestra Universidad, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los participantes cuyos datos secundarios serán considerados como base para el presente estudio, que serán tratados con métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución Política de la República de Chile, la Ley Nº 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana, la Ley Nº 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada", la Ley Nº 20.584, que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud". Además, observa la disposición de la Ley Nº 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica, y la Ley Nº 21.369 que Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT, adoptadas por la ANID.

En atención a todo lo anterior y dado que el PROYECTO DE TESIS titulado "FACTORES PERSONALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL SENTIDO DE COHERENCIA EN PERSONAS MAYORES" presentado por la Enfermera candidata al grado de Magíster en Enfermería SRTA. VICTORIA ALISTER FLORES, en calidad de Investigadora Responsable, junto a su Profesora Guía DRA. PATRICIA CID HENRÍQUEZ, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, observa el Reglamento aprobado a través del Decreto U. DE C. Nº 2017-083, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confirmando el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por
María Andrea Rodríguez Tastets, en conformidad a la Ley 18.700
certificado por el Sigo S.A. en conformidad a la Ley 18.700

ANEXO 9: CARTA DE APROBACIÓN CEC SERVICIO DE SALUD
TALCAHUANO.



ACTA N° 96 /

21 NOV 2024

ACTA DE EVALUACION PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, conformado por:

- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- **D. Luis Mauricio Bravo Espinoza**, Abogado, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidente Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dr. Reinaldo Neira Charlin**, Médico Psiquiatra, Hospital Penco-Lirquén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Liliana Lamperti Fernández**, Bioquímico, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **D. Adriana Ribeiro Alves**, Abogada, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- **Dra. María Belén Ortega Senet**, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- **D. Mariana Flores Mora**, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- **D. Olivia Bahamondes Pedreros**, Trabajadora Social, secretaria ejecutiva Comité Ético Científico SST.

En sesión ordinaria de fecha 21 de noviembre del 2024, el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Rex N° 1148 y Posterior Modificación Rex N°1802 ha analizado su carta recepcionada con fecha 11 de noviembre de 2024, en respuesta a las observaciones efectuadas en Acta N°87 de fecha 24 de octubre de 2024. Este Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, declara que cumple con lo observado.

Por lo anteriormente señalado y **por la mayoría absoluta de sus miembros se Aprueba por 364 días** el trabajo de investigación, denominado: "Factores personales y su asociación con el sentido de coherencia en personas mayores", cuya investigadora responsable es D. Victoria Alister.

Se deja estipulado que ningún integrante del Comité, se declaró en conflicto de interés en este estudio.

Además, el comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con la fecha de aprobación, firma y timbre, en original del CEC, en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se genere.

Dra. Marcela Cortés Jofré
Presidenta Comité Ético Científico SST.

ACTA N° _____96_____ /

C/C.

- Investigador Principal.
- Director CESFAM San Vicente
- Directora CESFAM Los Conos
- Directora CESFAM Paulina Avendaño
- Director CESFAM Alcalde León Portus
- Archivo Comité Ético Científico SST

Lista de Asistencia CEC SST
jueves 21 de noviembre de 2024

- Mariana Flores M.

- Luis Bravo

Matalia Maria Reis

Olina Bahomondes P.

Marcela Corti J

Ursulina Henesille Rho

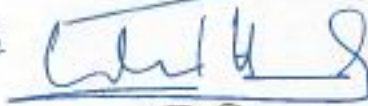
Adriana Ribeiro Alves



Luiz



T. M. M.



14. REFERENCIAS

1. Leiva A, Troncoso C, Martínez M, Nazar G, Concha Y, Martorell M et al. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Jun [citado 11 de octubre de 2023] ; 148(6): 799-809. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600799&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diez datos sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. World Health Organization (WHO); [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Cerca de un tercio de la población de Chile en 2050 estaría compuesta por personas mayores. [Internet]. 2022 Sep [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion/2022/09/27/cerca-de-un-tercio-de-la-poblaci%C3%B3n-de-chile-en-2050-estar%C3%ADa-compuesta-por-personas-mayores>
4. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2012 [citado 11 de octubre de 2023];23(1):19–29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>
5. Servicio Nacional Del Adulto Mayor (SENAMA). Sexta encuesta nacional inclusión y exclusión de las personas mayores. [Internet]. 2021 [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en:

http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SEXTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_INCLUSION_Y_EXCLUSION_SOCIAL_DE_LAS_PM2021.pdf

