



**Universidad de Concepción**  
**Facultad de Enfermería - Programa de Magíster en Enfermería**

**ASOCIACIÓN DE LA AUTOTRASCENDENCIA CON CARACTERÍSTICAS  
BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIOCULTURALES 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: DIEGO BASTIÁN MUÑOZ ASTA-BURUAGA.**  
**PROFESOR GUÍA: PATRICIA ROXENA CID HENRÍQUEZ.**

Concepción, Chile  
Marzo, 2025.



© 2025 Diego Bastián Muñoz Asta-Buruaga.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este logro no es solo mío, sino el resultado del apoyo incondicional de muchas personas que me acompañaron a lo largo de este desafiante proceso. Quiero comenzar agradeciendo a la Facultad de Enfermería por su confianza y por brindarme esta gran oportunidad. A quienes creyeron en mí, ofreciéndome su apoyo y contención en cada etapa. En especial, a Pamela Flores Millán y Constanza Rojas Henríquez, cuya participación fue fundamental para el desarrollo de este trabajo.

A mis amigas, Javiera Toledo Díaz y Vania Aguayo, quienes me acompañaron incondicionalmente, escuchando y apoyándome en cada etapa de este proyecto. También a John, Felipe, Francisca Seguel, Javiera Oñate, Javiera Poblete por su interés constante y sus buenas energías durante este camino.

A cada una de las docentes que guiaron mi formación y contribuyeron a la construcción de esta tesis. A la Dra. Patricia Cid, al Mg. Luis Luengo por su paciencia y apoyo en el análisis estadístico, les expreso mi más sincero agradecimiento. A Srta. Andrea Gayoso por sus gestiones.

Finalmente, agradezco a Dios, a mis abuelos y abuelas, a mi familia y a cada una de las personas mayores que participaron en este estudio. Sin su colaboración y confianza, este trabajo no habría sido posible. A todos ellos, les debo mi más profunda gratitud. Seguimos.

## **Índice.**

Resumen: .....	14
ABSTRACT.....	15
1.- Introducción. ....	16
1.1 Fundamentación y contextualización del proyecto.....	16
1.2 Justificación y relevancia del estudio. ....	22
1.3 Formulación del problema de investigación. ....	27
1.3.1 Preguntas generales. ....	28
1.3.2 Preguntas específicas.....	28
2.- Marco Referencial.....	29
2.1 Marco conceptual.....	29
Autotrascendencia. ....	29
Sentido de Coherencia. ....	30
Autoeficacia. ....	32
2.2 Marco teórico. ....	33
Teoría de la Autotrascendencia. ....	33
Figura 1: Esquema de Reed, Teoría de la Autotrascendencia. ....	37
2.3 Marco Empírico.....	38
3.- Objetivos y variables.....	45
3.1 Objetivos.....	45
3.1.1 Objetivos generales. ....	45
3.1.2 Objetivos específicos. ....	46
3.2 Hipótesis .....	47

3.3 Variables.....	48
Cuadro 1: Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.....	48
4.- Metodología.....	48
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	48
4.2 Marco muestral.....	49
4.2.1 Población y/o universo.....	49
4.2.2 Unidad de análisis.....	49
4.2.3 Muestra.....	50
4.2.4 Tipo de muestreo.....	50
4.2.5 Criterios de inclusión:.....	51
4.2.6 Criterios de exclusión.....	52
4.3 Instrumento Recolector de Datos.....	52
4.3.1 Descripción del Instrumento.....	52
4.3.1.1 Cuestionario de datos sociodemográficos.....	52
4.3.1.2 Escala de Autotrascendencia (Self-Trascendence Scale).....	53
4.3.1.3 Cuestionario Breve de Orientación Hacia la Vida (SOC-13).....	54
4.3.1.4 Escala de Autoeficacia General (EAG).....	55
4.4 Control de calidad.....	56
4.4.1 Prueba piloto.....	56
4.4.2 Validez y confiabilidad del instrumento.....	58
4.5. Procedimiento y/o técnicas de recolección de información.....	64
4.6. Procesamiento de los datos.....	65

4.7. Análisis de los datos. ....	66
Cuadro 2: Plan de análisis de los datos según objetivos específicos. ....	67
Aspectos éticos involucrados.....	69
4.8. Criterios éticos de Ezequiel Emanuel .....	69
Asociación colaborativa. ....	69
Valor social de la investigación. ....	70
Validez científica. ....	70
Selección equitativa de los sujetos. ....	71
Proporción favorable riesgos – beneficios. ....	72
Evaluación independiente.....	73
Consentimiento informado. ....	74
Respeto por las/os participantes.....	75
5.- Resultados.....	76
5.1 Características biológicas. ....	76
<b>Tabla 1:</b> Distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=146). ....	76
5.2 Características Socioculturales.....	77
<b>Tabla 2:</b> Distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (n=146).....	77
5.3 Resultados Autotrascendencia .....	80
<b>Tabla 3:</b> Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia.....	80
<b>Tabla 4:</b> Estadísticas de elementos de la escala de autotrascendencia. ....	81
Tabla 5: Pruebas de normalidad Autotrascendencia. ....	82
Tabla 6: Estadísticos puntaje total autotrascendencia. ....	82
Figura 2: Gráfico distribución de puntajes globales de autotrascendencia. ....	83

Tabla 7: Estadísticos puntaje total de autotrascendencia dividido por cantidad de ítems de la escala.....	84
Figura 3: Gráfico distribución de puntajes por ítems de escala de autotrascendencia.....	85
Tabla 8: Distribución de la autotrascendencia según categorías.....	85
5.4 Resultados Sentido de Coherencia (SOC-13). ....	86
Tabla 9: Estadísticas de fiabilidad escala SOC – 13.....	86
Tabla 10: Estadísticos puntaje total del SOC-13.....	87
Figura 4: Gráfico distribución de puntajes globales de SOC-13. ....	87
Tabla 11: Distribución del SOC-13 según categorías. ....	88
5.5 Resultados Autoeficacia.....	88
Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autoeficacia General (EAG).....	88
Tabla 13: Estadísticos puntaje total y dividido por cantidad de ítems del SOC-13.....	89
Figura 5: Gráfico distribución de puntajes globales de Autoeficacia. ....	90
Tabla 14: Distribución de la Autoeficacia según categorías.....	90
5.6 Análisis bivariado.....	92
5.6.1 Asociación Autotrascendencia con características biológicas. ....	92
<b>Tabla 15:</b> Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=146). ....	92
5.6.2 Asociación Autotrascendencia con características socioculturales.....	94
<b>Tabla 16:</b> Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Nivel de estudios) (n=146).....	94
<b>Tabla 17:</b> Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Estado Civil y Situación de pareja) (n=146).....	95

Tabla 18: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Actividad laboral e ingreso económico) (n=146).....	96
Tabla 19: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Situación habitacional y cohabitación) (n=146). ....	98
<b>Tabla 20:</b> Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Religión y creencias) (n=146). ....	99
<b>Tabla 21:</b> Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características psicológicas (Soc -13 y EAG) (n=146). ....	101
5.7 Análisis Multivariado. Modelo de regresión lineal múltiple. ....	102
Tabla 22: Resumen del modelo regresión lineal múltiple.....	102
Tabla 23: Análisis ANOVA del modelo regresión lineal múltiple. ....	103
Tabla 24: Coeficientes del modelo regresión lineal múltiple. ....	104
6. Discusión. ....	107
<b>7. Conclusiones.</b> ....	112
8. Limitaciones. ....	115
9. Recomendaciones ....	116
9.1 Recomendaciones para práctica y disciplina. ....	116
9.2 Recomendaciones para futuras investigaciones. ....	116
10.- Referencias Bibliográficas: ....	118
ANEXOS.....	128
Anexo 1. Definiciones de las variables. ....	128
Anexo 2: Instrumento recolector de datos. ....	135

Anexo 3: Solicitud escala Autotrascendencia. ....	142
Anexo 4: Solicitud oficina de partes Municipalidad de Los Ángeles.....	143
Anexo 5: Solicitud de apoyo. ....	144
Anexo 6: Respuesta a solicitud de apoyo. ....	146
Anexo 7: Carta de autorización.....	147
Anexo 8: Carta aprobación CEC Facultad de enfermería UdeC.....	148
Anexo 9: Carta de aprobación Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.	149
Anexo 10: Carta de aprobación CEC Servicio de Salud Biobío.....	151
Anexo 11: Consentimiento informado Prueba Piloto.....	154
Anexo 12: Consentimiento informado. ....	158
Anexo 13: Carta Gantt Tesis.....	162
Anexo 14: Análisis estadístico por dimensiones del Sentido de Coherencia (Significatividad, Manejabilidad y Comprensibilidad). ....	167

## Índice de Tablas.

Tabla 1: Distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=146).....	76
Tabla 2: Distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (n=146).....	77
Tabla 3: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia.....	80
Tabla 4: Estadísticas de elementos de la escala de autotrascendencia.....	81
Tabla 5: Pruebas de normalidad Autotrascendencia.....	82
Tabla 6: Estadísticos puntaje total autotrascendencia.....	82
Tabla 7: Estadísticos puntaje total de autotrascendencia dividido por cantidad de ítems de la escala.....	84
Tabla 8: Distribución de la autotrascendencia según categorías.....	85
Tabla 9: Estadísticas de fiabilidad escala SOC – 13.....	86
Tabla 10: Estadísticos puntaje total del SOC-13.....	87
Tabla 11: Distribución del SOC-13 según categorías.....	88
Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autoeficacia General (EAG).....	88
Tabla 13: Estadísticos puntaje total y dividido por cantidad de ítems del SOC-13.....	89
Tabla 14: Distribución de la Autoeficacia según categorías.....	90
Tabla 15: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=146).....	92

Tabla 16: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Nivel de estudios) (n=146).....	94
Tabla 17: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Estado Civil y Situación de pareja) (n=146).....	95
Tabla 18: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Actividad laboral e ingreso económico) (n=146).....	96
Tabla 19: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Situación habitacional y cohabitación) (n=146).....	98
Tabla 20: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Religión y creencias) (n=146).....	99
Tabla 21: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características psicológicas (Soc -13 y EAG) (n=146).....	101
Tabla 22: Resumen del modelo regresión lineal múltiple.....	102
Tabla 23: Análisis ANOVA del modelo regresión lineal múltiple.....	103
Tabla 24: Coeficientes del modelo regresión lineal múltiple.....	104

## **Índice de Cuadros.**

Cuadro 1: Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.....48

Cuadro 2: Plan de análisis de análisis de los datos según objetivos específicos..... 67

## Índice de Ilustraciones.

**Figura 1:** Esquema de Reed, Teoría de la Autotrascendencia. **¡Error! Marcador no definido.**

**Figura 2:** Gráfico distribución de puntajes globales de autotrascendencia.....83

**Figura 3:** Gráfico distribución de puntajes por ítems de escala de autotrascendencia.....85

**Figura 4:** Gráfico distribución de puntajes globales de SOC-13. **¡Error! Marcador no definido.**

**Figura 5:** Gráfico distribución de puntajes globales de Autoeficacia. ....90

## **Resumen:**

**Introducción:** En el contexto del envejecimiento como proceso fisiológico natural, se reconoce la necesidad de enfocar la atención en las personas mayores para potenciar su salud mental y evitar síntomas depresivos. En este marco, destaca la teoría de la autotranscendencia, centrada en el desarrollo individual y multidimensional que promueve la autoaceptación, el sentido de vida y la conexión con otros, el entorno y lo espiritual. **Objetivo:** Determinar la autotranscendencia y analizar su asociación con características biológicas, socioculturales y psicológicas de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. Se utilizó un instrumento conformado por un cuestionario semiestructurado, de las escalas de autotranscendencia, sentido de coherencia y de autoeficacia general. La aplicación fue en un periodo de 14 semanas. **Resultados:** El 89.0% de las personas mayores percibe un nivel alto de autotranscendencia y las características que tuvieron significancia estadística fueron la autoeficacia, creencias y el sentido de coherencia. **Conclusiones:** La autotranscendencia en personas mayores está influenciada principalmente por factores psicológicos, mientras que las características biológicas y socioculturales tienen un impacto menos significativo.

**Palabras claves:** Autotranscendencia, Espiritualidad, Sentido de Coherencia, Autoeficacia, Personas Mayores, Anciano, Enfermería, Investigación en Enfermería.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In the context of aging as a natural physiological process, there is a recognized need to focus attention on older adults to enhance their mental health and prevent depressive symptoms. Within this framework, the theory of self-transcendence stands out, emphasizing individual and multidimensional development that promotes self-acceptance, a sense of purpose, and connection with others, the environment, and spirituality.

**Objective:** To determine self-transcendence and analyze its association with the biological, sociocultural, and psychological characteristics of adults over 60 years old who are part of the groups linked to the Comprehensive Senior Center in the city of Los Angeles. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, and correlational study. A semi-structured questionnaire was used, incorporating scales of self-transcendence, sense of coherence, and general self-efficacy. The data collection took place over a period of 14 weeks. **Results:** 89.0% of older adults perceive a high level of self-transcendence, with statistically significant characteristics including self-efficacy, beliefs, and sense of coherence.

**Conclusions:** Self-transcendence in older adults is primarily influenced by psychological factors, while biological and sociocultural characteristics have a less significant impact.

**Keywords:** Self-Transcendence, Spirituality, Sense of Coherence, Self-Efficacy, Older Adults, Aged, Nursing, Nursing Research.

## **1.- Introducción.**

### **1.1 Fundamentación y contextualización del proyecto.**

Se reconoce a nivel mundial que en las últimas décadas las características demográficas de la población han ido cambiando, el vivir más tiempo es uno de logros colectivos más extraordinarios de la humanidad, siendo un importante reflejo de los avances y progreso científico en salud, como también del desarrollo de innovaciones tecnológicas, de los progresos económicos y políticos de las sociedades. Estos hitos, específicamente en salud, han permitido disminuir las enfermedades mortales de la infancia, la disminución de la mortalidad derivada del parto y puerperio, el combate de enfermedades infectocontagiosas, entre otras más recientes, como la disminución de la mortalidad en edades más avanzadas, estrechamente vinculadas con la cobertura y acceso a los sistemas de salud, permitiendo diagnósticos y tratamientos oportunos de patologías de alta prevalencia (1,2).

Es importante considerar que existe una gran disponibilidad de avances e innovaciones en salud a nivel global, sin embargo, su accesibilidad y cobertura han dependido directamente de la toma de decisiones de los estados y gobiernos de cada país de Latinoamérica, pues la adherencia a tratados y compromisos internacionales influyen considerablemente en la planificación de ejes sanitarios en sus poblaciones,

repercutiendo en el desarrollo económico, político y social, a corto, mediano y largo plazo, por lo que estos pueden influir de manera positiva o negativamente en el bienestar y salud de la población (1-3).

Dentro de los países que han experimentado los cambios sociodemográficos más notorios, se encuentran los catalogados como desarrollados y los que se encuentran en vía de desarrollo, destacándose actualmente por tener una gran proporción de personas mayores de 60 años conformando su población total. Sin embargo, las proyecciones para el 2050, estiman que el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos medianos y bajos (1,3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que actualmente por primera vez en la historia de la humanidad el número de personas mayores de 60 años o más supera a la población de niños y niñas menores de 5 años, además que el patrón de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado, proyectando esta tendencia para las próximas décadas, reconociendo que es un gran desafío para todos los países garantizar que sus sistemas sociales y de salud estén preparados para afrontar este cambio demográfico sin precedentes, siendo prioridad enfocarse en disminuir la mala salud de la población de edad avanzada (1,3-5).

Se estima que esta situación generará una alta demanda de los servicios de salud considerando que un bajo porcentaje de la población tiene un estilo de vida saludable, lo que puede ser un factor crítico y limitante en el crecimiento económico de las naciones (4).

Frente a esta realidad la OMS fomenta las colaboraciones internacionales, las cuales son un pilar importante, que pueden permitir grandes avances en la innovación y producción en salud; que promuevan un mejor acceso a los servicios de salud y la reducción de las inequidades, basadas en los principios de solidaridad y justicia social. Desde estos principios, surge la denominada “Década del Envejecimiento Saludable” dentro de su plan de acción de “Envejecimiento y Salud”, cuyas estrategias establecen ejes de trabajo entre el año 2021 y 2030, década en la que se estima que el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentará en un 34% a nivel mundial (1,3).

Actualmente, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), estas regiones del mundo están entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, pero en un proceso heterogéneo, pues en la mitad de los países de la región ese proceso aún es incipiente. Dentro de los países que lideran América Latina y el Caribe, se encuentran Cuba, Uruguay, Chile y Argentina (6).

Específicamente en Chile, tercero en el ranking de la CEPAL, se estima que hay aproximadamente 3.449.362 de personas mayores (60 años y más), lo que representa un aproximado del 18% de la población total, la cual se concentra principalmente en las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Biobío, además se reconoce el aumento de la esperanza de vida al nacer, que se estima en un promedio de 80,7 años, por lo que se pronostica que para el año 2050 las personas mayores constituyan un 32% del total de la población chilena (6-9).

Esto se debe principalmente a que Chile ha logrado avances significativos en cuanto al desarrollo económico, científico, y al compromiso político y sociosanitario, lo que incluye la consolidación de los procesos democráticos y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin embargo, existen importantes desafíos, como lo son la disminución de las brechas y desigualdades en las distribuciones de los ingresos, el acceso y calidad de atención, que se acentúan cuando se compara por género, lo que impacta negativamente en los indicadores de salud de las personas mayores, su bienestar y calidad de vida (9,10).

El sistema de salud chileno está conformado por el sector público y privado, que ante el análisis realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) refiere que existen grandes desafíos que abarcar, siendo el principal del sector público, el no contar con los fondos suficientes, limitando sus prestaciones por la alta demanda, mientras que, las aseguradoras privadas del país seleccionan a

las personas de menor riesgo para sus prestaciones, lo que profundiza las brechas sociales y de género, aumentando la demanda en la atención pública (11,12).

Chile actualmente dispone de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) dentro del ámbito de la Atención Primaria en Salud (APS). Este modelo se centra en la promoción, prevención y resolución ambulatoria e integral de la gran mayoría de los problemas de salud que surgen en la población, garantizando así una atención eficiente, eficaz y oportuna para las personas (12).

Para cumplir con el enfoque de este modelo en las prestaciones específicas de las personas mayores, disponen de una serie de programas públicos en torno a los cuidados, estando a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL) y el Ministerio de Desarrollo Social (MDS). Desde el MINSAL las iniciativas se enfocan principalmente en el ámbito de la prevención, pesquisa y tratamiento de patologías, esto por medio del Examen de Medicina Preventiva en el Adulto Mayor (EMPAM), acompañada de prestaciones integrales de atención primaria como la Evaluación de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) o Índice de Barthel y el Mini-Mental State Examination (MMSE), cuyos resultados, permiten detectar factores predictores, pesquisar y realizar derivaciones correspondientes. Además, el MINSAL desarrolla otras iniciativas, como el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), la entrega de lentes, audífonos y ayudas técnicas (13).

Otro de los programas de relevancia es el programa Más adultos mayores autovalentes, el cual busca apoyar a las personas mayores por medio del fomento de las capacidades personales y comunitarias para afrontar el proceso de envejecimiento, esto por medio de estrategias de atención de salud con enfoque preventivo y promocional, que incorpora equipos profesionales destinados a mantener y fomentar la autovalencia de las personas mayores, mediante la participación en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y cognitiva guiadas por el equipo de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) (14).

Por el lado del MDS, las acciones son mayormente desarrolladas por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el cual tiene una variada gama de iniciativas, pese a que más de 60% del presupuesto de esta institución se destina a financiar residencias de personas mayores. La mayor parte de los programas tienen criterios de inclusión de los beneficiarios, generalmente vinculados con la edad, el área de residencia y la condición socioeconómica. Sin embargo, es reconocido por la institución, que debe rediseñarse para desplegar un sistema de cuidados a largo plazo, sobre todo por la situación de evolución demográfica (13,15).

A nivel local, es importante destacar las contribuciones de las municipalidades, que, a través de sus direcciones comunales, gestionan diversos centros sociales para atender a la ciudadanía, incluyendo los Centros Integrales de Adultos Mayores (CIAM). Los CIAM tienen como objetivo principal proporcionar atención, promoción y acompañamiento a las

personas mayores de la comuna. A través de sus variados programas, se ofrece apoyo profesional en áreas que abarcan desde la salud hasta la asistencia social, capacitación y actividades recreativas, tanto para los clubes de personas mayores como para los usuarios y usuarias en general. Estos centros desempeñan un papel fundamental al fortalecer la red de apoyo y bienestar para las personas mayores en la comunidad (16).