6. Romero S, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles Poblac [Internet]. 2017 [citado 11 octubre de 2023];23(93):59–93. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059)

74252017000300059

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. 290 Datos y cifras [Internet]. 2021 [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicablediseases>

8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La carga económica de las enfermedades transmisibles en la región de las américas [Internet]. 2011 [citado 11 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief3-sp1.pdf>

9. Eriksson M, Mitelmark M. The sense of coherence and its Measurement. En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. The Handbook of salutogénesis. 1a ed. Suiza: Springer Internacional Publisher; 2017. p. 97-106.

10. Servicio Nacional Del Adulto Mayor (SENAMA). Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 - 2025 [Internet]. 2013 [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: https://vifadultomayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas_.pdf

11. Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Jul [citado 13 de octubre 2023] ; 146(7): 945-946. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700945&lng=es)

98872018000700945.

[http://dx.doi.org/10.4067/s0034-](http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700945)

98872018000700945.

12. Ganga F, Piñones M, González D, Rebagliati F. Rol del Estado frente al envejecimiento de la población: el caso de Chile. Converg Rev Cienc Soc

- [Internet]. 2016 [citado el 13 de octubre de 2023];23(71):175–200. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-14352016000200175&script=sci_arttext
13. Ministerio de Salud (MINSAL). Subsecretaría de Salud Pública. Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030 [Internet]. 2021 May. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
14. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int* [Internet]. 2006 [citado el 1 de noviembre de 2023];21(3):238–44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717056/>
15. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. 1° ed. San Francisco, California, EE. UU: Jossey-Bass Publishers; 1979. 270 p.
16. Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindström B, et al., editores. *The handbook of salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing; 2017. [citado 1 noviembre 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435831/>
17. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado 1 noviembre 2023]; 85(2):129–39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-292
18. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010. (Serie Monografías EASP). 181 p. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-lasalud/>
19. Fernández M, Mayo L, García M, Liébana C, Fernandez D, Vazquez A. Sentido de coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de Ciencias

de la Salud. REESME [Internet]. 2014 [citado 1 noviembre 2023]; Disponible en: <http://www.aeesme.org/aeesme/sentido-de-coherencia-y-salud-percibida-en-alumnos-universitarios-de-ciencias-de-la-salud/>

20. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud [Internet]. Girona: Documenta Universitaria; 2011 [citado 1 de noviembre 2023]. 79 p. Disponible en: <https://play.google.com/books/reader?id=L RTPBAAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=es&pg=GBS.PT13>

21. Eriksson M. The Sense of Coherence in the salutogenic Model of Health. En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. The Handbook of salutogenesis. 1a ed. Cham: Springer Internacional Publisher; 2017. p. 91- 95.

22. Alligood M, Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011.

23. Díaz L, Rodríguez L. Análisis y evaluación de la Teoría de Autotrascendencia. Index Enferm [Internet]. 2021[citado 1 de noviembre 2023] ; 30(1-2): 75-79. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962021000100017

24. Milani M, Amiri P, Vejdani M, Salehiniya H, Malek-Khani .A. The effect of peer support group on self-transcendence in patients undergoing haemodialysis. BRT. [Internet] 2017 [citado 1 de noviembre 2023]; 4(3). Disponible en: <http://www.bmrat.org/index.php/BMRAT/article/view/157/480>

25. Salehi N, Afrashteh M, Majzooobi M, Ziapour A, Janjani P, Karami S. Does coping with pain help the elderly with cardiovascular disease? The association of sense of coherence, spiritual well-being and self-compassion with quality of life through the mediating role of pain self-efficacy. BMC Geriatr 2023;23. [citado 1 de noviembre 2023]

26. Zielińska H, Sas K. The sense of coherence, self-perception of aging and the occurrence of depression among the participants of the university of the third age

depending on Socio-demographic factors. *Clin Interv Aging* [Internet] 2020 [citado 4 de noviembre 2023];15:1481–91. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/cia.s260635>.