Si bien se ha establecido un enfoque prioritario hacia la atención integral y holística de las personas mayores, reconociendo la importancia de abordar sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Aún persiste una brecha significativa en el abordaje de la dimensión espiritual. La espiritualidad, entendida como un componente esencial del bienestar y la resiliencia, debe ser integrada bajo el enfoque salutogénico, el cual busca promover factores que generen salud y calidad de vida. Incluir esta dimensión no solo fortalecería el modelo de atención actual, sino que también contribuiría a un envejecimiento saludable.

## **1.2 Justificación y relevancia del estudio.**

Es cierto que el envejecimiento es un proceso fisiológico normal, que, sin embargo, la sociedad ha estigmatizado con una percepción negativa y de vulnerabilidad, lo que influye en el riesgo de maltrato, marginación y desigualdad, asociándola a la interpretación de ser una etapa de la vida en términos de dependencia y desvalorización, tanto física, social, como

económica. Sin considerarse que muchas son impuestas socialmente a las personas mayores (17,18).

A consecuencias de esto, habría una repercusión negativa en la salud mental de las personas mayores y da lugar la aparición de los diferentes tipos de violencia dirigida a este grupo de la población, siendo evidenciado en diversos estudios, los que resaltan el tipo de violencia psicológica como el más presente entre las experiencias de las personas mayores. Dentro de esta categoría aparece el sentimiento de soledad y el ser ignorados, vinculados a la expresión directa del aislamiento social, a pesar de que una gran mayoría convive con familia directa en nuestro país. El aislamiento, además de ser expresión de maltrato psicológico, constituye una de las razones por las cuales las personas invisibilizan u ocultan los signos de violencia, generando un círculo vicioso: el miedo a la soledad o el aislamiento (18).

Es por esto que surge la necesidad de ampliar el enfoque de atención de las personas mayores, pues el envejecimiento de la población, además de estar asociado con un deterioro en el estado de salud físico de las personas, también se ha reportado un importante aumento de las enfermedades mentales, lo que fomenta la dependencia, complejiza los cuidados y prestaciones de salud requeridas. Dentro de las patologías asociadas se encuentran predominantemente la demencia y la depresión (18).

Con el propósito de generar salud mental y contribuir a evitar los síntomas depresivos de las personas mayores, se vuelve de gran relevancia profundizar en aquellos factores que pueden inhibir o reducir su incidencia. Dentro de los factores protectores reportados, destacan las redes sociales sólidas, la reciprocidad del apoyo, participación social activa, el ejercicio, la práctica de alguna religión, creencias y el ejercicio de la espiritualidad, entre otras (17-19).

En el ámbito de la gerontología se ha investigado asociación positiva entre la salud mental y la espiritualidad, como también la religiosidad, siendo conceptos diferentes, pero complementarios, pues la religiosidad se puede explicar cómo una dimensión que se vive en lo social, siguiendo ritos, normas, comportamientos, conocimientos y valores que pautan la vida de los creyentes interesados en la búsqueda de lo divino a través del adoctrinamiento y congregaciones, mientras que el concepto de espiritualidad, se puede comprender como un sistema de guía interno, básico para el bienestar humano, que influye en la vida, la conducta y la salud, sin importar la filosofía, las creencias o las prácticas religiosas de la persona, motivando la búsqueda personal del sentido, el propósito y del significado de la vida, lo que impulsa al ser humano a trascender (19,20).

Tanto la religiosidad como la espiritualidad actúan como recursos psicosociales que promueven en las personas mayores la resiliencia, el afrontamiento positivo y el apoyo social, siendo recursos personales y sociales importantes de incentivar en las personas mayores, pues estas,

entregan estrategias de afrontamiento ante los hitos propios del envejecimiento (19-21).

Existen teorías de enfermería que han abordado de manera holística al ser humano, integrando en sus preposiciones la dimensión espiritual, la cual guarda relación con el sentido de conexión y propósito superior. Dentro de estas, se encuentra la teoría de la autotranscendencia, siendo de interés para el investigador abordar este concepto, pues sus estudios están relacionados con las personas mayores (19,21,23).

La autotranscendencia es definida en la teoría de Reed como “una expansión multidimensional individual de una persona, logrando la autoaceptación y el sentido de vida; conectándose con los demás, el entorno y/o una entidad superior; es un aspecto de la espiritualidad humana relacionada con el bienestar expresado por las personas” (19,22,23).

En los diferentes estudios se ha observado que la autotranscendencia puede tener efectos directos a favor del bienestar, y ha resultado ser un predictor importante en la percepción de una mejor calidad de vida y de satisfacción. De la evidencia disponible, se señala que favorece el desempeño emocional, funcional, social y espiritual de las personas mayores, siendo una herramienta valiosa e inherente al ser humano para hacer frente a situaciones difíciles de la vida, permitiendo una mejor adaptación a las diferentes situaciones de la vejez, permitiendo controlar y prevenir la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (19,22,23). Principalmente se expone que la autotranscendencia se relaciona

estrechamente con las características espirituales y el disfrute de la vida en el momento presente, siendo un reto para la enfermería, pues son áreas de oportunidad de promoción de la salud (19,21,22).

Entre otros conceptos de interés para este estudio, se encuentran los factores cognitivo-afectivos, como lo son el Sentido de Coherencia y la Autoeficacia, los que se han relacionado positivamente en torno a la capacidad adaptativa y de afrontamiento saludable de las personas (24,25).

El Sentido de Coherencia (SOC por sus siglas en inglés), es descrito por Antonovsky como un proceso que permite a las personas enfrentar situaciones estresantes y difíciles de la vida, generando un impacto por medio de un patrón psicológico individual que refleja la opinión de una persona sobre su propia capacidad para responder a situaciones estresantes y como recuperarse de ellas, pues el enfrentamiento permite aprender por medio de la comprensión, manejabilidad y dando un significado al hecho, que estará presente en ellas, aportando a una mejor respuesta frente a futuras situaciones similares, permitiendo un mejor manejo de estas (24).

Por otro lado, está el constructo de Autoeficacia, el cual ayuda a las personas mayores a entender mejor el proceso de envejecimiento saludable y generar confianza en ellos mismos. El autor Albert Bandura desarrolló este constructo en el marco de su teoría cognitiva social, en la cual la refiere como juicios de las personas sobre sus capacidades para organizar y ejecutar acciones. Los estudios de percepción han demostrado que la

autoeficacia está relacionada con resultados cognitivos, motivacionales, afectivos y de comportamiento (25).

### **1.3 Formulación del problema de investigación.**

En el ámbito de la salud, se ha adoptado a nivel internacional un enfoque centrado en la promoción del envejecimiento saludable. Esto es especialmente relevante dado que tanto la evidencia nacional como la internacional demuestran que el envejecimiento ha estado asociado con un estigma negativo y discriminatorio que puede tener efectos perjudiciales en la salud mental de las personas mayores.

En este contexto, este enfoque se alinea de manera coherente con el desarrollo de acciones que abarcan desde la promoción de la salud hasta la prevención y el tratamiento de afecciones que afectan a la población mayor. El objetivo de este proyecto de tesis es conocer cuál es la autotrascendencia de la población mayor, y al mismo tiempo, identificar que variables pueden influir en esta, y servir como base para el diseño de intervenciones destinadas a fomentar su bienestar.

Es importante destacar que, a nivel local y ministerial, se ha establecido un énfasis en la dimensión espiritual dentro del marco salutogénico. En el ámbito de la enfermería, se ha identificado una brecha en la literatura en lo que respecta a la relación entre la autotrascendencia, el sentido de coherencia y la autoeficacia en las personas mayores chilenas,

específicamente en aquellas que son parte de los grupos de personas mayores vinculados a los Centros Integrales del Adulto Mayor (CIAM). Este vacío en el conocimiento representa una oportunidad crucial para avanzar en la comprensión de cómo estos conceptos interrelacionados pueden influir en la calidad de vida y el bienestar de esta población en el contexto chileno.

### **1.3.1 Preguntas generales.**

¿Cuál es la autotranscendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles?

¿Qué características biológicas, socioculturales y psicológicas se asocian a la autotranscendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles?

### **1.3.2 Preguntas específicas.**

¿Qué características biológicas (edad, género, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas) se asocian a la autotranscendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles?

¿Qué características socioculturales (estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia) se asocian a la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles?

¿Qué características psicológicas (sentido de coherencia, autoeficacia) se asocian a la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles?

## **2.- Marco Referencial.**

Esta investigación se sustenta en la Teoría de la Autotrascendencia y en los conceptos de Sentido de Coherencia, y Autoeficacia, utilizados ampliamente en el contexto de la promoción de la salud.

### **2.1 Marco conceptual.**

#### **Autotrascendencia.**

El concepto de autotrascendencia es descrito por varios autores, sobre todo en el área del conocimiento de la psicología (26), pero para efectos de este estudio se adopta la definición de la Dra. Pamela Reed, quien la describe como la capacidad de los individuos de expandir multidimensionalmente los límites del “yo”, superando sus necesidades y

desafíos a medida que la edad avanza, permitiendo un mirada más amplia, y reconexión con el propósito, lo que fomenta el paso del desequilibrio al bienestar del individuo (27). Además, esta implica un proceso creativo de indagación y autodescubrimiento.

### **Sentido de Coherencia.**

El Sentido de Coherencia (SOC por sus siglas en inglés) es un constructo psicológico que deriva del Modelo Salutogénico propuesto por Antonovsky en el año 1987, el cual lo describe como la habilidad y capacidad personal para valorar y afrontar situaciones estresantes de la vida, permitiendo encontrar un significado, manejo y comprensión de estas, aportando experiencias valiosas que, en un futuro en condiciones similares, permitan actuar de forma constructiva. Es así, que de esta manera el SOC puede predecir el éxito en el afrontamiento de estresores, como por ejemplo ante la presencia de enfermedad y entrega un posible abordaje al conflicto (24,28,29).

Además, también se considera como un recurso interno que ofrece una orientación global ante los estímulos del entorno en el transcurso de la vida. Este recurso interno, tiene tres ejes importantes, la comprensibilidad o dimensión cognitiva, la manejabilidad o dimensión instrumental y la significatividad o dimensión motivacional (24, 28-31).

La comprensibilidad es la dimensión cognitiva, la cual se refiere a la capacidad individual de dar un sentido a eventos de la vida a través de

estímulos internos y externos, vistos como hechos razonables, coherentes y claros, incluso si son de naturaleza devastadora (28-31).

La manejabilidad es la dimensión instrumental o conductual, se define como el grado en que el individuo siente que cuenta con recursos a su disposición que permitan un afrontamiento adecuado ante los estímulos de determinadas situaciones. Estos recursos pueden ser servicios sociales, familia, el círculo de amigos, colegas y/o personas consideradas significativas, ayudando a superar el evento estresor (28-31).

La significación es la dimensión motivacional, que se describe como la capacidad de la persona de encontrar un significado y propósito intrínsecamente a los problemas que se enfrentan en la vida, siendo estos vistos como desafíos antes que, como cargas, para ello es necesario tener aspiración a resolver las dificultades y la voluntad de invertir energía para superar las experiencias estresantes que pueden causar angustia y/o estrés (28-31).

Las tres dimensiones del SOC, poseen una interacción y vinculación estrecha, y su escala de evaluación ha demostrado en diversos estudios que este aumenta con la edad, además de que ha presentado una correlación negativa relativamente alta con síntomas de ansiedad y depresión, como también una correlación positiva con autoestima, optimismo, calidad de vida y bienestar, por lo que es considerado como un predictor de un resultado positivo en salud por parte de autores (28-31).

## **Autoeficacia.**

El constructo de autoeficacia, desarrollado por el psicólogo Albert Bandura en 1977, desempeña un papel fundamental en la teoría social cognitiva, especialmente en el ámbito de la salud. Según esta teoría, la autoeficacia se define como la convicción que tiene una persona sobre su capacidad para llevar a cabo con éxito una tarea o alcanzar un objetivo específico en situaciones determinadas. Esta creencia ejerce un impacto significativo tanto en la motivación humana como en la conducta (25,32,33).

La autoeficacia está estrechamente relacionada con los procesos de pensamiento del individuo y se basa en tres tipos de expectativas interrelacionadas. En primer lugar, las expectativas de la situación se refieren a la creencia de que las consecuencias de una acción son influenciadas principalmente por factores ambientales, independientes del control personal. En segundo lugar, las expectativas de resultado se centran en la creencia de que una determinada conducta producirá resultados específicos. Por último, las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida se refieren a la convicción de una persona sobre sus propias capacidades para llevar a cabo las acciones necesarias para obtener los resultados deseados (Bandura, 1995) (33).

Numerosos estudios han mostrado una correlación positiva entre la autoeficacia, la autoestima, calidad de vida y el bienestar psicológico (25,33-36). Además, se ha observado que las personas con una alta autoeficacia

tienden a ser más optimistas acerca de sus habilidades, y están más dispuestas a asumir desafíos y tomar decisiones que les permitan alcanzar sus metas personales (25,33-36).

## **2.2 Marco teórico.**

### **Teoría de la Autotrascendencia.**

La teoría de la autotrascendencia es una teoría de rango medio desarrollada por la Dra. Pamela G. Reed, cuyo resultado proviene de la técnica de reformulación deductiva, para la cual se basó en diferentes fuentes, siendo principal la teoría del ciclo vital, la cual fue adaptada en base al modelo conceptual de Martha E. Rogers y también por su experiencia de práctica clínica y desempeño en la investigación (19,22,23,27).

Esta teoría de enfermería se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de un desarrollo continuo para conservar la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (Reed, 1983). Siendo este principio clave para las investigaciones iniciales de Reed, de las cuales demostraron que aquellas personas mayores con síntomas de depresión tendían a reconocer menos recursos de desarrollo psicológicos y cognitivos para mantener su sensación de bienestar frente a los procesos del envejecimiento, como la disminución de las capacidades físicas y/o cognitivas que un grupo similar de personas mayores “mentalmente sanos” (23,27).

## **Supuestos Teóricos.**

Los principales supuestos de la teoría de la autotrascendencia están enfocados en facilitar el trabajo, comprensión y aplicación de estos para enfermería, que, para Reed, debiesen cumplir con la responsabilidad de centrarse en construir un conocimiento sólido y respaldado que permitan mejorar los procesos relacionados con la salud y bienestar de las personas (27).

### **Salud.**

Para Reed, la salud dentro de los supuestos le define como un proceso vital, conformado por experiencias tanto positivas como negativas que permiten al sujeto tomar conciencia y favorecer las condiciones del entorno en pro del bienestar (27).

### **Enfermería.**

Este supuesto teórico, es comprendido como el papel que toma el profesional enfermero/a respecto a brindar ayuda a los usuarios a su cargo, utilizando los procesos interpersonales y de gestión terapéutica, favoreciendo el desarrollo de habilidades necesarias para promover la salud y el bienestar (27).

## **Persona.**

La persona como supuesto, es comprendido como un ser en desarrollo continuo a largo de todo el ciclo vital, interactuando con otros individuos inmersos en un entorno de complejidad e inestabilidad, que pueden contribuir tanto positiva como negativamente a la salud y al bienestar (27).

## **Entorno.**

El entorno como supuesto teórico, es comprendido como un componente macro que abarca la familia, las redes de apoyo, el entorno físico y los recursos disponibles para la salud, en donde la enfermera debe intervenir en estos fortaleciendo las relaciones enfermera-paciente (27).

## **Conceptos teóricos.**

### **Vulnerabilidad**

La vulnerabilidad se refiere a la conciencia de que el bienestar personal o físico está en riesgo de ser interrumpido por eventos o crisis de la vida, los cuales pueden ser una enfermedad, pérdidas significativas, soledad, entre otras, las cuales pueden aumentar la conciencia de la muerte. Esta "conciencia" puede motivar el desarrollo y superación de nuevos desafíos o retos de la vida (27).

## **Autotrascendencia**

La autotrascendencia es definida como la expansión multidimensional de los límites del yo, y se extiende más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados que se pueden tener en ese momento. Esta al ser multidimensionalmente, se puede abordar de una forma interna, que comprende una mayor conciencia de las propias creencias, valores y metas a través de actividades introspectivas; exteriormente, vista hacia los demás y el medio ambiente; temporalmente con la integración del pasado y el futuro de una manera que mejore la perspectiva presente, aportando aprendizaje; y transpersonalmente, que permite conectarse con dimensiones más allá del mundo típicamente perceptible (19,23,27).

## **Bienestar**

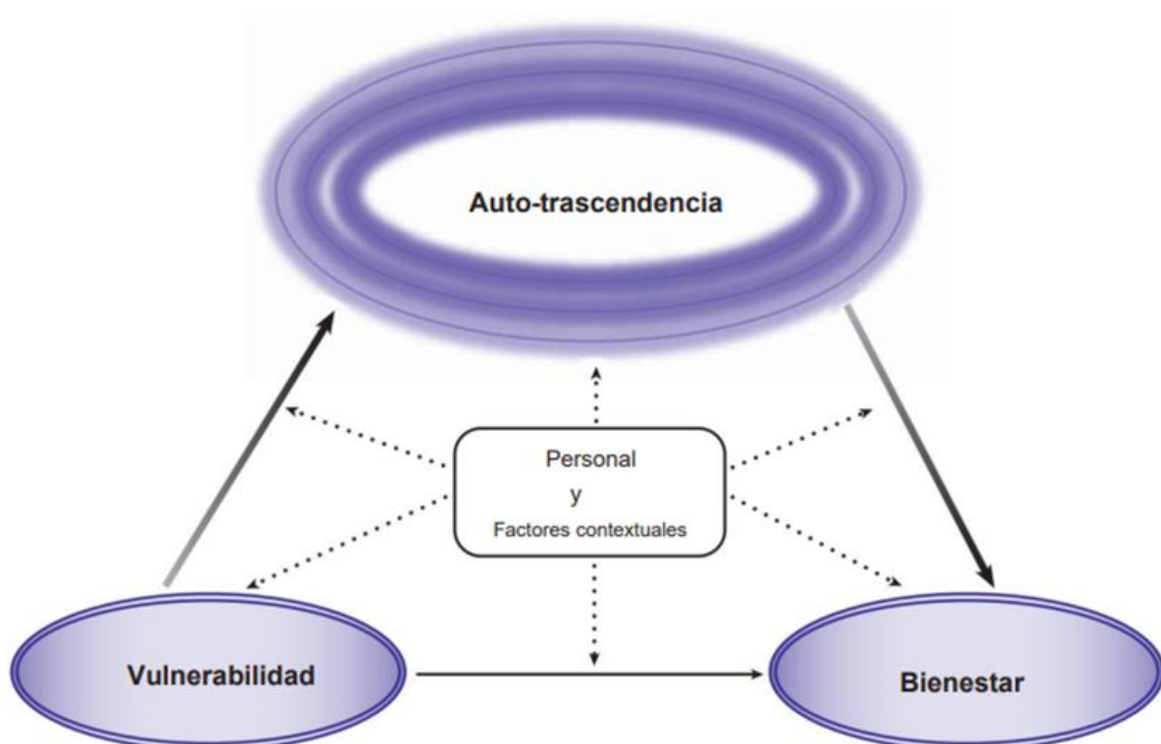
Según la autora, el bienestar es descrito como la sensación de sentirse completo y saludable, un estado de plenitud de acuerdo con los propios criterios de integridad y bienestar. El bienestar como proceso de enfermería se describe en dos tipos de cambio: cambios en la complejidad de una vida, por ejemplo, fragilidad en el envejecimiento avanzado o eventos significativos en la vida, o los cambios en la integración, por ejemplo, en la organización de ideas en la construcción de significado a partir de tales eventos de la vida, o la reorganización de aspectos en la vida de uno (27).

## Factores mediadores-moderadores

Existe una diversidad de variables personales y contextuales que pueden influir en el proceso de autotranscendencia, ya que pueden moderar las relaciones afectando el bienestar de los individuos (27).

La autotranscendencia, entonces, es un mecanismo o proceso por el cual los individuos pueden experimentar bienestar en el contexto de vulnerabilidad, mediado por factores moderadores y/o mediadores (27).

**Figura 1: Esquema de Reed, Teoría de la Autotranscendencia.**



**HIGO. 29.1** Modelo de Teoría de la Autotranscendencia. (Usado con permiso de PG Reed. De Reed, PG [2014]. La teoría de la autotranscendencia. En MJ Smith & P. R Liehr [Eds.], Middle Range Theory for Nursing [3ra ed.]. Nueva York: Saltador.)

La teoría de la autotranscendencia de Reed se basa en la suposición de que los seres humanos establecen límites conceptuales para definir su realidad y experimentar una sensación de integridad y conexión tanto dentro de sí mismos como con su entorno. Estos límites del yo no son estáticos y varían a lo largo de la vida, y están estrechamente relacionados con el bienestar y el desarrollo humano (27).

Otra suposición fundamental en esta teoría es que la autotranscendencia es un aspecto esencial del desarrollo humano (Reed, 2014). Esto significa que la capacidad de autotranscendencia debe manifestarse de manera similar a otras capacidades de desarrollo a lo largo de la vida, con el fin de que una persona experimente una sensación continua de integridad y conexión. Esta suposición se alinea con las concepciones de Frankl (1969) y Maslow (1971) sobre la autotranscendencia como una característica innata y relevante para el bienestar humano (27).

### **2.3 Marco Empírico.**

Con el objetivo de contextualizar la propuesta de investigación, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scopus y Web of Science (WOS). Para la búsqueda se utilizaron las palabras claves: Autotranscendencia, Enfermería, Anciano, como también sus términos en inglés, Self-transcendence, Nursing, Aged; utilizándose el booleano AND para unión de términos y su asociación.

La búsqueda en la literatura se realizó con el propósito de obtener una visión completa y actualizada del conocimiento existente en el área de estudio. Se encontró una mayor proporción de estudios en E.E.U.U y China. La evidencia seleccionada será presentada en los siguientes párrafos.

La autotrascendencia, analizada en el marco teórico de Reed, es considerada un recurso importante para el bienestar de las personas mayores, la cual podría ofrecer un abordaje positivo en esta población, que se encuentra enfrentada a varios retos y cambios propios del proceso de envejecimiento (19,22,23,27).

En este sentido, se realizó un estudio de factibilidad de un Programa de enfoque psicoeducativo para la trascendencia y la salud en personas mayores estadounidenses, que incluía cinco dominios: 1. relaciones con otros en el pasado, presente y futuro; 2. introspección o mirar dentro de uno mismo; 3. creatividad o expresión del yo; 4. contemplación de la naturaleza de este mundo; y 5. espiritualidad. Los investigadores de este estudio observaron un aumento en los niveles de autotrascendencia en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, estos sugieren una tendencia saludable hacia la mejora del bienestar psicológico, la aceptación de situaciones de la vida, al afrontamiento, a la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión, por lo que el fomento de la autotrascendencia puede resultar clave para permitir cambiar la forma en que las personas mayores

se perciben a sí mismos, sus relaciones con los demás, el mundo material, su dimensión metafísica y espiritual (37).

Fiske E. (2019), investigó la autotrascendencia en personas de EE. UU. con estudios en ciencias de la salud que habían participado en misiones de salud en el extranjero. Los resultados mostraron que, en este grupo, la edad de las personas que fluctuaba entre 18 a 74 años, con una media de 47,69 años, no se relacionó, con los niveles de autotrascendencia. Respecto al sexo se observó que las mujeres percibieron mayor autotrascendencia que los hombres (38).

Sin embargo, en otro estudio realizado por Haugan et al. no se encontraron diferencias significativas en el grupo estudiado según sexo (39), o en el estudio realizado por Oliva en población chilena (40), pero en el que, sí se encontró que, a mayor edad, mayor es el nivel de autotrascendencia de las mujeres, a diferencia de lo encontrado por Fiske en EE.UU.(38).

Otro aspecto estudiado en relación a la autotrascendencia es el impacto de las enfermedades diagnosticadas en las personas. Según Er Seda et al. (Turquía, 2022), aquellos que enfrentan enfermedades o experiencias vitales difíciles, como el cáncer, pueden desarrollar una mayor flexibilidad y adaptación, lo que contribuya a su crecimiento personal, bienestar, resiliencia y autotrascendencia (41). No obstante, es importante destacar que la acumulación de eventos vitales negativos puede eventualmente provocar una disminución en la autotrascendencia y, en consecuencia, afectar el bienestar en general. Esto puede observarse, por

ejemplo, en casos avanzados de cáncer, donde la autotranscendencia tendió a disminuir (41,42).

En cuanto a otras condiciones de salud, como en el estudio realizado por Peralta et al. (2020) de autotranscendencia y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), concluye que la presencia de estas no afectó en el nivel de autotranscendencia del grupo de personas mayores estudiadas en Perú (43). Además, en el estudio de Norberg et al. en Suecia, se exploraron condiciones médicas graves como la EPOC o la insuficiencia cardíaca, y no se encontró una asociación significativa entre la autotranscendencia y la presencia de estas enfermedades. Es importante tener en cuenta que la supervivencia en estos casos está relacionada con la complejidad de las enfermedades mencionadas (42).

En el ámbito social, se ha observado que las personas con menor autotranscendencia tienden a tener menos interacciones sociales, lo que aumenta su propensión a la soledad y el aislamiento (41,42). Sin embargo, según el estudio de Oliva, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de autotranscendencia entre las personas mayores que comparten casa o cohabitan (40). Esto indica que vivir solo o con la familia no parece tener un impacto significativo en el nivel de autotranscendencia (Er Seda et al., 2022) (41).

Además, Oliva menciona que no se encontraron diferencias en el nivel de autotranscendencia según el estado civil de las personas. Esto sugiere que el estado civil no está directamente relacionado con la autotranscendencia (40).

En cuanto a los ingresos económicos, no se ha encontrado una relación directa entre la autotranscendencia y los niveles de ingresos. La autotranscendencia puede influir en la percepción que una persona tiene de su vida y su bienestar emocional y mental, independientemente de su nivel de ingresos (40,42).

Estas investigaciones apuntan a la importancia de la autotranscendencia en el ámbito social, mostrando cómo puede afectar la interacción social, la soledad y el aislamiento. También resaltan que factores como la convivencia, el estado civil y los ingresos económicos no parecen tener una influencia significativa en el nivel de autotranscendencia de las personas (40,42).

De las variables psicológicas, los investigadores refieren que, a través del curso de la vida frente a situaciones complejas, las personas mayores responden acertadamente, pueden comprender, manejar y darle significado a ese difícil evento para su vida, es decir, han desarrollado el sentido de coherencia. (Betancurth et al., 2022) (44).

En un estudio longitudinal realizado por Sanna et al. (2022), se evaluó el Sentido de Coherencia (SOC) en personas mayores de cuatro municipios del este de los Países Bajos. A lo largo de un período de 6 años y

mediante tres mediciones, los autores concluyeron que, a pesar de los eventos negativos de la vida experimentada por los participantes, el SOC se mantuvo estable en la población (45). Estos eventos negativos se percibieron como desafíos que, aunque podrían haber tenido un impacto considerable en la vida de los individuos, la presencia de un SOC estable les permitió manejarlos de manera más efectiva, haciendo uso de otros recursos disponibles. Estas resoluciones resaltan la importancia de fortalecer el SOC como un factor protector para el bienestar y la adaptación de las personas mayores ante las adversidades (44,45).

En este sentido, los investigadores han encontrado consistentemente que las personas mayores sanas con un alto nivel de sentido de coherencia presentando una menor probabilidad de padecer problemas psiquiátricos en comparación con aquellos que perciben menores niveles de SOC (30,44,45).

En un estudio longitudinal realizado por Lin et al. (2021), se encontraron la relación entre el SOC y la esperanza en adultos mayores, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre un mayor SOC y un aumento en la esperanza en las personas mayores. Este hallazgo destaca al SOC como un recurso psicológico importante para enfrentar los desafíos asociados con el envejecimiento (46).

La autoeficacia es una variable de interés en esta investigación, que se refiere a la creencia que tiene una persona en su propia capacidad para llevar a cabo acciones, alcanzar metas y enfrentar desafíos. Aunque no

se encontraron estudios que asocian directamente la autoeficacia con la autotrascendencia, es importante destacar el impacto de la autoeficacia en la vida de las personas mayores.

En el estudio realizado por Tapia et al. (2017), observaron que las personas que percibían una alta autoeficacia tendían a tener un envejecimiento activo, pues la autoeficacia actuaba como un posible factor facilitador que promovía la participación en actividades y el mantenimiento de un estilo de vida activo (47).

En un estudio realizado por Chien et al. (2022), se mostró la relación entre la autoeficacia, la calidad de vida y los pensamientos positivos en mujeres mayores que padecían incontinencia urinaria de esfuerzo. En este, se observó que las mujeres con mayor autoeficacia tendían a tener una mejor calidad de vida relacionada con su condición de salud (36).

Además, Hladek et al. (2021) concluyeron que la autoeficacia puede ser un factor modificable clave en las intervenciones para prevenir la fragilidad física en las personas mayores. En el grupo estudiado, se demostró que una baja autoeficacia percibida representaba un aumento del 41% en el riesgo de desarrollar fragilidad en los próximos 7 años (48).

Si bien hasta el momento no se han identificado estudios específicos que investiguen la relación entre la autoeficacia y la autotrascendencia, es relevante considerar la importancia de explorar esta relación, como también la autotrascendencia y el sentido de coherencia, todos considerados como recursos significativos para el bienestar.

De acuerdo con los resultados de los estudios antes presentados es de interés para esta investigación analizar la autotrascendencia con variables biológicas como el género, edad, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas; variables socioculturales, estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico familiar, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia; y con variables psicológicas como el sentido de coherencia y autoeficacia.

### **3.- Objetivos y variables.**

#### **3.1 Objetivos.**

##### **3.1.1 Objetivos generales.**

- Determinar la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.
- Analizar la asociación entre la autotrascendencia y las características biológicas, socioculturales y psicológicas de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

### **3.1.2 Objetivos específicos.**

- Identificar las características biológicas (género, edad, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas), socioculturales (estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia.) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.
- Evaluar la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.
- Evaluar el sentido de coherencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.
- Evaluar la autoeficacia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.
- Determinar si existe asociación entre la autotrascendencia con características biológicas (edad, género, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

- Determinar si existe asociación entre autotrascendencia y características socioculturales (estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia.) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.
- Determinar si existe asociación de la autotrascendencia y las características psicológicas (sentido de coherencia, autoeficacia) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

### **3.2 Hipótesis**

- A mayor edad, mejor es la percepción de autotrascendencia en personas mayores.
- A mayor nivel educacional, mejor es la percepción de autotrascendencia de las personas mayores.
- Las personas mayores que practican o profesan una religión tienen una percepción de autotrascendencia significativamente mayor en comparación con aquellas que no lo hacen.
- El Sentido de Coherencia se asocia positivamente con la percepción de autotrascendencia en personas mayores.
- La Autoeficacia se asocia positivamente con la percepción de autotrascendencia en personas mayores.

### 3.3 Variables.

**Cuadro 1: Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.**

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variabes Independientes</b>	
<b>Autotrascendencia</b>	<b>Biológicas.</b>	Edad. Género. Presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas.
	<b>Socioculturales.</b>	Estudios. Estado civil. Situación de pareja. Actividad laboral. Ingreso económico. Situación habitacional. Cohabitación. Religión. Creencia.
	<b>Psicológicas.</b>	Sentido de Coherencia. Autoeficacia.

Definición de las variables en Anexo 1.

## 4.- Metodología.

### 4.1 Tipo de estudio y diseño.

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

## **4.2 Marco muestral.**

### **4.2.1 Población y/o universo.**

La población estudiada, fueron las personas mayores que participaban en grupos de la ciudad de Los Ángeles, vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM). Según las cifras que manejaban desde el CIAM de Los Ángeles, contaban con aproximadamente 31 mil personas mayores de 60 años en la ciudad, y hasta esa fecha había 121 grupos de personas mayores (grupos, agrupaciones, clubes, academias, conjuntos, colegios, asociaciones), de las cuales cada una contaba con un representante elegido entre sus miembros. Cabe destacar, que cada grupo funciona autónomamente y se juntaban en diferentes lugares, por lo que el CIAM no contaba con una cantidad exacta de cuantas personas participaban en su totalidad, pero se estimó que participaban alrededor de 10 miembros por agrupación, por lo que se utilizó un número aproximado de 1,210 personas mayores que participaban activamente.

### **4.2.2 Unidad de análisis.**

Persona mayor de 60 años que integra alguno de los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

### **4.2.3 Muestra.**

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra por medio de una regresión lineal múltiple, considerando las preguntas del estudio y variable principal (Autotrascendencia) y sus 14 variables predictoras (biológicas, psicosociales y psicológicas). Este cálculo fue realizado en el programa G. Power 3.1.9.7, con un efecto medio a detectar ( $F^2=0.15$ ) y una potencia de 0.8, obteniendo una muestra aproximada de 135 personas. Además, con este valor se puede determinar la autotrascendencia con 4 categorías, con un intervalo de confianza de 95%, una precisión de 3 y una desviación estándar de 4,9 respaldado por estudios realizados previamente (22,40).

### **4.2.4 Tipo de muestreo.**

Muestreo aleatorio simple y muestreo por conglomerados. De las 121 agrupaciones de personas mayores, se llevó a cabo un muestreo por conglomerado, el cual fue realizado por el CIAM, asegurando así la aleatorización en la selección de las agrupaciones que fueron invitadas a participar en el estudio. Con base en la muestra objetivo, de manera aleatoria, el CIAM proporcionó el nexa colaborativo con 14 agrupaciones, asignando una diferente cada semana, a las que se estimó un porcentaje de respuestas de los integrantes de estas agrupaciones de un 70% para alcanzar el tamaño de muestra.

Posteriormente se estableció contacto con los representantes de los grupos asignados, a los que se les proporcionó información general sobre el

estudio y se les solicitó 10 minutos de sus actividades habituales para presentar la investigación a los miembros de cada agrupación, los cuales fueron al inicio de sus reuniones regulares o encuentros, o a su finalización. Terminada la presentación, se les invitó a participar en el estudio.

A quienes desearon participar se les facilitó la información de contacto del investigador para realizar consultas. Con cada participante se acordó la próxima entrevista, de acuerdo con uno de los días de encuentro del grupo (para no incurrir en gastos de traslado). La entrevista se llevó a cabo en espacios facilitados por el o la encargada de cada grupo, realizando su aplicación en un cuestionario individual para establecer un clima de seguridad y resguardo de información.

El caso que la persona no pudiera concurrir a la aplicación del instrumento recolector de datos, se le consultó si aceptaban la entrevista por vía telefónica.

#### **4.2.5 Criterios de inclusión:**

- Personas de 60 años o más.
- Pertener y participar en alguno de los grupos de persona mayores.

#### **4.2.6 Criterios de exclusión.**

- Personas con alguna patología/condición psiquiátrica, neurológica o del lenguaje que no estén controladas o que les dificulte la comprensión de la participación y manifestación de voluntad.
- Personas con limitaciones cognitivas que no sean capaces de contestar autónomamente.
- Personas mayores con limitaciones en la comprensión y manejo del idioma español.

#### **4.3 Instrumento Recolector de Datos.**

El instrumento recolector de datos se conformó por un cuestionario semiestructurado de variables biosocioculturales y 3 escalas que evaluaron la autotrascendencia, sentido de coherencia y autoeficacia. Anexo 2.

##### **4.3.1 Descripción del Instrumento.**

###### **4.3.1.1 Cuestionario de datos sociodemográficos.**

Este cuestionario permitió obtener información general sobre el grupo de personas de este estudio. Dentro de los datos que incluyó este cuestionario están los factores biológicos y sociales de los participantes, edad, género, enfermedad o enfermedades diagnosticadas, estudios, estado

civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico, situación habitacional, cohabitación, religión y creencia.

#### **4.3.1.2 Escala de Autotrascendencia (Self-Trascendence Scale).**

Escala diseñada por Reed (1991), con el propósito de medir como el individuo expande sus límites personales de diferentes formas. El instrumento consta de 15 reactivos con una escala de tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de 1 a 4, donde 1 indica “No, para nada”, 2 “Muy poco”, 3 “Algo” y 4 “Mucho”. El puntaje total varía entre 15 y 60, en el cual altos puntajes en la escala indican mayor autotrascendencia y bajos puntajes indican menor autotrascendencia, teniendo una validez interna de  $\alpha = 0,85$ . (22,40,49).

Esta escala cuenta con 3 categorías para su interpretación global, las cuales son:

- Baja autotrascendencia: de 15 a 29 puntos.
- Mediana autotrascendencia: de 30 a 44 puntos.
- Alta autotrascendencia: de 45 a 60 puntos.

Autorización de uso, Anexo 3.

#### **4.3.1.3 Cuestionario Breve de Orientación Hacia la Vida (SOC-13)**

El SOC-13 fue desarrollado por Antonovsky (1987) el cual está basado en el Modelo Salutogénico, con el propósito de evaluar la capacidad de visualizar la vida. Este cuestionario se deriva del cuestionario original de 29 reactivos desarrollado por el mismo autor, el cual refirió que la versión breve permitiría contestar en un menor tiempo y de este modo reducir la falta de respuestas.

El instrumentó está compuesto por 13 reactivos dividido en tres dimensiones; las preguntas 1, 2, 3, 7 y 10 contienen un sentido negativo haciendo necesaria la inversión de sus valores para realizar el análisis estadístico; la dimensión de significatividad está compuesta con la suma de los ítems 1, 4, 7 y 12; la manejabilidad con la suma de los ítems 3, 5, 10 y 13; y la comprensibilidad con la de los ítems 2, 6, 8, 9, y 11. El cuestionario breve de orientación hacia la vida (SOC-13) es una escala de diferencial semántico para facilitar la comprensión de los reactivos; de acuerdo con el autor se puede agregar un patrón de respuesta de tipo Likert que van de 1 a 7 donde 1 significa "Nunca", 2 "Casi nunca", 3 "Raras veces", 4 "En ocasiones", 5 "Con frecuencia", 6 "Casi siempre" y 7 "Siempre".

El rango de puntuación total del cuestionario es de 13 a 91. Para categorizar los resultados en las tres fortalezas de salutogénesis, se utilizan los siguientes rangos de puntuación:

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

La consistencia interna de la escala entregó coeficientes alfa de 0,74. (31).

#### **4.3.1.4 Escala de Autoeficacia General (EAG).**

Esta escala, en su versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem (1993), consta de diez ítems y un rango de puntuaciones en la escala de 10 a 100. Los resultados de la escala de autoeficacia general percibida se pueden categorizar en tres niveles diferentes, que son los siguientes:

- Alta autoeficacia: cuando la puntuación total oscila entre 30 y 40, se considera que la persona tiene una alta autoeficacia, lo que significa que cree en su capacidad para afrontar con éxito situaciones y desafíos difíciles.
- Media autoeficacia: cuando la puntuación total oscila entre 20 y 29, se considera que la persona tiene una media autoeficacia, lo que significa que tiene una creencia moderada en su capacidad para afrontar situaciones y desafíos difíciles.
- Baja autoeficacia: cuando la puntuación total oscila entre 10 y 19.

El coeficiente alfa de Cronbach de la EAG (0,84) (32).

#### **4.4 Control de calidad.**

##### **4.4.1 Prueba piloto.**

Posterior a la aprobación de los Comités Éticos Científicos, se realizó una prueba piloto, la cual tuvo como objetivo principal evaluar el tiempo de respuesta, comprensión y claridad de los ítems del instrumento recolector de datos, conformado por un cuestionario sociodemográfico, escala de autotrascendencia, escala de sentido de coherencia y autoeficacia general.

Esta fue realizada por el investigador a cargo del proyecto de tesis en coordinación con el CIAM LA, quienes gestionaron la selección anónima de un grupo de personas mayores de su vinculación.

Una vez contactado al representante del grupo, se le presentó el protocolo de tesis y objetivo de la prueba piloto. Posteriormente, se solicitó autorización para reunirse con el grupo para dar a conocer el proyecto a los miembros del grupo e invitarlos a participar. A quienes desearon participar de forma libre y voluntaria, se les invitó a coordinar fecha para realizar la entrevista, acordando que coincidiera con el día de encuentro del grupo, con el fin de no incurrir en gastos de traslado, solicitando estar 20 minutos antes o posterior de la hora habitual de las actividades del grupo.

La entrevista se llevó a cabo en un espacio abierto en donde se reunía dicho grupo, pero de manera apartada y de forma individual para establecer un clima de seguridad y confidencialidad de la información.

La recolección de datos comenzó con la lectura del consentimiento informado, al cual se le asignó un número de folio, se resolvieron las dudas y luego firmaron el consentimiento. Posteriormente las personas respondieron a las preguntas del estudio, realizadas en forma verbal por el investigador. Dichas respuestas fueron marcadas en un formulario online que contenía las preguntas del instrumento recolector de datos. El encuestador fue resolviendo dudas que surgieron durante la aplicación del instrumento.

Esta prueba incluyó a 11 personas, para ello, los criterios de selección fueron los siguientes:

**Criterios de inclusión:**

- Personas de 60 años o más.
- Pertener y/o participar en el grupo de personas mayores proporcionado por el Centro Integral de la Ciudad de Los Ángeles.