27. Salazar C, Alonso M, Guzmán F, López K. Sentido de Coherencia asociado con los Eventos Estresantes de la Vida en adultos mayores. *Enferm. univ* [Internet]. 2020 Sep [citado 4 de noviembre 2023] ; 17(3): 262-272. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000300262&lng=es.

28. Chen H, Fu H, Ye B, Wang Y, Yan H, Chen Y, et al. Association between sense of coherence and frailty: A cross-sectional study in China. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 4 de noviembre 2023];13:844439. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.844439>

29. Haugan G, Deliktaş A, Kabukcuoglu K, Aune I. Self-transcendence among adults 65 years and older: A meta-analysis. *Scand J Caring Sci* [Internet] 2022[citado 1 de noviembre 2023];36:3–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12959>.

30. Boeckxstaens P, Vaes B, De Sutter A, Aujoulat I, Van Pottelbergh G, Mathei C, et al. A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *Ann Fam Med* [Internet] 2016 [citado 4 de noviembre 2023];14:337–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.1950>.

31. 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* [Internet]. 2018 [citado 5 de noviembre 2023];13:2215–24. Disponible en:<https://doi.org/10.2147/cia.s183276>.

32. Kekäläinen T, Kokko K, Sipilä S, Walker S. Effects of a 9-month resistance training intervention on quality of life, sense of coherence, and depressive symptoms in older adults: randomized controlled trial. *Qual Life Res* [Internet].

2017 [citado 4 de noviembre 2023];27:455–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1733-z>.

33. Coronel I, Zevallos A. Factores individuales, sociales y sentido de coherencia en la salud del adulto mayor en Lambayeque. *Acc cietnat* [Internet] 2020 [citado 5 de noviembre 2023]; Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/722/1318>

34. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* [Internet]. 1993 [citado 6 de noviembre 2023];36(6):725-733. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)

35. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2005 [citado 6 de noviembre 2023];59:460-466. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/59/6/460.full.pdf+html>

36. Mantas J. Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental en los profesionales del Sistema de emergencias médicas. [Tesis doctoral]. Girona: Universidad de Girona;2017. [citado 6 de noviembre 2023] Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/406045>

37. Pena A, González V, Cervera Á, Mena D. Cross-cultural adaptation and validation of Pamela Reed's Self-Transcendence Scale for the Spanish context. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 1 de diciembre 2023];26:e3058. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2750.3058>

38. Rodríguez A, Casas D, Contreras G, Ruano L. De la enfermología a la Salutogénesis: conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. *Revista Médica de la UCR* [Internet]- 2015 [citado 1 de diciembre 2023]; 9(2): 1-8. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/21988>

39. Antonovsky A, Dowty N, Maoz B, Wijzenbeek H. Twenty-Five Years Later: A Limited Study of Sequelae of the Concentration Camp Experience *Social Psychiatry*. 1971; 6 (4): 186-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00578367>.

40. Álvarez M. Validación de la escala sentido de coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción. [Tesis de magister]. Concepción: Universidad de Concepción; 2022 [citado 1 de diciembre 2023] Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/10295/1/Tesis%20Macarena%20Alvarez.pdf>
41. Alharbi F, Aljemaiah A, Osman M. Validation of the factor structure and psychometric characteristics of the Arabic adaptation of the sense of coherence SOC-13 scale: a confirmatory factor analysis. BMC Psychology [Internet]. 2022 [citado 2 de diciembre 2023];10:115. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505411/>
42. Domínguez S, Andrés-Villas M, Riera A, Tauler P, Bennasar M, Aguiló A, Rivera F. Analysis of the psychometric properties of the Sense of Coherence scale (SOC-13) in patients with cardiovascular risk factors: a study of the method effects associated with negatively worded items. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2022 [citado 2 de diciembre 2023]; 20:8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35012547/>
43. Mafla A, Herrera M, España K, Ramírez I, Gallardo C, Schwendicke F. Psychometric Properties of the SOC-13 Scale in Colombian Adults. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2021 [citado 2 de diciembre 2023]; 18(24):13017. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/13017>
44. Kim S, Reed P, Kang Y, Oh J. Translation and Psychometric Testing of the Korean Versions of the Spiritual Perspective Scale and the Self-transcendence Scale in Korean Elders. J Korean Acad Nurs. 2012 Dec;42(7):974-983. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.974>
45. Lundman B, Årestedt K, Norberg A, Norberg C, Santamäki R, Lövhelm H. Psychometric Properties of the Swedish Version of the Self-Transcendence Scale Among Very Old People. J Nurs Meas 2015;23(1):96-111.
46. Díaz L. Promoción De Salud: Autotrascendencia, Espiritualidad Y Bienestar En No Consumidores Y Consumidores Moderados De Alcohol. [Tesis Doctoral]

- Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012 [citado 1 de diciembre 2023]
Disponibile en:
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10824/539435.2012.pdf>
47. Emanuel E, Wendler D, Grady C. What make clinical research ethical. *JAMA*. 2000; 283(20): 2701-1
48. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Pers Bioét* [Internet]. 2015 [citado 2025 Sep 10];19(2):182-97. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.2.2>
49. Hernández R., Fernández, C, Baptista P. (2014). Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp.170-191). México: McGraw-Hill.
50. Liu Y, Zhang B, Montayre J, Koduah AO, Leung AYM. Resilience, sense of coherence
interventions targeting sense of coherence among older adults and adults with chronic conditions: A meta-analysis with trial sequential analysis [Internet]. *J Adv Nurs*. 2025 Apr;81(4):2165–98 [citado 18 de agosto 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11896826/>.
51. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P, Juvinyà D, Sáez K. Estilo de vida promotor de salud y sentido de coherencia en adultos jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2019 [citado 18 de agosto 2025];24(2):107-22. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.9>
52. Kayi I, Uzunköprü G, Dadaczynski K, Okan O, Leung AY, et al. Gender differences in sense of coherence among university students during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Health Promot Int* [Internet]. 2023[citado 18 de agosto 2025];38(3):daad048. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/daad048>
53. Tušl M, Šípová I, Máčel M, Cetkovská K, Bauer GF. The sense of coherence scale: psychometric properties in a representative sample of the Czech adult population. *BMC Psychology* [Internet]. 2024 May[citado 18 de agosto

2025];12:293.

Disponible

en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11128106/>

54. Lindmark U, Stenström U, Wärnberg Gerdin E, Hugoson A. The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study. *Scand J Public Health* [Internet]. 2010 Feb [citado 18 de agosto 2025];38(1):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19843629/> doi:10.1177/1403494809351654.

55. Sanna F, Bonal E, Salvador-Carulla L, et al. Development of sense of coherence stability in the general population using longitudinal data: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022;19(14):4190 [Internet]. [citado 18 de agosto 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9657695/>

56. Jasiński AM, Derbis R, Rakoczy J, Wrzesińska M, et al. The sense of coherence scale and relationships between sense of coherence, sociodemographic variables and chronic disease. *Sci Rep* [Internet]. 2025 May [citado 20 de agosto 2025];15:18289. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-02998-6>

57. Sanna F, Bonal E, Salvador-Carulla L, et al. Development of sense of coherence stability in the general population using longitudinal data. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 20 de agosto 2025];19(21):14190. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9657695/>

58. Silverstein M, Heap J. Sense of coherence changes with aging over the second half of life. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015 Feb [citado 21 de Agosto 2025];128:1-9.