**Criterios de exclusión:**

- Personas con alguna patología/condición psiquiátrica, neurológica o del lenguaje que no estén controladas o que les dificulte la comprensión de la participación y manifiesto de voluntad.
- Personas con limitaciones cognitivas que no sean capaces de contestar autónomamente.

- Personas mayores con limitaciones en el manejo del idioma español.

Con respecto a la comprensión del instrumento recolector de datos, no existió dificultad para responder el cuestionario semiestructurado de datos sociodemográficos, ni la escala de autotrascendencia y autoeficacia general, no así con el cuestionario breve de orientación hacia la vida (SOC-13), en donde las personas realizaron muchas preguntas. El cual se dificultó la comprensión por el sistema de respuestas del instrumento por parte de los participantes, por lo que analizando la situación con profesora guía de proyecto de tesis, se sugirió implementar estrategia visual de cada pregunta y proporcionar formulario impreso para aplicación en recolección de muestra final.

La muestra estuvo conformada por mujeres de entre 60 y 77 años y el tiempo promedio que se demoraron las personas mayores en responder el instrumento recolector de datos fue de 18 minutos.

#### **4.4.2 Validez y confiabilidad del instrumento.**

**Escala de Autotrascendencia:** Esta escala cuenta con una validación reciente al idioma español, realizado el año 2018 por Pena et al. En este estudio, el fundamento de validez y confiabilidad de la escala de autotrascendencia se basó en un proceso riguroso de traducción y colaboración con expertos en el área. Dos traductores nativos de habla hispana se encargaron de traducir la escala, y posteriormente, se contó con

la colaboración de 20 expertos para asegurar la adecuación y precisión de la versión en español (49).

Se reclutó una muestra de 138 participantes para evaluar la escala de autotranscendencia. De estos, dos participantes no cumplieron con los criterios de selección, por lo que se excluyeron del análisis. Así, 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 (49).

La muestra estuvo compuesta por 90 mujeres (77,59%) y 26 hombres (22,41%), con edades medias de 39,71 años para las mujeres (IC 95% = 30,81 - 41,26) y 43,38 años para los hombres (IC 95% = 41,83 - 52,28) (49).

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 (49).

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) (49).

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 (49).

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 (49).

Finalmente, se evaluó la consistencia interna de la escala mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo resultados favorables:  $\alpha_t = 0,772$  (0,785 estandarizado) para la puntuación total de la escala y  $\alpha_{rt} = 0,833$  (0,844 estandarizado) para la puntuación de la prueba de re prueba, lo que indica una buena confiabilidad de la escala (49).

En conclusión, los resultados obtenidos en el estudio brindaron un fundamento sólido para la validez y confiabilidad de la escala de autotranscendencia utilizada en este contexto de investigación en salud. La muestra analizada y los análisis estadísticos realizados respaldan la idoneidad de la escala para medir el constructo de autotranscendencia en personas mayores de 20 años dentro del ámbito de la enfermería (49).

Aun así, para su aplicación se realizó una evaluación transcultural para adaptación lingüística al país.

**Cuestionario Breve de Orientación Hacia la Vida:** Esta escala cuenta con una validación reciente al idioma español, realizado el año 2019, por Vega et al. El análisis de validez y confiabilidad del cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13) se basó en un proceso riguroso de adaptación transcultural y prueba piloto para asegurar su adecuación y precisión en la población de estudio (31).

En el proceso de adaptación transcultural, todos los ítems de la escala fueron convertidos del inglés al español y posteriormente retraducidos al inglés para garantizar una equivalencia semántica entre ambas versiones. Esta estrategia es fundamental para asegurar que la escalada mida el mismo constructo en ambas lenguas y culturas (31).

Para evaluar la comprensión de los enunciados de los elementos en la población de interés, se realizó una prueba piloto con 12 estudiantes de enfermería, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 24 años. Los resultados de la prueba piloto indicaron una comprensión general adecuada de los elementos, aunque algunos estudiantes tenían dudas sobre si se referían a aspectos generales de su vida o aspectos más específicos. Para abordar esta cuestión, se incluye el término "vida general" en las instrucciones para evitar confusiones y posibles sesiones (31).

El tiempo medio utilizado por los estudiantes para contestar todos los elementos de la escala SOC-13 fue de aproximadamente 6 minutos, lo que sugiere que la escala es de fácil y rápida aplicación (31).

En cuanto a la confiabilidad de la escala, se calculan las correlaciones entre los distintos elementos y el resultado global, y se demostró que todas las correlaciones fueron superiores a 0.4, lo que indica una buena consistencia interna de la escala. Además, el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para la concordancia entre elementos fue inferior a 0,7, lo que sugiere una adecuada estabilidad de las respuestas a lo largo del tiempo (31).

El análisis del Alfa de Cronbach para la escala total arrojó un valor de 0,809, lo que indica una alta confiabilidad y consistencia interna de la escala. Para cada una de las tres dimensiones resultantes de los análisis factoriales se obtuvieron valores de alfa de Cronbach que refuerzan la consistencia interna de cada dimensión (31).

En conclusión, el cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13) ha demostrado tener un fundamento sólido de validez y confiabilidad en el contexto de esta población de 384 estudiantes de enfermería. La adaptación transcultural garantizó su equivalencia semántica en español, mientras que la prueba piloto no pudo identificar y abordar posibles confusiones en la comprensión de los elementos. Los análisis estadísticos respaldan la confiabilidad y consistencia interna de la escala, lo que sugiere que es una herramienta válida y confiable para medir el sentido de coherencia en estudiantes universitarios (31).

**Escala de Autoeficacia General (EAG):** Esta escala cuenta con una validación al idioma español y nacional, realizado el año 2010 por Cid et al. El fundamento de validez y confiabilidad de la escala de autoeficacia (EAG) se basa en el análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra representativa de la población chilena, que incluye tanto a hombres como mujeres con edades comprendidas entre 15 y 65 años (32).

En cuanto a la validez de la escala, se destaca que el coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0,84, lo que indica que el 84% de la diferencia en las diferencias refleja diferencias reales entre las personas, mientras que el 16% restante se depende de fluctuaciones al azar. Este resultado sugiere que los reactivos o elementos que componen la escala son homogéneos y que la medida es consistente en la evaluación de la característica específica para la cual fue diseñada. Además, la escala ha mostrado características psicométricas adecuadas en la población chilena, lo que respalda su validez en este contexto (32).

En cuanto a la confiabilidad de la EAG, demuestra su consistencia interna u homogeneidad mediante el alto coeficiente alfa de Cronbach obtenido. Este resultado es consistente con estudios previos que utilizaron el mismo instrumento en poblaciones de otros países, como Costa Rica, España y Perú, lo que sugiere que la escala es confiable y produce resultados consistentes en diferentes contextos culturales (32).

En resumen, los resultados del estudio respaldan las características psicométricas adecuadas de la escala de autoeficacia en la población

chilena, lo que sugiere que es un instrumento válido y confiable para medir la autoeficacia en personas de diferentes edades y géneros en este país (32).

#### **4.5. Procedimiento y/o técnicas de recolección de información.**

Para el inicio al procedimiento de obtención de datos se debió contar con las aprobaciones y autorizaciones del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y del Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Biobío.

Una vez aprobado por los comités éticos científicos, se procedió a la realización de una reunión con equipo encargado del CIAM LA, en el que se presentó el plan de trabajo y solicitud de apoyo para invitar a la población objetivo. Para la invitación de reclutamiento de los participantes, se contactó a las y los presidentes de cada grupo de personas mayores del centro asociado, en cuya instancia se dio a conocer en qué consistía la investigación planteada y la importancia de participar en ella libre y voluntariamente. Además, se les solicitó el apoyo para brindar un espacio de tiempo de sus actividades habituales para captar el interés de los demás integrantes, y posteriormente ser contactados para llevar a cabo una entrevista, la cual se ofreció a realizar de dos modalidades, la primera es vía presencial para lo que se contaba con un lugar en el CIAM LA o lugar de reuniones del grupo, y la segunda, por modalidad telefónica. En ambas modalidades los participantes debían responder un instrumento recolector de

datos una única vez. Para la aplicación presencial del instrumento, se coordinó previamente con los voluntarios acordar fecha y hora, preferentemente se propusieron los días de actividades, para coordinar tiempo antes o posterior a estas, con la finalidad de no significar posibles gastos adicionales asociados a transporte u otros personales para la opción de entrevista presencial.

Las personas que desearon participar de manera libre y voluntaria, que cumplieran con los criterios de selección fueron provistas con información detallada sobre la entrevista, y se les dio la oportunidad de plantear cualquier consulta relacionada con su participación en la investigación. Asimismo, se entregó un consentimiento informado, el cual debió ser firmado, enfatizando que su participación era completamente libre y voluntaria, teniendo el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto tenga un impacto negativo en su atención en salud.

El tiempo promedio en responder el instrumento recolector de datos fue de 25 a 35 minutos. Posterior a la aplicación, se dio una instancia de agradecimiento por su participación.

#### **4.6. Procesamiento de los datos.**

Los datos fueron ordenados en una tabla Excel, los cuales se analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 28 «Statistical Product and Service Solutions» en un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico.

#### **4.7. Análisis de los datos.**

Para la caracterización de la muestra se utilizaron estadísticas descriptivas, con medidas de resumen para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

Para las variables psicológicas se utilizaron la escala de autotrascendencia (Self-Transcendence Scale), el cuestionario breve de orientación hacia la vida (SOC-13) y la escala de autoeficacia general (EAG), primero se estimó la confiabilidad por consistencia interna (alfa Cronbach), para luego utilizar las medidas de resumen global (tendencia central y de dispersión), y para su categorización se usaron frecuencias absolutas y relativas.

Al análisis de la asociación entre la variable Autotrascendencia con las variables biológicas, socioculturales, y psicológicas, se comenzó con el análisis bivariado (comparación de medidas de resumen de la autotrascendencia con cada categoría de las variables cualitativas, y con las variables cuantitativas se realizó correlación de Pearson). Finalmente se utilizó estadística multivariada con un modelo de regresión lineal múltiple (autotrascendencia como variable respuesta y predictoras las variables que en el análisis bivariado presenten relación).

**Cuadro 2: Plan de análisis de los datos según objetivos específicos.**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Plan de Análisis</b>
Evaluar la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.	Análisis estadístico descriptivo. Medidas frecuencia, tendencia central y dispersión.
Identificar las características biológicas, socioculturales de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.	Análisis estadístico descriptivo. Medidas frecuencia, tendencia central y dispersión.
Evaluar el Sentido de Coherencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.	Análisis estadístico descriptivo. Medidas frecuencia, tendencia central y dispersión.
Evaluar la autoeficacia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.	Análisis estadístico descriptivo. Medidas frecuencia, tendencia central y dispersión.

<p>Determinar si existe asociación de la autotrascendencia con características biológicas (edad género, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.</p>	<p>Estadística multivariada con un modelo de regresión lineal múltiple y se realizará correlación de Pearson.</p>
<p>Determinar si existe asociación entre autotrascendencia y características socioculturales (estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico familiar, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.</p>	<p>Estadística multivariada con un modelo de regresión lineal múltiple y se realizará correlación de Pearson.</p>
<p>Determinar si existe asociación entre autotrascendencia y las características psicológicas (sentido de coherencia, autoeficacia) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.</p>	<p>Estadística multivariada con un modelo de regresión lineal múltiple y se realizará correlación de Pearson.</p>

## **Aspectos éticos involucrados.**

### **4.8. Criterios éticos de Ezequiel Emanuel**

#### **Asociación colaborativa.**

Se solicitó el apoyo de la Directora del Centro Integral del Adulto Mayor de la Ciudad de Los Ángeles para la ejecución de proyecto de tesis. Inicialmente, se realizó un primer contacto a través de los canales oficiales (oficina de partes de la Municipalidad de Los Ángeles), donde se presentó una solicitud para llevar a cabo el estudio entre las personas mayores que integran los grupos vinculados con el Centro Integral del Adulto Mayor, Anexo 4. Posteriormente, se proporciona por medio de la oficina de partes, el contacto con Directora del CIAM LA, a quien se solicitó una reunión inicial en la cual se le presentó de manera general el proyecto, sus objetivos y la metodología del estudio. Consecutivamente, se solicitó una carta de intención para el nexo de colaboración, con la finalidad de ser presentado a los comités éticos científicos. Se anexa solicitud de apoyo, Anexo 5 y su respuesta Anexo 6.

Una vez finalizado el protocolo de proyecto de tesis y obtenido sus respectivas aprobaciones por parte de los comités, se solicitó una nueva reunión, en las que se presenta propuesta final y se solicitó carta de asociación colaborativa para iniciar el proceso de cooperación con el CIAM LA. Anexo 7.

### **Valor social de la investigación.**

La importancia social que tuvo la investigación es que permitió la identificación de la autotranscendencia de las personas mayores de 60 años y su asociación con variables biológicas, socioculturales y psicológicas planteadas, pues se han encontrado pocos estudios que aborden la autotranscendencia a nivel latinoamericano, lo que contribuye a generar evidencia en el país y región. Es importante considerar que la autotranscendencia es de gran relevancia para bienestar de las personas, sobre todo en el proceso de envejecimiento, por lo que este estudio contribuirá a construir evidencia que sirva a futuras investigaciones y prácticas en el marco de la Promoción de la Salud y el Envejecimiento Saludable.

### **Validez científica.**

Esta investigación utilizó una metodología científica, siguiendo los lineamientos establecidos por Hernández et al. Fue un diseño cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. Destacando que la investigación fue llevada a cabo respetando los protocolos declarados asegurando que la publicación de los resultados sea veraz, consistente y justa.

### **Selección equitativa de los sujetos.**

Para la selección de los participantes se consideró que cumplieran las características acordes al objetivo de la investigación, proporcionando la posibilidad de participar a todas las personas mayores de 60 años que cumplieron con los criterios de inclusión y voluntariedad. El proceso de reclutamiento de participantes se llevó a cabo mediante un muestreo simple y por conglomerado a cargo del CIAM LA, quienes, con base en la muestra objetivo, eligieron a los grupos.

Posteriormente, se estableció contacto con los representantes de dichos grupos, a los cuales se les proporcionó información general sobre el estudio y se les solicitó 10 minutos del tiempo de sus actividades regulares, en los cuales se presentó el investigador responsable, el proyecto general y se les realizó la invitación a participar en el estudio a todos los miembros de los grupos.

La aplicación del instrumento se coordinó previamente con los presidentes y participantes, con los que se acordó lugar, fecha y hora, en los que se sugirió preferentemente los días de actividades habituales, en donde se coordinó tiempo de aplicación antes o posterior a estas, esto con la finalidad de no significar posibles gastos adicionales asociados a transporte u otros personales y no afectar la coordinación de sus actividades.

### **Proporción favorable riesgos – beneficios.**

Para el estudio, se siguieron los principios de no maleficencia y beneficencia, con el fin de asegurar que los beneficios superaran los riesgos. Los posibles riesgos asociados a la participación de las personas mayores fueron mínimos, principalmente a evocación de situaciones y reflexiones relacionadas a la vida personal y familiar durante la aplicación del instrumento recolector de datos, o también surgieron cuestionamientos con respecto al paso de la vida y/o el aporte o significado de sus logros. Si bien, los casos fueron muy pocos, ante el surgimiento de emociones, se aplicó cuidados de contención emocional brindado por el entrevistador, en los cuales se mantuvo una escucha activa, comunicación empática, propiciando un espacio seguro, se recordó que podía postergar o interrumpir la aplicación de instrumento y dio un apoyo psicológico según los requerimientos y límites del participante. En todos los casos posterior a expresión e identificación de la emoción, no decidieron abandonar el estudio. Finalizando la recolección de datos, se invitó a una reflexión final, en la que fue un balance positivo, sin necesidad de realizar orientación a conductas a seguir.

Es importante mencionar que esta investigación no implicó ningún gasto asociado a los participantes, y que los datos proporcionados por estos se encontrarán resguardados y protegidos en computador del investigador responsable, con un periodo de almacenamiento de aproximadamente 15

años y los datos plasmados en los instrumentos físicos serán almacenados en un lugar cerrado de acceso exclusivo por el investigador responsable.

### **Evaluación independiente.**

Se declara no presentar conflictos de interés por parte de los/as autores/as. Además, la investigación se envió a evaluación de los diferentes Comités Éticos Científicos para la revisión correspondiente del proyecto propuesto y asegurando que la investigación es éticamente aceptable, cumpliendo el marco legal establecido en Chile.

Este estudio fue revisado y aprobado por:

- Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (Anexo 8).
- Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (Anexo 9).
- Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Biobío (Anexo 10).

Además, como autor asumo la responsabilidad hacia los participantes y establecimientos partícipes de los potenciales riesgos y beneficios que conllevó la investigación.

## **Consentimiento informado.**

A todos/as las personas participantes del estudio se les informó sobre la investigación, sus posibles riesgos y beneficios asociados. Se les mencionó de manera clara los objetivos, la metodología a utilizar, descripción de la investigación en general, se les aseguró la confidencialidad y resguardo de la información brindada. También se les indicó el tiempo requerido para el desarrollo de la entrevista, respetando en todo momento su autonomía y sus derechos, reforzando que la participación era libre y voluntaria y que tenían el derecho de no responder a todas las preguntas, o a suspender o retirarse del estudio cuando lo decidiera sin perjuicio alguno.

Para la firma del consentimiento informado, se asignó un periodo previo a la entrevista para ser leído y firmado. En el caso de entrevistas telefónicas, posterior a ser leído el consentimiento, se inició grabación de voz consentida, en la cual se le invita a manifestar el interés de participar libre y voluntariamente, teniendo claridad del consentimiento leído, asegurando así que la formalidad del proceso de la entrevista por vía telefónica.

Se le entregó una copia del consentimiento informado por medio digital o impreso según fue la preferencia del participante, y se les proporcionó los medios de contacto del investigador en caso de dudas o consultas del proceso de investigación o los contactos de los representantes de los Comités incluidos en el CI.

El Consentimiento Informado siguió lo dispuesto en la Ley 20.120 y en la 20.584 (Chile).

Consentimientos Informados de prueba piloto y proyecto de tesis en Anexos 11 y 12 respectivamente.

### **Respeto por las/os participantes.**

A través del proceso de investigación se respetó la autonomía de las personas. Inicialmente, se les invitó e informó en qué consistía el estudio, y a quienes aceptaron la invitación a participar, se les solicitó su consentimiento para participar.

El investigador principal resguarda la información de los participantes a través de las siguientes medidas: la entrevista se llevó a cabo en los diferentes lugares en los que se reunían los grupos de personas mayores, en los que se les solicitaba un espacio que permitiera realizar las entrevistas de forma individual para establecer un clima de seguridad y resguardo de información, además los cuestionarios ya contestados, están almacenados sin identificación en un computador con clave y de uso exclusivo del investigador responsable, con el compromiso de su eliminación posterior a 15 años.

Las/los participantes serán informadas/os sobre los resultados del estudio global, acordando previamente una fecha de presentación de resultados. Siempre respetando la privacidad, anonimato y confidencialidad de la información individual de las personas.

## 5.- Resultados.

La recolección de datos de esta investigación fue realizada en un periodo de 14 semanas entre los meses de julio y noviembre de 2024, logrando reclutar una muestra de 146 personas mayores que cumplieron con los criterios de selección declarados en el protocolo. Anexo 13.

### 5.1 Características biológicas.

**Tabla 1:** Distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=146).

Variable		Puntaje			
		n	%	Media	DE
Género	Femenino	122	83.6		
	Masculino	24	16.4		
Edad	60 a 92 años	146	100		
	60 a 69 años	51	34.9		
	70 a 79 años	66	45.2		
	80 a 92 años	29	19.8		
Presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas	Sí	130	89.0		
	No	13	8.9		
	No responde	3	2.1		
	Hipertensión Arterial	99	67.8		
	Diabetes Mellitus	40	27.4		
	Artrosis	27	18.5		
	Dislipidemia	15	10.3		
	Hipotiroidismo	9	6.2		
	Otras	12	8.2		

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

De las características biológicas de la muestra, se observó una mayor participación del género femenino (83.6%) y en menor medida del género masculino (16.4%). (Tabla 1).

La edad de las personas mayores fluctuó entre los 60 y 92 años, con una media de 73 años, con una desviación estándar de 7.4 (Tabla 1). De acuerdo con los grupos de edad, predominó el de 70 a 79 años (45.2%), luego el de 60 a 69 años (34.9%), y en último lugar el de 80 a 92 años (19.8%) (Tabla 1).

Respecto a la presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas, el 89% de la muestra declara que sí tiene una o varias enfermedades, siendo las prevalentes, hipertensión arterial con un 67.8%, diabetes mellitus con un 27.4% y artrosis con un 18.5% (Tabla 1).

## 5.2 Características Socioculturales.

**Tabla 2:** Distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (n=146).

Variable		Puntaje	
		n	%
<b>Estudios</b>	Sin Estudios	2	1.4
	Básica	40	27.4
	Media	35	24.0
	Técnico superior	14	9.6
	Universitaria	55	37.7
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	28	19.2
	Casado/a	54	37.0
	Divorciado/a	15	10.3
	Viudo/a	49	33.6
<b>Situación de Pareja</b>	Sin pareja	82	56.2
	Con pareja	63	43.2
	No responde	1	0.7

<b>Actividad Laboral</b>	Sin actividad laboral.	107	73.3
	Actividad laboral no remunerada.	17	11.6
	Actividad laboral remunerada.	22	15.1
<b>Ingreso económico</b>	Menor a 300 mil.	74	50.7
	300 mil a 499 mil.	32	21.9
	500 mil a 699 mil.	21	14.4
	700 mil a 899 mil.	5	3.4
	900 mil a 1,099,000.	4	2.7
	Mayor o igual a 1,100,000.	4	2.7
	No responde.	6	4.1
<b>Situación habitacional</b>	Arrienda.	15	10.3
	Casa propia.	118	80.8
	Casa de un familiar.	12	8.2
	Hogar o Residencia.	0	0.0
	No responde.	1	0.7
<b>Cohabitación</b>	0	28	19.1
	1-3	105	71.9
	4-6	13	8.9
<b>Religión</b>	Sí.	133	91.1
	No.	12	8.2
	No responde.	1	0.7
	Católica	104	78.2
	Evangélicas u otras	27	20.3
	No responde	2	1.5
<b>Creencias</b>	Sí.	139	95.2
	No.	6	4.1
	No responde.	1	0.7
	Dios	130	93.5
	Otros	11	7.9

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

De las características socioculturales de la muestra, el nivel de estudios se observa que el último año de estudio aprobado corresponde a nivel universitario (37.7%), seguido por enseñanza básica (27.4%) y con un menor porcentaje enseñanza media (24%) y sin estudios (1.4%) (Tabla 2).

En cuanto al estado civil, se destaca que el 37% se encuentra casados/as, le sigue con un 33.6% viudo/a, solteros/as un 19.2% y en menor proporción divorciados/as con un 10.3%. De la situación de pareja, el 56.2% no se encuentra con una pareja, frente a un 43.2% que si tiene pareja al momento de las entrevistas (Tabla 2).

Un 73.3% indica no realizar alguna actividad laboral frente a un 15.1% que sí ejercer actividad laboral remunerada, y un 11.6% realiza alguna actividad laboral no remunerada (Tabla 2).

De los ingresos económicos, la mitad recibe una pensión menor a \$300 mil pesos chilenos (50.7%), un 21.9% recibe ingresos entre \$300 mil a \$499 mil pesos, un 14.4% recibe un ingreso entre \$500 mil y \$699 mil, el 2.7% un ingreso entre \$900mil y un \$1,099,000 y un 2.7% percibe un ingreso mayor a \$1,100,000 (Tabla 2).

Respecto a la situación habitacional, el 80.8% posee vivienda propia, un 10.3% arrienda y el 8.2% vive en casa de algún familiar (Tabla 2).

En la cohabitación, el 71.9% convive con 1 a 3 personas en su hogar, el 19.1% viven en solitario y el 8.9% cohabitan junto con 4 o 6 personas (Tabla 2).

En relación con la religión, el 91.1% practica o profesa una religión, y el resto no practicaba o no respondió. De las personas que profesaban una religión, más del 70% se identificaban con la católica, y un 18.8% con la evangélica u otras (Tabla 2).

Respecto a las creencias espirituales, la mayoría expresó si tener alguna (95.2%) y la minoría indicó “no” (4.9%). De los encuestados el 93.5% le atribuye el nombre de “Dios” a un ser superior y el 7.9% refiere llamarle con otros nombres, incluso algunos le refieren más de un nombre (Tabla 2).

### 5.3 Resultados Autotrascendencia

**Tabla 3:** Estadísticas de fiabilidad Escala de Autotrascendencia.

Alfa de Cronbach.	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados.	N de elementos.
0.754	0.778	15

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En este estudio la variable respuesta o dependiente fue la autotrascendencia, evaluada a través de la escala de autotrascendencia diseñada por Pamela Reed. La fiabilidad de esta escala por medio de alfa de Cronbach fue de 0.754, para la cual su interpretación se realizó según Streiner, D. L. (2003), indicando que la consistencia interna de la escala es buena, puesto que se está midiendo de manera razonable la Autotrascendencia (Tabla 3).

**Tabla 4:** Estadísticas de elementos de la escala de autotrascendencia.

<b>Estadísticas de elementos</b>			
<b>En este momento de su vida, se ve a sí mismo:</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>N</b>
1. Aceptándose a medida que envejece.	3.7	0.5	146
2. Encontrando significado en sus creencias espirituales.	3.6	0.7	146
3. Disfrutando su ritmo de vida.	3.6	0.6	146
4. Interesado/a en seguir aprendiendo acerca de otros.	3.6	0.7	146
5. Involucrado con otras personas o con su comunidad, cuando se le es posible.	3.5	0.6	146
6. Ajustándose bien a su actual situación de vida.	3.5	0.6	146
7. Permitiendo que otros le ayuden cuando pudiera necesitarlo.	3.5	0.7	146
8. Ayudando de alguna manera a las personas jóvenes o a otros.	3.5	0.6	146
9. Con pasatiempos e intereses que puede disfrutar.	3.5	0.7	146
10. Encontrándole significado a mis experiencias pasadas.	3.5	0.7	146
11. Aceptando la muerte como parte de la vida.	3.4	0.9	146
12. Compartiendo su sabiduría o experiencia con otros.	3.4	0.7	146
13. Ajustándose a los cambios de sus capacidades físicas.	3.4	0.7	146
14. Dejando de lado algunas cosas que alguna vez pensó que eran muy importantes.	2.9	0.9	146
15. Dándole vueltas a sus sueños o metas que no alcanzó en el pasado.	2.3	0.9	146

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En cuanto al análisis por ítems de la escala de autotrascendencia se tiene que la mayoría de los ítems se encuentran sobre los 3 puntos, a excepción de los ítems 14 y 15, los cuales promedian menores puntajes promedios, lo que se puede comprender debido a la naturaleza de las preguntas.

**Tabla 5: Pruebas de normalidad Autotrascendencia.**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	p	Estadístico	gl	p
Puntaje Total Autotrascendencia.	0.136	146	0.000	0.942	146	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Tabla 6: Estadísticos puntaje total autotrascendencia.**

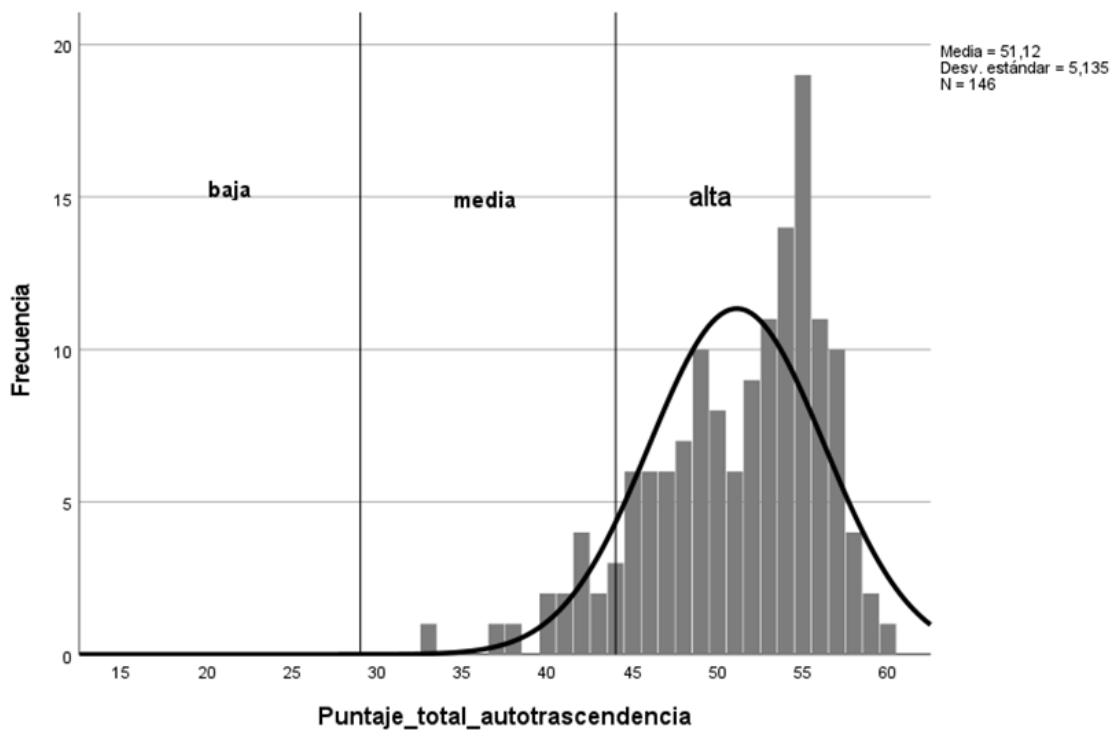
N	Válido	146
	Perdidos	0
Media		51.1
Mediana		52.0
Desv. Desviación		5.1
Asimetría		-0.835
Error estándar de asimetría		0.201
Curtosis		0.396
Error estándar de curtosis		0.399
Mínimo		33.0
Máximo		60.0
Percentiles	25	48.0
	50	52.0
	75	55.0

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

Si bien la prueba de Kolmogorov-Smirnov indica que los datos obtenidos no siguen una distribución normal (Tabla 5), pero dada la cercanía entre la media (51.1) y la mediana (52.0) (Tabla 6) lo que sugiere cierta simetría en la distribución. Además, los valores de asimetría (-0.8) y curtosis

(0.4), se encuentran dentro de un rango moderado, ya que no son cercanos al valor absoluto (1). Por estas razones, se consideró apropiado continuar con el uso de pruebas paramétricas, utilizando la media y la desviación estándar para el análisis.

**Figura 2: Gráfico distribución de puntajes globales de autotranscendencia.**



**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En este gráfico se visualiza la distribución del puntaje total (global) de los datos iniciando del mínimo (15 puntos) al máximo (60 puntos), en donde se observa que la mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones

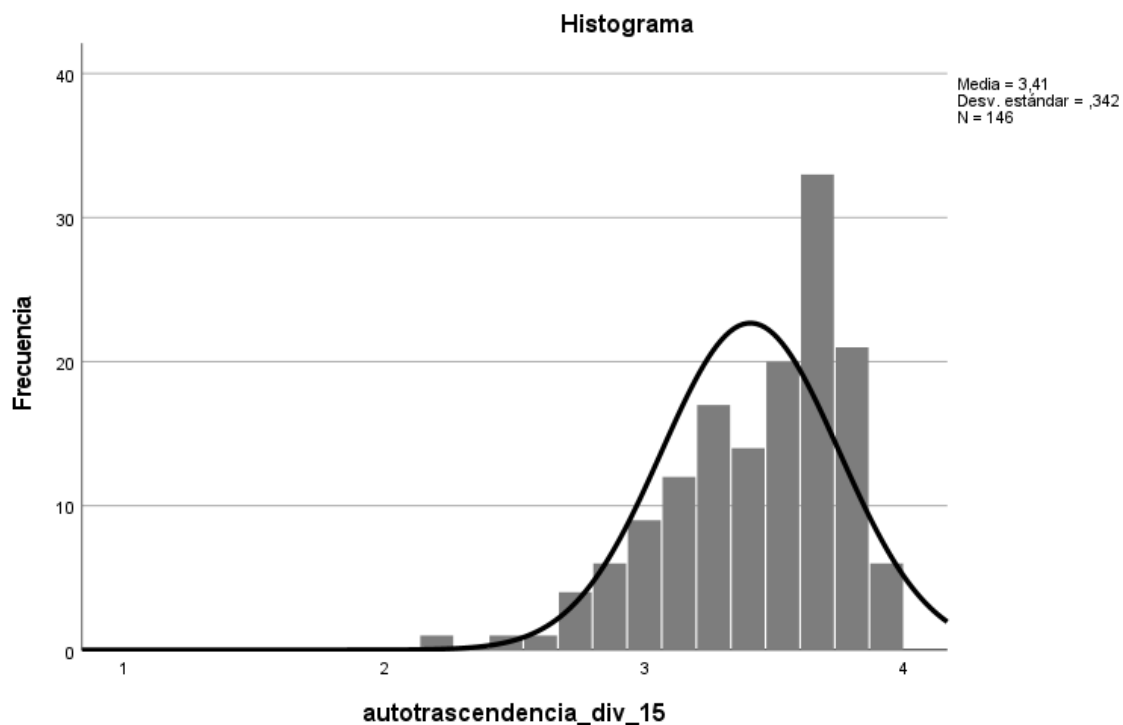
máximas o cercanas al máximo, con muy pocos en el rango medio y ninguno en el rango de baja autotrascendencia.

**Tabla 7: Estadísticos puntaje total de autotrascendencia dividido por cantidad de ítems de la escala.**

N	Válido	146
	Perdidos	0
Media		3.4
Mediana		3.5
Desv. Desviación		0.3
Asimetría		-0.835
Error estándar de asimetría		0.201
Curtosis		0.396
Error estándar de curtosis		0.399
Mínimo		2.20
Máximo		4.00
Percentiles	25	3.2
	50	3.5
	75	3.7

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Figura 3: Gráfico distribución de puntajes por ítems de escala de autotrascendencia.**



**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En este grafico se visualiza la distribución del puntaje por ítems de los datos iniciando del mínimo 1 (Para Nada) al máximo 4 (Mucho), en donde se observa que la mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones máximas o cercanas al máximo, obteniendo una media de 3.4.

**Tabla 8: Distribución de la autotrascendencia según categorías.**

<b>Autotrascendencia categorizada</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja	0	0
	Media	16	11.0
	Alta	130	89.0
	Total	146	100.0

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

La autotrascendencia se encuentra según puntuación en los rangos de clasificación de mediana a alta, siendo esta última la predominando con un 89% de las personas mayores de la muestra.

#### 5.4 Resultados Sentido de Coherencia (SOC-13).

**Tabla 9: Estadísticas de fiabilidad escala SOC – 13.**

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.789	0.789	13

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En cuanto a las variables de sentido de coherencia, evaluado a través de la escala SOC-13 elaborada por Antonovsky, demostró una buena consistencia interna (0.789), tanto con los elementos originales como con los estandarizados. Este resultado, de acuerdo con Streiner (2003), indica que la escala mide de manera confiable el constructo de interés.

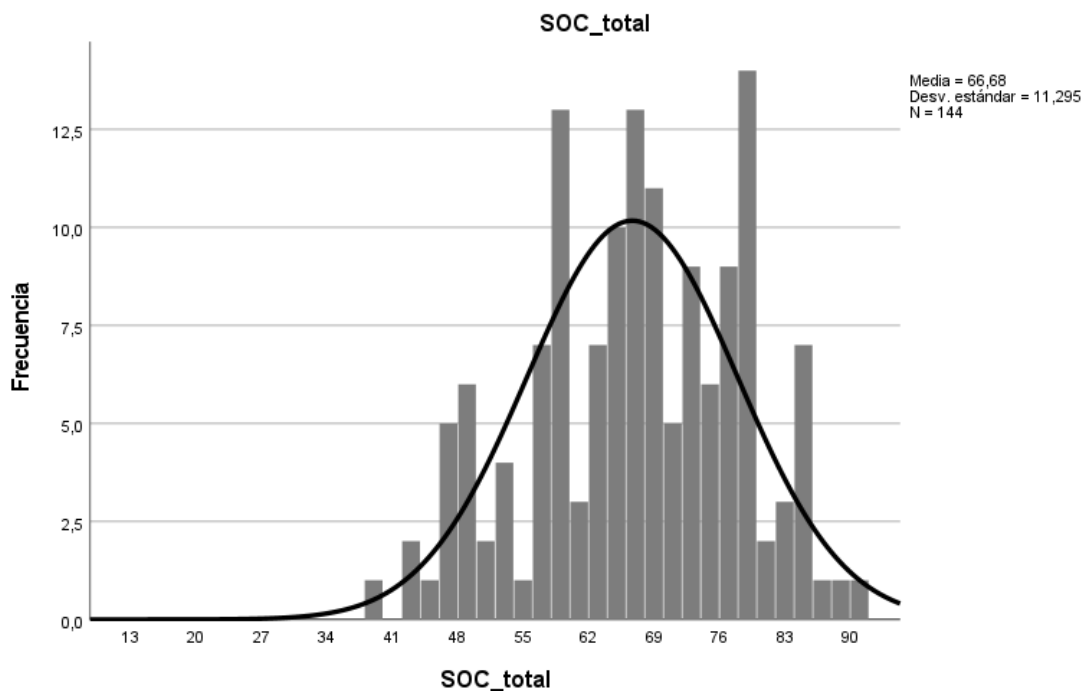
Además, se analizó la confiabilidad por las dimensiones del SOC-13, cuyo análisis no fue igual de favorable que su resultado general, estadísticos en Anexo 14.

**Tabla 10: Estadísticos puntaje total del SOC-13.**

		SOC total
N	Válido	144
	Perdidos	2
Media		66.7
Mediana		67.0
Desv. Desviación		11.3
Asimetría		-0.245
Error estándar de asimetría		0.202
Curtosis		-0.581
Error estándar de curtosis		0.401
Mínimo		39.0
Máximo		90.0
Percentiles	25	59.0
	50	67.0
	75	77.0

**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Figura 4: Gráfico distribución de puntajes globales de SOC-13.**



**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Tabla 11: Distribución del SOC-13 según categorías.**

SOC Total		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	42	28.8
	Medio	55	37.7
	Alto	47	32.2
	Total	144	98.6
Perdidos	Sistema	2	1.4
Total		146	100.0

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

De los resultados obtenidos del sentido de coherencia en este estudio indican que los participantes presentan una mayor distribución, concentrándose mayormente en un nivel moderado de sentido de coherencia (37.7%), y reflejado también por la media (66.7) (Tabla 10 y 11). Esta medida se encuentra dentro del rango reportado en estudios previos con poblaciones similares. La distribución relativamente normal, lo que sugiere que la escala discrimina adecuadamente los diferentes niveles de sentido de coherencia en la muestra.

### 5.5 Resultados Autoeficacia.

**Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad Escala de Autoeficacia General (EAG).**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.869	0.878	10

**Fuente:**

En cuanto a la variable autoeficacia general, evaluado a través de la Escala General de Autoeficacia (EAG) demostró una buena consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach de 0.869 y 0.878 para los

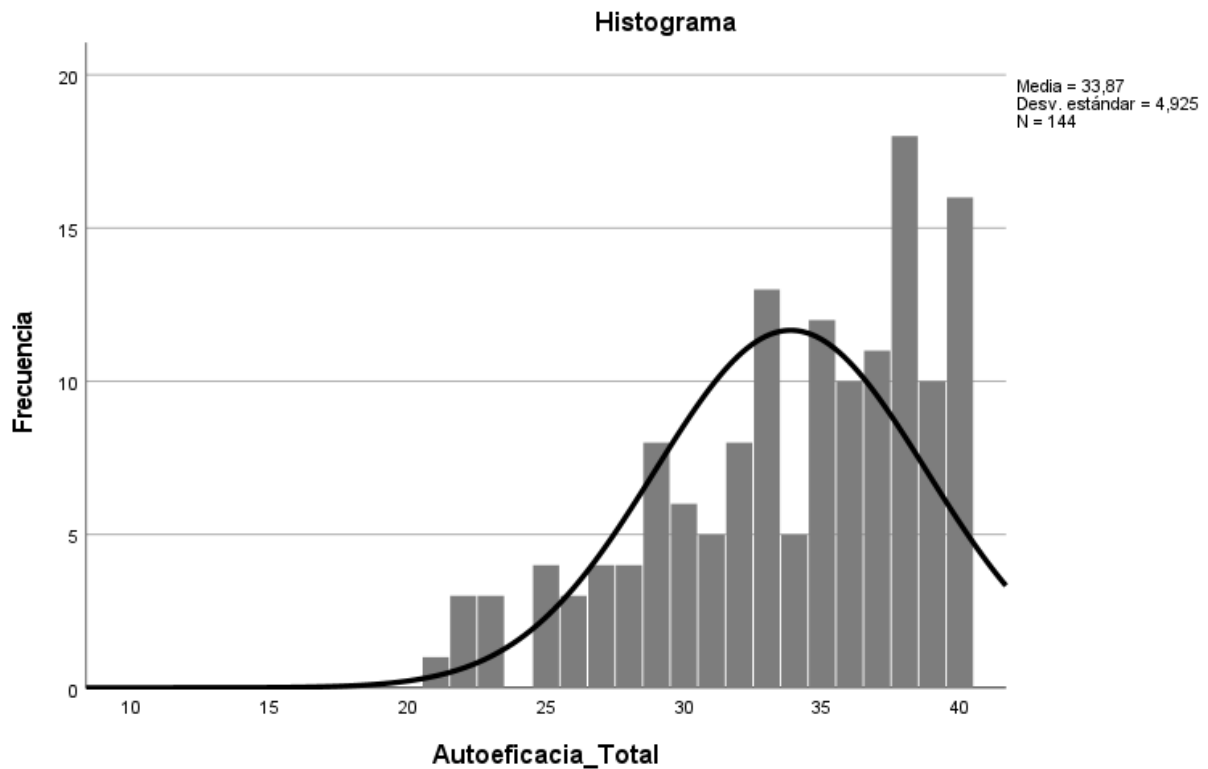
elementos originales y estandarizados, respectivamente (Tabla 12). Estos resultados de acuerdo con Streiner (2003), indica que la escala mide de manera confiable el constructo de interés.