Disponible

en

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S104026081400046X>

59. Aguilar A, Asensio Á, Oliván B, Álvarez C, Cavero I, Lionis C, Symvoulakis EK, Magallón R. Association between sense of coherence and depression in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*

- [Internet]. 2023 Jan 11 [cited 21 de Agosto 2015];18(1):e0279959. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36630397/> doi:10.1371/journal.pone.0279959
60. Kieraité M, Novoselac A, Bättig JJ, Rühlmann C, Bentz D, Noboa V, Seifritz E, Egger ST, Weidt S. Relationship between sense of coherence and depression, a network analysis. *Curr Psychol* [Internet]. 2024 May 16 [citado 21 de Agosto 2025];43:23295–23303. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-024-06034-0> doi:10.1007/s12144-024-06034-0
61. Lv J, Qian M, Deng M, Yu M. The association between sense of coherence and health outcomes among community-dwelling older adults: a systematic review. *Interdiscip Nurs Res* [Internet]. 2023 Feb [citado 21 de Agosto 2025];2(1):46–57. Disponible en: https://journals.lww.com/inr/fulltext/2023/02000/the_association_between_sense_of_coherence_and.8.aspx
62. Koelen M, Eriksson M. Older people, sense of coherence and community. In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, et al., editors. *The Handbook of Salutogenesis*. 2nd ed. Cham (CH): Springer; 2022. [Internet] [citado 21 agosto 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584106/>
63. Mathisen KM, Holde GE, Torp S, Jönsson B. Sense of coherence in a general adult population in Northern Norway and its associations with oral health [Internet]. *BMC Oral Health*. 2023 [citado 22 agosto 2025];23(1):755. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37833723/>
64. Mathisen KM, Holde GE, Torp S, Jönsson B. Sense of coherence in a general adult population in Northern Norway and its associations with oral health [Internet]. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):755. [citado 22 agosto 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37833723/>
65. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review [Internet]. *J Epidemiol Community Health*. 2006

- may;60(5):376-81. doi:10.1136/jech.2005.041616. [citado 22 de agosto 2025]. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/60/5/376>
66. Jasiński A, Derbis R, Rakoczy J, Wrzesińska M. The sense of coherence scale and relationships between sense of coherence, sociodemographic variables and chronic disease [Internet]. Sci Rep. 2025 May 26;15:18289. [citado 24 de agosto 2025] Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-02998-6>
67. Monma T, Takeda F, Okura T. Physical activities impact sense of coherence among community-dwelling older adults [Internet]. Geriatr Gerontol Int. 2017;17(11):2208–2215. [citado 24 de agosto 2025] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.13063>
68. Barnard A. Sense of coherence: A distinct perspective on financial well-being [Internet]. S Afr J Econ Manag Sci. 2016;19(4):647–660. [citado 24 de agosto 2025] Disponible en: https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2222-34362016000400012
69. Haugan G, Deliktaş A, Kabukcuoglu K, Aune I. Self-transcendence among adults 65 years and older: A meta-analysis [Internet]. Scand J Caring Sci. 2022 Mar;36(1):3–15. Epub 2021. [citado 24 de agosto 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33522632/>
70. Jeserich F, Klein C, Brinkhaus B, Teut M. Sense of coherence and religion/spirituality: A systematic review and meta-analysis based on a methodical classification of instruments measuring religion/spirituality [Internet]. PLOS ONE. 2023;18(8):e0289203. [citado 24 de agosto 2025] Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0289203>
71. Buitrago D. La emoción y el sentimiento: más allá de una diferencia de contenido. Rev Dialnet [Internet] 2020 [citado 2 de diciembre 2023];26:530–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1075/ce.3.1.04gol>.