**Tabla 13: Estadísticos puntaje total y dividido por cantidad de ítems del SOC-13.**

N	Válido	144
	Perdidos	2
Media		33.9
Mediana		35.0
Desviación estándar		4.9
Asimetría		-0.715
Error estándar de asimetría		0.202
Curtosis		-0.324
Error estándar de curtosis		0.401
Mínimo		21.0
Máximo		40.0
Percentiles	25	30.3
	50	35.0
	75	38.0

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Figura 5: Gráfico distribución de puntajes globales de Autoeficacia.**



**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Tabla 14: Distribución de la Autoeficacia según categorías.**

Autoeficacia categorizada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Baja	0	0	0	0
Válido	Media	30	20.5	20.8	20.8
	Alta	114	78.1	79.2	100.0
	Total	144	98.6	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.4		

**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

El análisis de la autoeficacia reveló una media del puntaje global de 33.9, estando muy cerca del extremo máximo, en la categoría de alta autoeficacia, representando al 79.2 % de la población (Tabla 13 y 14). La distribución de los puntajes se aproximó a una curva normal, indicando que la escala discrimina adecuadamente los diferentes niveles de autoeficacia (Tabla 13 y figura 4). Además, la alta consistencia interna de la escala, junto con la distribución normal de las puntuaciones, sugieren que la EAG es capaz de capturar de manera precisa las variaciones individuales en los niveles de autoeficacia.

## 5.6 Análisis bivariado.

### 5.6.1 Asociación Autotrascendencia con características biológicas.

**Tabla 15:** Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características biológicas (n=146).

Variable	Categoría (n)	Puntaje		Anova			
		Media	DE	F	p	Eta	Eta <sup>2</sup>
Género	Femenino (n=122)	51.5	5.1	3.551	0.062	0.155	0.024
	Masculino (n=24)	49.3	4.8				
Edad	60 a 92 años	51.1	5.1	1.113	0.331	0.124	0.015
	60 a 69 años (n= 51)	51.9	4.8				
	70 a 79 años (n= 66)	50.5	5.4				
	80 a 92 años (n= 29)	51.1	5.0				
Presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas	Sí (n=130)	51.0	5.2	1.063	0.348	0.121	0.015
	No (n=13)	51.3	3.9				
	Hipertensión Arterial (99)	51.1	5.2	0.046	0.831	0.018	0.000
	Diabetes (40)	50.1	5.4	2.317	0.130	0.126	0.016
	Artrosis (27)	50.3	6.0	0.858	0.356	0.077	0.006
	Dislipidemia (15)	49.3	4.9	2.046	0.155	0.118	0.014
	Hipotiroidismo (9)	52.4	3.2	0.633	0.427	0.066	0.004

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

Se observa una diferencia estadística residualmente significativa entre el género femenino y el masculino en cuanto a la autotrascendencia ( $p$ : 0.062). El género femenino, en promedio, presentan dos puntos más en autotrascendencia que el masculino. Sin embargo, es importante notar que el tamaño del efecto ( $\eta^2$ : 0.024) es pequeño, por lo que el género explica solo una proporción pequeña de la varianza de la autotrascendencia (Tabla 15).

En relación con la edad, se observa que las medias de las personas entre 60 a 69 años presentan una media 1.4 puntos superior en autotrascendencia respecto al grupo de 70 a 79 años. Sin embargo, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa ( $p = 0.331$ ), lo que indica que no existen diferencias relevantes en la autotrascendencia entre los grupos de edad analizados en la población estudiada, ni en la variable continua.

Se observa una leve tendencia que las personas que declaran no presentar una(s) enfermedad(es) diagnosticada(s) tienen 0.3 puntos más en el puntaje promedio de autotrascendencia que aquellas que si presentan una/s enfermedad(es). Diferencias no estadísticamente significativas, de acuerdo con la prueba ANOVA (Tabla 15). Entre las enfermedades mencionadas como hubo mínima diferencia de medias, las cuales no resultaron estadísticamente significativa (Tabla 15).

## 5.6.2 Asociación Autotrascendencia con características socioculturales.

**Tabla 16:** Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Nivel de estudios) (n=146).

<i>Variable</i>	<i>Categoría (n)</i>	<i>Puntaje</i>		<i>Anova</i>			
		<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i>	<i>Eta<sup>2</sup></i>
<b>Último nivel de estudios cursado</b>	<b>Sin estudios</b> (n= 2)	45.5	0.7	3.327	0.012	0.294	0.086
	<b>Básica</b> (n= 40)	49.5	5.9				
	<b>Media</b> (n= 35)	50.4	5.5				
	<b>Técnico superior</b> (n= 14)	52.8	4.8				
	<b>Universitario</b> (n= 55)	52.5	3.9				
<b>Agrupación</b>	<b>Sin estudios a básica</b> (n= 42)	49.4	5.8	6.025	0.003	0.279	0.078
	<b>Media</b> (n= 35)	50.4	5.5				
	<b>Superior</b> (n= 69)	52.6	4.1				

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025

En relación con el nivel de estudios, las personas sin estudios presentan puntajes globales promedio de autotrascendencia más bajo (45.5), mientras que aquellos con estudios universitarios alcanzan una media más alta (52.5), seguidos de técnico superior (52.8). Mientras que las

personas con educación básica (49.5) o media (50.4) tienen menores promedios de autotrascendencia.

El análisis ANOVA muestra diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autotrascendencia según el nivel educativo ( $p : 0.012$ ). Además, el tamaño del efecto ( $\text{Eta}^2 : 0.086$ ) es moderado, lo que sugiere que el nivel educativo explica una proporción considerable de la variabilidad en la autotrascendencia. Estos resultados indican que niveles más altos de educación están asociados con mayores niveles de autotrascendencia, además, a la agrupación, su significancia estadística mejora a  $p: 0.003$ .

**Tabla 17:** Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Estado Civil y Situación de pareja) ( $n=146$ ).

<b>Variable</b>	<b>Categoría (n)</b>	<b>Puntaje</b>		<b>Anova</b>			
		<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>Eta</b>	<b>Eta<sup>2</sup></b>
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero/a</b> (n= 28)	52.6	5.0	1.504	0.216	0.175	0.031
	<b>Casado/a</b> (n= 54)	51.1	4.2				
	<b>Divorciado/a</b> (n= 15)	51.8	5.3				
	<b>Viudo/a</b> (n= 49)	50.1	5.9				
<b>Situación de pareja</b>	<b>Con pareja</b> (n= 63)	51.0	4.4	0.163	0.850	0.048	0.002
	<b>Sin pareja</b> (n= 82)	51.1	5.7				

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En cuanto al estado civil, se observa que las medias de autotrascendencia son mayores en las personas solteras (52.6) y divorciadas (51.8) en comparación con las casadas (51.1) y viudas (50.1). No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p = 0.216$ ), lo que sugiere que, en esta muestra, el estado civil no es un factor determinante en la autotrascendencia (Tabla 17).

Es importante destacar que el tamaño de efecto ( $\eta^2$ : 0.031) es pequeño, lo que indica que el estado civil explicaría una proporción muy pequeña de la varianza de la autotrascendencia (Tabla 17).

En cuanto a la situación de pareja, se observan puntajes promedios en autotrascendencia muy similares, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 17).

**Tabla 18: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Actividad laboral e ingreso económico) (n=146).**

<i>Variable</i>	Categoría (n)	Puntaje		Anova			
		Media	DE	F	Sig.	Eta	Eta <sup>2</sup>
<b>Actividad laboral</b>	<b>Sin actividad laboral</b> (n= 107)	51.4	4.9	0.670	0.514	0.096	0.009
	<b>Actividad laboral no renumerada</b> (n= 17)	50.0	6.5				
	<b>Actividad laboral renumerada</b> (n= 22)	50.5	5.1				

<b>Ingreso económico</b>	<b>Menor a 300 mil</b> (n= 74)	50.1	5.5	1.490	0.186	0.246	0.060
	<b>300 mil a 499 mil</b> (n= 32)	51.7	4.1				
	<b>500 mil a 699 mil</b> (n= 21)	52.7	4.6				
	<b>700 mil a 899 mil</b> (n= 5)	51.0	2.7				
	<b>900 mil a 1,099,000</b> (n= 4)	54.2	3.6				
	<b>Mayor o igual a 1,100,000</b> (n= 4)	54.7	1.7				
<b>Ingreso agrupado</b>	<b>Menor a 300 mil</b> (n= 74)	50.2	5.5	3.863	0.023	0.231	0.053
	<b>301 a 500 mil</b> (n= 32)	51.7	4.1				
	<b>501mil a más de 1 millón.</b> (n= 34)	52.9	4.1				

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En cuanto a la actividad laboral, las personas que declaran estar sin actividad laboral presentan un puntaje promedio de autotrascendencia ligeramente superior (51.4) en comparación con quienes realizan una actividad laboral remunerada (50.5) o las que no son remunerada (50.0). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p : 0.514$ ). El tamaño del efecto ( $\text{Eta}^2 : 0.009$ ) es muy bajo, lo que indica que la actividad laboral no explica la variabilidad en la autotrascendencia.

Respecto al ingreso económico, las personas con ingresos menores a 300 mil pesos tienen un puntaje promedio de autotrascendencia de 50.1, mientras que aquellos con ingresos entre 300 mil y 499 mil alcanzan una

media de 51.7 y los que declaran ingresos más altos, superiores a 1.100.000 pesos, presentan un promedio más alto (54.7). Aunque estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ( $p : 0.186$ ;  $Eta^2 : 0.060$ ), al agrupar los ingresos en tres categorías (“menor a 300 mil”, “301 mil a 500 mil” y “más de 500 mil”), sí se observa una diferencia significativa ( $F = 3.863$ ;  $p = 0.023$ ). Esto sugiere que niveles más altos de ingreso económico podrían estar asociados con mayor autotrascendencia.

**Tabla 19: Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Situación habitacional y cohabitación) (n=146).**

<i>Variable</i>	<b>Categoría (n)</b>	<b>Puntaje</b>		<b>Anova</b>			
		<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>Eta</b>	<b>Eta<sup>2</sup></b>
<b>Situación habitacional</b>	<b>Arrienda</b> (n= 15)	51.9	4.4	0.540	0.707	0.123	0.015
	<b>Casa de un familiar</b> (n= 12)	52.1	4.5				
	<b>Casa propia</b> (n= 118)	50.8	5.3				
<b>Cohabitación Agrupada</b>	<b>0</b> (n= 28)	52.3	4.8	0.985	0.376	0.207	0.043
	<b>1 -3</b> (n= 105)	50.8	5.2				
	<b>4 - 6</b> (n= 13)	51.2	5.4				

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

De la situación habitacional de las personas mayores, se observa que las personas que viven en casa de un familiar presentan puntajes promedios en autotranscendencia ligeramente más altos (52.1) en comparación con aquellos que arriendan (51.9) o que viven en casa propia (50.8). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativa ( $p: 0.707$ ) (Tabla 19).

En relación con la variable cohabitación, se observa que las personas mayores que viven solas presentan un puntaje promedio de autotranscendencia más alto (52.3) en comparación con quienes cohabitan con 1 a 3 personas (50.8) o con 4 a 6 personas (51.2). No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p : 0.376$ ). (Tabla 19).

**Tabla 20:** Asociación de la autotranscendencia con la distribución de la población de personas mayores según características socioculturales (Religión y creencias) (n=146).

Variable	Categoría (n)	Puntaje		Anova			
		Media	DE	F	p	Eta	Eta <sup>2</sup>
<b>Religión</b>	<b>Sí</b> (n= 133)	51.2	5.0	6.802	0.002	0.295	0.087
	<b>No</b> (n= 12)	51.6	3.8				
<b>Creencias</b>	<b>Sí</b> (n= 139)	51.4	4.8	8.278	0.000	0.322	0.104
	<b>No</b> (n= 6)	48.0	5.9				

**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En cuanto a la variable religión, las personas que reportan practicar o profesar una religión presentan un puntaje promedio de autotranscendencia

ligeramente inferior (51.2) en comparación con quienes no tienen o no se identifican con alguna religión (51.6). Además, se observa una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autotrascendencia entre ambos grupos ( $p = 0.002$ ), con un tamaño del efecto moderado ( $\text{Eta}^2 = 0.087$ ). Esto sugiere que la religión explica una proporción considerable de la varianza en los niveles de autotrascendencia. Sin embargo, es importante tener en cuenta la diferencia en el tamaño de las muestras de ambos grupos.

Además, se muestran una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autotrascendencia entre aquellos que indican practicar o profesar una religión ante aquellos que no tienen o no se identifican con alguna ( $p: 0.002$ ) y ( $\text{Eta cuadrada } 0.087$ ) (Tabla 20).

En relación con las creencias, las personas que declaran tener alguna presentan un puntaje promedio de autotrascendencia 3.4 puntos mayor (51.4) en comparación con aquellas que declaran no tener creencias (48.0).

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autotrascendencia entre ambos grupos ( $p : 0.000$ ). Las personas con creencias tienden a alcanzar niveles más altos de autotrascendencia. Además, el tamaño del efecto ( $\text{Eta}^2 = 0.104$ ) sugiere una asociación moderada entre las creencias y la autotrascendencia, aunque es necesario considerar el tamaño de la muestra para interpretar los resultados con mayor precisión (Tabla 20).

**Tabla 21:** Asociación de la autotrascendencia con la distribución de la población de personas mayores según características psicológicas (Soc -13 y EAG) (n=146).

Variables		SOC total	Autoeficacia Total
Puntaje total autotrascendencia	Correlación de Pearson	0.398**	0.483**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	144	144

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

La relación entre el Sentido de Coherencia medido a través de la escala SOC-13 y la Autotrascendencia, se puede establecer que existe una correlación positiva moderada ( $r: 0.398$ ) y estadísticamente significativa entre la orientación entre estas variables ( $p < 0.01$ ) (Tabla 21). Esto indica que las personas con un mayor sentido de coherencia tienden a reportar niveles más altos de autotrascendencia. Esto sugiere que un aumento en el nivel de autotrascendencia está asociado con un aumento en el SOC total.

La relación de la autoeficacia y la autotrascendencia se encuentra con una correlación positiva de moderada a fuerte ( $r: 0.483$ ) y es estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) (Tabla 21). Esto sugiere que a medida que aumenta la autotrascendencia, también tiende a incrementar la autoeficacia.

### 5.7 Análisis Multivariado. Modelo de regresión lineal múltiple.

El modelo incluye predictores biológicos, socioculturales y psicológicos para explicar la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años.

#### Los predictores incluidos en el modelo fueron:

- Autoeficacia.
- Creencias (sí).
- Religión (sí).
- Ingreso agrupado (300 a 500 mil y 501 mil a más de 1.1 millones).
- Nivel educacional agrupado (media y superior).
- Género (femenino).
- Edad (en años cumplidos).
- Sentido de Coherencia.

**Tabla 22: Resumen del modelo regresión lineal múltiple.**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	0.567 <sup>a</sup>	<b>0.321</b>	0.268	4.282

a. Autotrascendencia (Constante).

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

El modelo de regresión lineal múltiple explica el 32.1% de la varianza de autotranscendencia de las personas mayores ( $R^2 = 0.321$ ), lo que indica una moderada capacidad explicativa al considerar el tamaño de la muestra y la cantidad de predictores incluidos en el modelo. El error estándar de la estimación es de 4.282, reflejando la dispersión de los datos en torno a la línea de regresión.

**Tabla 23: Análisis ANOVA del modelo regresión lineal múltiple.**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
1	Regresión	1101.067	10	110.107	6.005	0.000 <sup>b</sup>
	Residuo	2328.650	127	18.336		
	Total	3429.717	137			
a. Variable dependiente: Autotranscendencia.						
b. Predictores.						

**Fuente:** Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

El análisis ANOVA del modelo muestra que la regresión es estadísticamente significativa ( $F : 6.005; p < 0.000$ ), lo que indica que, en conjunto, los predictores incluidos tienen un efecto significativo sobre la autotranscendencia.

El modelo identifica que factores como la autoeficacia, las creencias, el ingreso económico, último nivel de estudios cursado, el género, la edad y el sentido de coherencia (SOC) tienen un impacto combinado en la autotranscendencia. Aunque el modelo no explica la totalidad de la varianza

( $R^2 = 0.321$ ), su significancia estadística y el aporte de variables psicológicas y sociodemográficas destacan su relevancia.

**Tabla 24: Coeficientes del modelo regresión lineal múltiple.**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
		B	Dev. Error	Beta		
1	(Constante)	31.288	5.6		5.568	0.000
	Femenino.	1.431	1.0	0.109	1.420	0.158
	Edad (Años Cumplidos).	-0.014	0.05	-0.022	-0.266	0.791
	Nivel educacional (categ referencia básica)					
	Nivel educacional agrupado =media	-0.890	1.1	-0.075	-0.828	0.409
	Nivel educacional agrupado=superior	0.802	1.1	0.080	0.710	0.479
	Creencia sí	4.254	2.2	0.174	1.916	0.058
	Religión sí	-1.569	1.8	-0.078	-0.886	0.377
	Ingreso (categ. referencia <300)					
	Ingreso agrupado=300 a 500 mil	0.283	1.0	0.024	0.279	0.781
	Ingreso agrupado=501 mil a más 1,1 mill. c	0.736	1.1	0.063	0.655	0.513
	SOC-13 total	0.064	0.0	0.145	1.544	0.125
	Autoeficacia Total	0.369	0.1	0.364	4.245	0.000

a. Variable dependiente: Autotrascendencia.

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

## Interpretación de los predictores

- Género (Femenino): Las mujeres tienen en promedio de autotrascendencia 1.431 puntos mayor que los hombres, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p = 0.158$ ).
- Edad (en años cumplidos): La edad tiene un efecto negativo muy leve sobre la autotrascendencia, pues por cada año adicional, el puntaje disminuye en 0.014 puntos, pero este resultado no es estadísticamente significativo ( $p = 0.690$ ).
- Último año cursado (categoría de referencia: Básica):
  - Media: Las personas con educación media tienen un puntaje promedio de autotrascendencia 0.890 puntos menor que aquellas con educación básica, sin significancia estadística ( $p = 0.409$ ).
  - Superior: Las personas mayores con educación superior tienen un puntaje promedio 0.802 puntos mayor que las de nivel básico, sin significancia estadística ( $p = 0.479$ ).
- Creencias (Sí): Las personas mayores que reportan tener alguna creencia presentan un puntaje de autotrascendencia 4.254 puntos mayor que quienes no tienen, acercándose a la significancia estadística  $p = 0.058$ .

- Religión (Sí): Las personas mayores que reportan practicas o profesar alguna religión, presentan un puntaje de autotranscendencia 1.569 puntos menos que quienes no declaran alguna religión, sin significancia estadística  $p = 0.377$ .
- Ingreso económico (categoría de referencia: Menor a 300 mil).
  - Ingreso entre 300 y 500 mil: Incremento promedio de 0.238 puntos la autotranscendencia, sin significancia estadística ( $p = 0.781$ ).
  - Ingreso entre 501 mil y 1.1 millones: Incremento promedio de 0.736 puntos de autotranscendencia, también sin significancia estadística ( $p = 0.513$ ).
- Sentido de Coherencia (SOC-13): Por cada punto adicional en SOC-13, los puntajes de autotranscendencia aumentan en 0.064 puntos, aunque sin significancia estadística ( $p = 0.125$ ).
- Autoeficacia general: La autoeficacia es el único predictor significativo en este modelo. Por cada punto adicional en autoeficacia, los puntajes de autotranscendencia aumentan en un 0.369 punto. Este resultado sugiere una asociación fuerte y estadísticamente significativa ( $p < 0.000$ ) entre la autoeficacia y la autotranscendencia.

De acuerdo con el modelo presentado, se identificaron factores que influyen positivamente en la percepción de autotranscendencia de las personas de 60 años o más, los cuales fueron la autoeficacia, el sentido de

coherencia y el tener una creencia. Por otro lado, tenemos a los que impactan negativamente en la percepción de autotrascendencia, entre estos se destacan ser de género masculino, tener un bajo nivel educativo y percibir ingresos inferiores a 300 mil pesos chilenos.

## **6. Discusión.**

Los resultados de esta investigación muestran que el 89.9% de la población de este estudio presenta una alta autotrascendencia, arrojando indicios de diferentes características biológicas como la edad, el género; características socioculturales como el nivel de ingresos, estado civil, último año cursado, creencias y religión; y características psicológicas SOC y autoeficacia, las cuales influyeron en la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años, permitiendo compararlos con hallazgos previos.

### **Autotrascendencia y características biológicas**

Las personas de género femenino tuvieron mayor participación y obtuvieron un puntaje promedio de autotrascendencia ligeramente superior que el masculino, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa, este hallazgo coincide con los resultados de Fiske (2019), y Oliva (2016), en los cuales también se observó una leve diferencia en percepción de autotrascendencia entre las participantes mujeres (38,40). Pero sí, en el estudio de Guerrero-Castañeda, las diferencias fueron estadísticamente significativas en población mexicana (22). Sin embargo, en otras investigaciones, como las realizados por Haugan et al. en Noruega, no

encontraron diferencias entre la autotrascendencia percibida por hombres y mujeres, lo que podría sugerir que el impacto del sexo y género puede variar según el contexto, las características y variabilidad de las muestras estudiadas (39).

En cuanto a la edad, la hipótesis planteaba una relación positiva entre la edad y la percepción de autotrascendencia, sin embargo, no fue respaldada por los resultados, ya que no se encontró asociaciones estadísticamente significativas. Esto contrasta con las conclusiones de Oliva, quién identificaron un leve aumento de la autotrascendencia con la edad en las mujeres, en la comuna de Coihueco (40), destacando cómo la experiencia de vida, entorno social y como llevan el proceso de envejecimiento pueden fomentar esta característica.

Respecto a enfermedades diagnosticadas, la evidencia sugiere que las condiciones de salud tienen un impacto diverso en la autotrascendencia. Por ejemplo, Er Seda et al. (2022) encontraron que las enfermedades graves o terminales, como el cáncer, pueden fomentar el crecimiento personal y la resiliencia, propiciando niveles más altos de autotrascendencia (41). Sin embargo, Norberg et al. destacaron que en etapas avanzadas de enfermedad o la acumulación de eventos adversos, la autotrascendencia puede disminuir (42).

Por otro lado, Peralta et al. (2020) concluyeron que las enfermedades crónicas no transmisibles no afectan significativamente los niveles de autotrascendencia (43), lo cual coincide con los hallazgos de este estudio,

donde la variable relacionada con enfermedad no mostró una asociación significativa con la autotrascendencia de las personas mayores.

### **Autotrascendencia y características socioculturales**

En cuanto al estado civil y la cohabitación, los resultados concuerdan con Oliva (2016), en el cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autotrascendencia según estas variables de las muestras (40).

En los ingresos económicos, los resultados muestran que no hay una asociación estadísticamente significativa con la autotrascendencia, lo que concuerda con los hallazgos de estudios (22,40).

En relación al último año de cursado de la población, se encuentra principalmente una predominancia de perfil universitario y técnico superior de los participantes de grupos de personas mayores. Contrario a lo esperado, los resultados no evidenciaron una relación significativa entre el nivel educacional y la autotrascendencia. Esto sugiere que la percepción de autotrascendencia en las personas mayores estudiadas no está determinada por el nivel de estudios, contrarrestando con otros estudios revisados, en los que percibieron que, a mayor nivel de estudios, es mayor el nivel de autotrascendencia (22,40).

Aunque se evaluó la práctica o profesión de una religión como posible factor influyente en la autotrascendencia, estos refirieron menor autotrascendencia que aquellos que sí, siendo estadísticamente significativo. Este hallazgo es contrario a otros estudios en los que no hubo una relación significativa (22,40). Esto podría deberse a que la autotrascendencia, si bien puede estar vinculada a la espiritualidad, no necesariamente depende de la religión en sí, sino de un marco más amplio de creencias y significados individuales.

En cuanto a la religión más identificadas, se presenta la católica, coincidiendo con la población mexicana y de la comuna de Coihueco (22, 40).

En relación con las creencias, aquellos que, si declararon tener alguna, tuvieron una mayor autotrascendencia que aquellos que no, resultando de igual forma significativa, resultado que concuerda con el estudio en población mexicana de Guerrero-Castañeda, en donde también relaciona positivamente las creencias con la autotrascendencia de las personas mayores (22).

### **Autotrascendencia y características psicológicas**

Un hallazgo clave de este estudio es la asociación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y la autotrascendencia, confirmando la hipótesis. Se identificó que la autoeficacia es una de las principales características predictoras de la autotrascendencia en las personas mayores, lo que indica que quienes confían en sus capacidades personales

tienden a desarrollar una mayor conexión con aspectos trascendentales de la vida.

Este resultado coincide con la literatura que resalta el rol de la autoeficacia como un mediador en la adaptación a experiencias desafiantes en el trayecto de la vida (25,32-36, 47).

Asimismo, en concordancia con lo planteado en la hipótesis, los resultados sí respaldan que el sentido de coherencia influye positivamente en la autotrascendencia. Las personas mayores con mayor sentido de coherencia presentaron una mayor percepción de autotrascendencia, lo que sugiere que el afrontamiento y la interpretación positiva de la vida juegan un papel clave en este proceso.

Este hallazgo se alinea con los postulados teóricos, ya que ambos constructos contribuyen al bienestar en esta etapa de la vida (30, 44-46). Por ejemplo, el estudio de Salazar-Moreno et al. evidenció que el sentido de coherencia está estrechamente relacionado con el bienestar psicológico y social, dimensiones que también guardan una conexión directa con la autotrascendencia (50).

### **Características que influyen negativamente en la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años.**

Según el modelo presentado, las características que influyen negativamente en la percepción de la autotrascendencia en personas mayores de 60 años incluyen pertenecer al género masculino, tener un nivel

educativo bajo y contar con ingresos inferiores a 300 mil pesos chilenos. Además, aunque las diferencias en los puntajes promedio no son estadísticamente significativas, se observó una tendencia entre las personas viudas, lo que coincide con hallazgos de otros estudios (22, 40). Estos resultados subrayan la importancia de diseñar intervenciones en promoción de la salud dirigidas a estos grupos específicos.

En general, los resultados de este estudio son consistentes con la literatura revisada. No obstante, algunas discrepancias, como las asociadas al género y la edad, destacan la necesidad de realizar más investigaciones que consideren las características contextuales y culturales, pues estudios como el de Alonso-Castillo et al., han demostraron que la autotrascendencia explica parte importante de la varianza en el bienestar físico, psicológico y social en adultos mayores (51). Por lo tanto, fomentar la autotrascendencia puede ser una estrategia eficaz para mejorar el bienestar en esta población.

## **7. Conclusiones.**

Después de analizar los resultados de este estudio y de acuerdo con los objetivos planteados, se concluye que:

Las características que conforman el perfil de las personas mayores de 60 años que integran los grupos vinculados al Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles se caracteriza principalmente por poseer una mayor representación del género femenino, con una edad promedio de 73 años. La mayoría con presencia de enfermedad(es) diagnosticada(s),

posee como último año de estudios cursados en grado universitario, está casada y no se encuentra realizando alguna actividad laboral. En cuanto a su situación económica, se encuentran con ingresos menores a 300 mil pesos chilenos. Además, cuentan con casa propia y cohabitan con entre una y tres personas. Una parte significativa profesa y practica alguna religión y manifiesta creencias en un ser superior.

El 89.0% de las personas mayores de 60 años de la población estudiada percibe un nivel alto de autotrascendencia.

El 37.7% de las personas mayores de 60 años de la población estudiada percibe una fortaleza de salutogénesis media.

El 79.2% de las personas mayores de 60 años de la población estudiada percibe una alta autoeficacia.

Las características predictoras que influyeron positivamente en la autotrascendencia fueron: Autoeficacia; Creencias; Sentido de Coherencia.

En este estudio no se encontró relaciones significativamente estadísticas de la autotrascendencia con las características biológicas como la edad, el género, o la presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas.

No se presentaron relaciones estadísticamente significativas con las características socioculturales como los estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico, situación habitacional, o cohabitación.

Los resultados de este estudio al ser interpretados a la luz de la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed, la cual postula que es un proceso característico del envejecimiento que permite a las personas expandir sus límites personales encontrando significado más allá de sí mismas. Reed, menciona que este proceso está influenciado por variables personales y contextuales, más que por las características sociodemográficas o biológicas de las personas.

Tal como se menciona en este estudio, se encontró que la autotrascendencia en las personas mayores no estaba relacionada significativamente con la edad o el género, lo que refuerza la idea de que no es simplemente un efecto del envejecimiento, sino un fenómeno más complejo vinculado a factores psicológicos y cognitivos. La autoeficacia, el sentido de coherencia y las creencias fueron los factores clave en la predicción de la autotrascendencia, lo que coincide con la propuesta de Reed de que la percepción de control personal y el significado en la vida favorecen la expansión de la conciencia, el desarrollo y crecimiento personal en la vejez.

Además, al no encontrar relaciones significativas con factores socioculturales como nivel educativo, estado civil o situación económica sugiere que la autotrascendencia no está determinada por el contexto social, sino más bien por el desarrollo de recursos internos que permiten a la persona integrar experiencias pasadas, aceptar el presente y proyectarse hacia el futuro de manera significativa en pro de su bienestar.

La autotrascendencia permite a las personas mayores ir más allá de sus propias creencias, limitaciones y estilos de vida. Les permite ir superando las necesidades y desafíos propios del proceso de envejecimiento, adoptando una visión más amplia de la vida. Esto, por medio de la espiritualidad, la que fomenta la reconexión con el propósito de vida, lo que contribuye a la transición del desequilibrio hacia el bienestar de la persona.

## **8. Limitaciones.**

El desarrollo de la investigación dio respuesta a los objetivos planteados, sin embargo, se presentaron algunas limitaciones:

Entre las principales limitaciones del estudio se identificaron en el instrumento SOC-13 se dificultó su aplicación por parte del entrevistador específicamente en esta población, debido a la modalidad de respuesta, lo que confundió la comprensión de la respuesta, por lo que se debieron usar otras estrategias que interfirieran lo menos posible la correcta aplicación del instrumento, como lo fue contar con el instrumento impreso con una letra de mayor tamaño.

También, se dificultó la coordinación para llevar a cabo las entrevistas presenciales dado que tenían actividades programadas en algunas de las semanas de entrevista, las cuales no fueron informadas al investigador con anterioridad. En otras ocasiones, se suspendieron por las condiciones climáticas en invierno.

## **9. Recomendaciones**

### **9.1 Recomendaciones para práctica y disciplina.**

Tal como lo indica la evidencia encontrada y los resultados obtenidos, la autotrascendencia es una capacidad presente en las personas mayores que puede ser identificada y potenciar para mejorar su bienestar.

Se sugiere fomentar la autotrascendencia mediante intervenciones grupales en los centros integrales de personas mayores, como también el diseñar talleres que fomenten la autoeficacia y el sentido de coherencia.

Se recomienda crear instancias, como jornadas reflexivas, dirigidas a enfermeras, enfermeros y equipos multidisciplinarios, con el objetivo de abordar la autotrascendencia tanto desde una perspectiva personal como en su aplicación en la atención a los usuarios.

En relación con los Centros de salud familiar y comunitarios, se invita a la implementación de espacios de conversación o talleres de bienestar espiritual que den lugar al abordaje de la autotrascendencia.

### **9.2 Recomendaciones para futuras investigaciones.**

Frente a los resultados presentados, se sugieren las siguientes recomendaciones para el desarrollo de futuras investigaciones:

Estudiar la relación de la autotrascendencia con otras variables, que no fueron objeto de este estudio, sobre todo vinculadas con la promoción de

la salud y bienestar de las personas mayores, como el humor, la espiritualidad, la salud mental, optimismo, actividad física, el automanejo, entre otras.

Estudiar la percepción de autotrascendencia en personas mayores que no participen en actividades sociales para poder generar comparaciones y posible influencia de esta.

Se sugiere futuros estudios que validen el instrumento SOC-13 en la población de personas mayores para aportar evidencia en cuanto a su confidencialidad y aceptabilidad de su uso en esta población.

Es fundamental implementar intervenciones que promuevan la autotrascendencia, considerando que la evidencia respalda su impacto positivo en el bienestar de las personas mayores. Por lo que fomentar este aspecto no solo puede contribuir a enfrentar de mejor forma los desafíos propios del envejecimiento, sino también a potenciar una visión más plena y significativa de la vida en esta etapa. Además, se sugiere complementar con intervenciones dirigidas a fortalecer la autoeficacia y el sentido de coherencia, las cuales se relacionaron positivamente en este estudio.

## 10.- Referencias Bibliográficas:

1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Década del Envejecimiento Saludable [Internet]. 2020 [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_25&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true)

2.- Cáceres G. Un momento de reflexión acerca de las vacunas. Sanid. Mil. [Internet]. 2012 [citado el 29 de septiembre de 2022] ;68(2):109-114. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712012000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712012000200009)

3.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud [Internet]. World Health Organization; 2022 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

4.- Tang B, Li Z, Hu S, Xiong J. Economic Implications of Health Care Burden for Elderly Population. INQ [Internet]. 2022 [citado el 19 de septiembre de 2022];59:004695802211215. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00469580221121511>

5.- Organización Mundial del Comercio. Promover el acceso a las tecnologías y la innovación en medicina [Internet]. Apps.who.int. 2021 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1362258/retrieve>

6.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informes covid-19: Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19. [Internet]. Repositorio.cepal.org. 2020 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible

en:

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46487/S2000723\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46487/S2000723_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

7.- González D, Sosa Z, Reboiras L. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe [Internet]. Repositorio.cepal.org. 2021 [citado el 29 de septiembre de 2022].

Disponible

en:

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46730/1/S2000842\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46730/1/S2000842_es.pdf)

8.- Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones de promoción desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. Cepal.org. 2021 [citado el 12 de octubre de 2022]. Disponible en:

<https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio>

9.- Godoy G. Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan? [Internet]. INE. 2020 [citado el 2 de octubre de 2022].

Disponible

en: [https://www.ine.gob.cl/noticia-app/2020/04/15/adultos-](https://www.ine.gob.cl/noticia-app/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-)

[mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-](https://www.ine.gob.cl/noticia-app/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-)

[qu%C3%A9-  
trabajan#:~:text=Las%20ramas%20econ%C3%B3micas%20en%20las,20.817%2C%20en%20la%20industria%20manufacturera](https://www.ine.gob.cl/noticia-app/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-trabajan#:~:text=Las%20ramas%20econ%C3%B3micas%20en%20las,20.817%2C%20en%20la%20industria%20manufacturera)

10.- Albala C. El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. Rev med clin condes [Internet]. 2020 [citado el 2 de octubre de 2022];31(1):7-12. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864019301191?token=BC9C1EA95FA7714A19EF7130D87E224A32D06876103768BBFDBEFFB6C235147230A2B16926DEC0C60B1FD42B8CD1DBBA&originRegion=us-east-1&originCreation=20221002195237>

11.- Gálvez R, Kremerman M. Pensiones bajo el mínimo: Los montos de las pensiones que paga el sistema de capitalización individual en Chile [Internet]. Fundacionsol.cl. 2021 [citado el 2 de octubre de 2022]. Disponible en:

[https://fundacionsol.cl/cl\\_luzit\\_herramientas/static/adjuntos/6770/PBM2021.pdf](https://fundacionsol.cl/cl_luzit_herramientas/static/adjuntos/6770/PBM2021.pdf)

12.- García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado el 2 de octubre de 2022];42. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e160/es>

13.- Ministerio de Salud (MINSAL) [Internet]. Subsecretaría de Salud Pública; Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030; 2021 [citado el 2 de octubre de 2022]. Disponible en:

[https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores\\_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf)

14.- Ministerio de Salud (MINSAL) [Internet]. División de Atención Primaria; Orientación Técnica del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes; 2015 [citado el 4 de octubre de 2022]. Disponible en:

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/013.Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Ms-Autovalentes.pdf>

15.- Villalobos P. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: Desafíos en el contexto de la OCDE [Internet]. Scielo; 2017 [citado el 24 diciembre de 2022]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e86>

16.- Municipalidad de Los Ángeles. CIAM - Los ángeles, Chile [Internet]. [citado el 15 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.losangeles.cl/ciam/>

- 17.- Seco L. Edadismo: la barrera invisible. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2022 [citado el 16 de octubre de 2022];25(1):7-9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842022000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842022000100007&script=sci_arttext&tlng=en)
- 18.- Ortega D. Envejecimiento y trato hacia las personas mayores en Chile: Una ruta de la Desigualdad Persistente. *Sophia Austral* [Internet]. 2018 [citado el 16 de octubre de 2022];(22):223–46. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-56052018000200223](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-56052018000200223)
- 19.- Alcocer-Sosa A, Cid-Henríquez P, Guerrero-Castañeda R. Autotrascendencia y espiritualidad en personas adultas mayores, reflexión para el cuidado [Internet]. *Scielo.sa.cr*. 2021 [citado el 3 de octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682021000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 20.- Gallardo-Peralta L, Sánchez-Moreno E. Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Ter Psicol* [Internet]. 2020 [citado el 12 de octubre de 2022];38(2):169–87. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082020000200169](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082020000200169)
- 21.- Rosas E, Valenzuela S, Jiménez M. Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2020 [citado el 11 de octubre de 2022]; Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062020000200149](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200149)
- 22.- Guerrero RF, Lara R. Nivel de Autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 [citado el 12 de octubre de 2022];8(1):1476. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732017000101476](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000101476)

23.- Guerrero-Castañeda RF, Prado ML, Menezes TM, Galindo-Soto JA, Ojeda-Vargas MG. Experiencias de vida que favorecen la plenitud y trascendencia del ser adulto mayor: estudio fenomenológico-hermenéutico. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2019 [citado el 12 de octubre de 2022];53. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HCvWS4tDTjXP9HZHsVp4CfC/?lang=es>

24.- Márquez-Palacios J, Urzúa-Morales A, Calderón-Carvajal C, Salazar-Estrada J, Díaz-Reséndiz F. El efecto mediador del sentido de coherencia en la relación entre autocuidado y control glucémico de personas diabéticas. Glob. Health Promot. [Internet]. 2021 [citado el 4 de octubre de 2022];28(3):95-103. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1757975920987388>

25.- Lozoya S, Guirado M, Zapata A, Lopez A. Uso de Tecnologías y Autoeficacia en Adultos Mayores. IEEE-RITA [Internet]. 2022 [citado el 4 de octubre de 2022];17(2):125-130. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/27363>

26.- Kitson A, Chirico A, Gaggioli A, Riecke BE. A review on research and evaluation methods for investigating self-transcendence. Front. psychol [Internet]. 2020 [citado el 24 de octubre de 2022];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.547687/full>

27.- Alligood M. Los teóricos de la enfermería y su trabajo. 9ª ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2018.

28.- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Sot. Sri. Med. [Internet]. 1993 [citado el 24 de febrero de 2023];36(6):725–33. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369390033Z?via%3>

[Dihub](#)

29.- Vinje HF, Langeland E, Bull T. Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. 2016 [citado el 26 de febrero de 2023];25–40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435860/>

30.- Antonovsky A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. SSM [Internet]. 1993 [citado el 3 de marzo de 2023];37(8):969–74. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953693904276?via%3>

[Dihub](#)

31.- Vega M del, Frías A, Del Pino R. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en Estudiantes de Grado de enfermería de una Universidad española. Gac Sanit [Internet]. 2019 [citado el 6 de marzo 2023];33(4):310–6. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112019000400310](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000400310)

32.- Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Rev. méd. Chile. [Internet]. 2010 [citado el 15 de marzo del 2023];138(5). Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000500004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004)

33.- Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de Salud. Cienc. enferm. [Internet]. 2007 [citado el 15 de marzo de 2023];13(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

34.- Hladek MD, Zhu J, Buta BJ, Szanton SL, Bandeen-Roche K, Walston JD, et al. Self-efficacy proxy predicts frailty incidence over time in non-institutionalized older adults. J. Am. Geriatr. Soc. [Internet]. 2021 [citado

el 31 de marzo de 2023];69(12):3507–18. Disponible en:  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17417>

35.- Pérez MC, Del Mar M, Barragán AB, Martos Á, Del Mar M, Gázquez J. Autoeficacia y engagement en estudiantes de Ciencias de la Salud y su relación con la autoestima. Publicaciones [Internet]. 2018 [citado el 31 de marzo de 2023];48(1):161–72. Disponible en:  
<https://revistaseug.ugr.es/index.php/publicaciones/article/view/7323>

36.- Chien CH, Huang XY, Hsu SP, Yen YH, Pan HS, Yen FC. Self-efficacy and positive thinking as predictors of health-related quality of life in women with stress urinary incontinence. BMC Women's Health [Internet]. 2022 [citado el 31 de marzo de 2023];22(1). Disponible en:  
<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-02025-0>

37.- McCarthy VL, Ling J, Bowland S, Hall LA, Connelly J. Promoting self-transcendence and well-being in community-dwelling older adults: A pilot study of a psychoeducational intervention. Geriatr Nurs [Internet]. 2015 [citado el 8 de abril 2023];36(6):431–7. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457215002281?via%3Dihub>

38.- Fiske EA. Self-transcendence, well-being, and vulnerability in healthcare mission participants. Nurs. Sci. Q.[Internet]. 2019 [citado el 23 de abril de 2023];32(4):306–13. Disponible en:  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318419864326>

39.- Haugan G, Hanssen B, Moksnes UK. Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. Scand. J. Caring Sci. [Internet]. 2012 [citado el 24 de abril de 2023];27(4):882–93. Disponible en:  
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12000?saml\\_referrer](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12000?saml_referrer)

- 40.- Oliva J, Cruz M, Luengo L. nivel de autotrascendencia y factores moderadores en adultos mayores que participan en clubes del adulto mayor en la comuna de Coihueco, Chile. Rev iberoam educ investi Enferm [Internet]. 2016 [citado el 2 de mayo de 2023];6:59–67. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/214/nivel-de-autotrascendencia-y-factores-moderadores-en-adultos-mayores-que-participan-en-clubes-del-adulto-mayor-en-la-comuna-de-coihueco-chile/#>
- 41.- Er Seda, Şahin-Bayındır G, Kayış A, Buzlu S. The effect of psychosocial distress and self-transcendence on resilience in patients with cancer. Perspect Psychiatr Care [Internet]. 2022 [citado el 5 de mayo 2023];58(4):2631–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.13103>
- 42.- Norberg A, Lundman B, Gustafson Y, Norberg C, Fischer RS, Lövheim H. Self-transcendence (st) among very old people – its associations to social and medical factors and development over five years. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2015 [citado el 15 de junio de 2023];61(2):247–53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749431500062X>
- 43.- Peralta R, Rodríguez I, Manrique F, Chanduvi E. Autotrascendencia y Enfermedades Crónicas no transmisibles en Adultos Mayores Cesantes de una Universidad peruana/ self-transcendence and chronic non-communicable diseases in unemployed older adults from a Peruvian University. RCS (Ve), Universidad del Zulia [Internet]. 2020 [citado el 15 de mayo de 2023];XXVI. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28063519019/28063519019.pdf>
- 44.- Betancurth DP, Sanchez N, Vélez C. Sentido de Coherencia en Universitarios: Recurso para el cuidado en tiempos de pandemia. Rev Cuid. [Internet]. 2022 [citado el 22 de mayo de 2023];13(3). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2435>

- 45.- Sanna F, Galletta M, Koelen M, Contu P. Development of sense of coherence stability in the Agora Healthy Ageing Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 25 de mayo de 2023];19(21):14190. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14190>
- 46.- Lin Y, Zhang B, Xu R. Sense of coherence can predict hope in older adults: A cross-lagged analysis. *Aging Ment Health* [Internet]. 2021 [citado el 25 de mayo de 2023];26(2):376–83. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2021.1872488>
- 47.- Tapia C, Iturra V, Valdivia Y, Varela H, Jorquera M, Carmona A. Estado de Salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de Atención Primaria en Salud. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2017 [citado el 24 de junio de 2023];23(3):35–45. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532017000300035](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300035)
- 48.- Hladek MD, Zhu J, Buta BJ, Szanton SL, Bandeen-Roche K, Walston JD, et al. Self-efficacy proxy predicts frailty incidence over time in non-institutionalized older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* [Internet]. 2021 [citado el 3 de junio 2023];69(12):3507–18. Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17417>
- 49.- Pena-Gayo A, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Mena-Tudela D. Adaptación y validación transcultural de la Escala de Autotrascendencia de Pamela Reed al contexto español. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado el 28 de junio de 2023];26(0). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wXSM4t8sg3LFhGrB5j6HtbD/?lang=es#>
- 50.- Salazar Moreno CA, Alonso Castillo MM, Armendariz Garcia NA, Gómez-Meza M, Sías M, Berumen L. Sentido de coherencia asociado al bienestar psicológico y social en adultos mayores. *Apunt. Psicol.* [Internet]. Año [Citado el 15 de enero 2025];39(1): 19-26. Disponible en: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/864/576>

51.- Alonso Castillo MM, Salazar Moreno CA, Armendariz Garcia NA, López García KS. Autotrascendencia y su Efecto en el bienestar físico, psicológico y social en Adultos Mayores. Nure Inv.[Internet]. 2024 [Citado el 15 de enero 2025];21(132) Disponible en: <https://doi.org/10.58722/nure.v21i132.2506>

## **ANEXOS.**

### **Anexo 1. Definiciones de las variables.**

#### **Variable dependiente:**

##### **Autotrascendencia.**

- **Definición nominal:** Expansión multidimensional individual de una persona, logrando la auto-aceptación y el sentido de vida; conectándose con los demás, el entorno y/o una entidad superior; es un aspecto de la espiritualidad humana relacionada con el bienestar expresado por las personas.
- **Definición Operacional:** Variable cuantitativa ordinal, se medirá por medio de la escala de autotrascendencia (Self-Trascendence Scale (STS)) de Pamela Reed. Esta escala, consta de 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 teóricos van desde de 15 a 60 puntos.

Los resultados obtenidos se interpretan según la siguiente clasificación:

- a) **Baja autotrascendencia:** de 15 a 29 puntos.
- b) **Mediana autotrascendencia:** de 30 a 44 puntos.
- c) **Alta autotrascendencia:** de 45 a 60 puntos.

## Variables independientes

### **Sentido de Coherencia.**

- **Definición nominal:** Orientación global que expresa el grado de confianza dinámico en que se considera los estímulos internos y externos, como estructurados, predecibles y manejables; donde los recursos están disponibles para hacer frente a las demandas de dichos estímulos, y estas demandas son desafíos dignos de comprometerse e invertir energía en resolverlos.
- **Definición operacional:** La variable cuantitativa ordinal, será medida a través del puntaje global obtenido de la escala SOC-13, 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.

Se categorizará para fines de interpretación, según el puntaje obtenido en:

- a) **Alta:** Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida para SOC-13
- b) **Baja:** Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida para SOC-13.

### **Autoeficacia.**

- **Definición nominal:** Creencia estable de las personas respecto a su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de hechos estresores de la vida cotidiana.
- **Definición operacional:** La variable cuantitativa ordinal, será medida a través del puntaje global obtenido de la Escala Autoeficacia General (EAG), compuesta por 10 ítems, con un puntaje mínimo de 10 puntos

y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son escala tipo Likert de 1 a 4.

Esta variable para fines de interpretación, se categorizará según el puntaje obtenido en:

- a) **Alta:** El puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la EAG.
- b) **Baja:** El puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la EAG.

#### **Edad.**

- **Definición nominal:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento de la aplicación del instrumento, medido en años cumplidos.
- **Definición operacional:** Variable cuantitativa discreta, se considerará la edad declarada por el/la entrevistado/a en el momento de la aplicación del cuestionario semiestructurado a través de una pregunta abierta. Años cumplidos.

#### **Género.**

- **Definición nominal:** El género es una construcción social y varía en diferentes culturas y sociedades. Incluye normas, roles y expectativas especiales con la feminidad y la masculinidad, así como también puede abarcar otras identidades de género más allá de la dicotomía tradicional.
- **Definición operacional:** Esta variable cualitativa nominal será medida por medio del cuestionario sociodemográfico, a través de pregunta cerrada con las opciones: Masculino, femenino o no binario.

### **Presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas.**

- **Definición nominal:** Diagnóstico médico confirmado de una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. Para este proceso se pudo haber utilizado antecedentes de salud, examen físico y pruebas, como análisis de sangre, pruebas con imágenes y/o biopsias.
- **Definición operacional:** Variable cualitativa nominal, se medirá a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado. ¿Presenta alguna enfermedad diagnosticada actualmente? ¿Cuál/es?

### **Estudios.**

- **Definición nominal:** El nivel educativo o de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.
- **Definición operacional:** Variable cuantitativa discreta, se medirá por cantidad de años de estudios cursados, a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado. Último año de estudios aprobado.

### **Estado civil.**

- **Definición Nominal:** Se entiende por estado civil legal, a la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información. Consta de las siguientes modalidades: soltero o soltera, casada o casado, viudo o viuda, y divorciado o divorciada.
- **Definición Operacional:** Variable cualitativa nominal, estados civiles legalmente reconocidos en Chile al momento de la entrevista, los cuales se medirán por medio del cuestionario sociodemográfico a

través de pregunta cerrada con las opciones: Soltero o soltera. Casado o casada. Viudo o viuda. Divorciado o Divorciada.

### **Situación de pareja.**

- **Definición Nominal:** Es la condición de convivencia estable de pareja, determinada ya sea por el vínculo matrimonial o lazo afectivo declarado por la persona encuestada.
- **Definición Operacional:** Variable cualitativa nominal, se medirá a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado al momento de la aplicación. Se consideraron dos categorías: 1. Sin pareja 2. Con pareja.

### **Actividad Laboral.**

- **Definición Nominal:** Se entiende por actividad laboral a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual ejerciéndose que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución.
- **Definición Operacional:** Variable cualitativa nominal, se medirá a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado al momento de la aplicación. Se consideraron 3 opciones: Actividad laboral remunerada. Actividad laboral sin remuneración. Sin actividad laboral.

### **Ingreso económico.**

- **Definición Nominal:** Cantidad de dinero con el que cuenta la persona mayor de forma regular para su manutención, producto de la suma de los ingresos personales.

- **Definición Operacional:** Variable cuantitativa discreta, se medirá a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado al momento de la aplicación. Se consideraron las siguientes categorías: Menor o igual: a \$300.000. a \$ 500.000. a \$ 700.000. a \$ 900.000. a \$ 1.100.000. o Mayor o igual a \$ 1.100.001.

#### **Situación habitacional.**

- **Definición Nominal:** espacio físico; lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas.
- **Definición Operacional:** Variable cualitativa nominal, se medirá a través de una pregunta cerrada en el cuestionario semiestructurado al momento de la aplicación. Se consideraron las siguientes categorías: Casa propia. Arrienda. Casa de un familiar. Residencia u hogares.

#### **Cohabitación.**

- **Definición Nominal:** Habitar juntamente con otra u otras personas una misma vivienda.
- **Definición Operacional:** Variable cuantitativa discreta. Se medirá a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado al momento de la aplicación. ¿Con cuántas personas viven en su hogar?

#### **Religión.**

- **Definición Nominal:** La religión es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado. Las religiones son doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual.

- **Definición Operacional:** Variable cualitativa nominal. Se medirá a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado. ¿Práctica (Profesa) o se identifica con alguna religión? ¿Con cuál?

#### **Creencia.**

- **Definición Nominal:** manifestación explícita de la creencia de un ser superior.
- **Definición Operacional:** Variable cualitativa nominal. Se medirá a través de una pregunta abierta en el cuestionario semiestructurado. ¿Usted cree en la existencia de un ser superior? ¿Le atribuye algún nombre?

**Anexo 2: Instrumento recolector de datos.**

**I: Ítem perfil demográfico. Cuestionario semiestructurado de recolección de datos.**

<b>1. Edad:</b>	Años cumplidos: _____					
<b>2. Genero:</b>	1. Masculino. _____		2. No binario. _____		3. Femenino. _____	
<b>3. Presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticada :</b>	1. Si ____ 2. No ____			Si respondió si: ¿Cuál/es? _____		
<b>4. Estudios:</b>	Último año de estudio aprobado: _____					
<b>5. Estado civil:</b>	1. Soltero o soltera. _____		2. Casado o casada. _____		3. Viudo o viuda. _____	
<b>6. Situación de pareja:</b>	1. Con pareja _____			2. Sin pareja _____		
<b>7. Actividad Laboral:</b>	1. Actividad laboral renumerada. _____		2. Actividad laboral sin remuneración. _____		3. Sin actividad laboral. _____	
<b>8. Ingreso económico familiar:</b>	<b>Menor o igual:</b>					<b>Mayor o igual:</b>
<b>9.</b>	\$300.000 _____	\$500.000 _____	\$700.000 _____	\$900.000 _____	\$1.100.000 _____	\$ 1.100.001 _____
<b>10. Situación habitacional:</b>	1. Casa propia. _____		2. Arrienda. _____		3. Casa de un familiar. _____	
<b>11. Cohabitación:</b>	¿Con cuántas personas viven en su hogar? _____					
<b>12. Religión:</b>	¿Práctica (Profesa) o se identifica con alguna religión? _____ ¿Con cuál? _____					
<b>13. Creencia:</b>	¿Usted cree en la existencia de un ser superior? _____ ¿Le atribuye algún nombre? _____					

## II. Ítem de autotranscendencia.

**Indicaciones:** Por favor indique hasta qué extremo los artículos descritos abajo lo describen a usted. No hay respuesta correcta o incorrecta. Estamos interesados en su opinión honesta. En cada respuesta piense usted en este momento de 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 mismo como:**

	Para nada	Muy poco	Algo	Mucho
1.- Con pasatiempos e intereses que puedo disfrutar.				
2.- Aceptándome a mí mismo a medida que envejezco.				
3.- Involucrado con otras personas o con mi comunidad, cuando es posible.				
4.- Ajustándome bien a mi actual situación de vida.				
5.- Ajustándome a los cambios de mis capacidades físicas.				
6.- Compartiendo mi sabiduría o experiencia con otros.				
7.- Encontrándole significado a mis experiencias pasadas.				
8.- Ayudando de alguna manera a las personas jóvenes o a otros.				

<b>9.- Interesado/a en seguir aprendiendo acerca de otros.</b>				
<b>10.- Dejando de lado algunas cosas que alguna vez pensé que eran muy importantes.</b>				
<b>11.- Aceptando la muerte como parte de la vida.</b>				
<b>12.- Encontrando significado en mis creencias espirituales.</b>				
<b>13.- Permitiendo que otros me ayuden cuando puedo necesitarlo.</b>				
<b>14.- Disfrutando mi ritmo de vida.</b>				
<b>15.- Dándole vueltas a mis sueños o metas que no alcancé en el pasado.</b>				

### III. Ítem sentido de coherencia.

**Instrucción:** Se le pide contestar con la mayor libertad y sinceridad, todas las preguntas que se plantean a continuación. Seleccionar una sola respuesta a cada pregunta, elige y marca con una cruz (X) un número del 1 al 7, para poder expresar mejor lo que piensa o siente sobre esa pregunta.

1.- ¿Tiene la sensación de que no le interesa lo que pasa a su alrededor? **								
Muy rara vez no me intereso.	1	2	3	4	5	6	7	Con mucha frecuencia no me intereso.

2.- ¿Se ha quedado alguna vez sorprendido/a por el comportamiento de las personas que se creía conocer bien? **								
Nunca me ha ocurrido.	1	2	3	4	5	6	7	Me ha ocurrido.

3.- ¿Se ha sentido decepcionado/a de las personas con las que de inicio contaba? **								
Nunca me ha ocurrido.	1	2	3	4	5	6	7	Me ha ocurrido.

4.- Hasta ahora en la vida								
No ha conseguido los objetivos, ni su propio rumbo.	1	2	3	4	5	6	7	Ha conseguido los objetivos y su propio rumbo.

5.- ¿Tiene la sensación de que no es tratado/a con justicia?								
Muy frecuentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Raramente o nunca.

<b>6.- ¿Muchas veces siente que se encuentra en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?</b>								
<b>Me ocurre frecuentemente.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Nunca o raramente me ocurre.</b>

<b>7.- Aquello que hace diariamente es: **</b>								
<b>Una fuente de profunda satisfacción.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Una fuente de sufrimiento y aburrimiento.</b>

<b>8.- ¿Tiene sentimiento e ideas muy confusas?</b>								
<b>Muy frecuentemente.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Raramente o nunca.</b>

<b>9.- ¿Le ocurre que tiene sentimientos que no le gustaría tener?</b>								
<b>Muy frecuentemente.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Muy raramente.</b>

<b>10.- Muchas personas (incluso las que tienen carácter fuerte), en ciertas situaciones, se sienten a veces fracasados ¿Con que frecuencia se ha sentido usted así en el pasado? **</b>								
<b>Nunca</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Muchas veces.</b>

<b>11.- Cuando tiene que enfrentándose a un problema, generalmente acaba por comprobar que:</b>								
<b>Valoraste mal la importancia del problema.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Valoraste correctamente la importancia del problema.</b>

<b>12.- ¿Con que frecuencia siente que las cosas que hace en su vida diaria apenas tienen sentido?</b>								
<b>Muy frecuentemente.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Muy raramente.</b>

<b>13.- ¿Con que frecuencia tiene sentimientos que duda poder controlar? **</b>								
<b>Muy rara vez no me intereso.</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Con mucha frecuencia no me intereso.</b>

#### **IV. Ítem autoeficacia.**

**Instrucción:** Elegir y marcar con una cruz (X) una respuesta, que corresponde a sus reacciones a las siguientes declaraciones, utilizando la escala de: 1 = Incorrecto, 2= Apenas cierto, 3 = Más bien cierto, 4 = Cierto.

<b>Nº</b>	<b>Declaraciones</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.-	<b>Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.</b>				
2.-	<b>Puedo resolver problemas difíciles se me esfuerzo lo suficiente.</b>				
3.-	<b>Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.</b>				
4.-	<b>Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.</b>				
5.-	<b>Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.</b>				
6.-	<b>Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.</b>				

7.-	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8.-	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9.-	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10.-	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

## Anexo 3: Solicitud escala Autotrascendencia.

Solicitud ▶ Recibidos x



**Diego Muñoz** <diego2012astaburuaga@gmail.com>  
para preed, bcc: Diego

dom, 23 abr, 22:21 ☆ ↶ ⋮

Dear Dr. Pamela G. **Reed**,

Greetings. I am writing to you as a nurse researcher belonging to the Master's program in Nursing at the University of Concepción, Chile. I am currently developing a thesis on older adults focused on your theory of Self-Transcendence and health promotion, which is guided by your research and valuable mid-range theory that is of great relevance to nursing. Therefore, I would like to request your authorization to use your instrument, the Self-Transcendence Scale in its Spanish version.

With gratitude,



**Diego Muñoz Asta-Buruaga**  
Enfermero | Estudiante de Magíster en Enfermería  
Facultad de Enfermería | Universidad de Concepción



**Reed, Pamela G - (preed)** <preed@arizona.edu>  
para mi

mar, 25 abr, 2:32 ☆ ↶ ⋮

Greetings, Diego,

Thank you for your interest in my instrument. **Please know that you are welcome to and have permission to use the STS (Spanish version) in your research.** I assume you have a copy of the instrument?

Best wishes in your master's research!

Pamela G **Reed**, PhD, RN  
Professor  
UA College of Nursing  
[preed@arizona.edu](mailto:preed@arizona.edu)

---

**From:** Diego Muñoz <diego2012astaburuaga@gmail.com>  
**Sent:** Sunday, April 23, 2023 7:21 PM  
**To:** **Reed**, Pamela G - (preed) <preed@arizona.edu>  
**Subject:** [EXT]Solicitud

External Email



**Diego Muñoz** <diego2012astaburuaga@gmail.com>  
para Pamela

27 abr 2023, 23:09 ☆ ↶ ⋮

Dear Dr. Pamela **Reed**,

I am delighted to receive your response and permission to use the Spanish version of the Self-Transcendence Scale (STS). I sincerely appreciate your collaboration and for providing me with the opportunity to use this tool in my research.

I want to inform you that I do have access to this instrument and will be using it responsibly, taking all necessary measures to ensure the confidentiality and privacy of the data obtained. If you require any additional information from me, please do not hesitate to contact me.

Lastly, I would like to wish you an excellent weekend. Once again, I appreciate your assistance and cooperation in this matter.

Sincerely,

**Diego Muñoz Asta-Buruaga**  
Enfermero,  
Estudiante de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería,  
Universidad de Concepción.

\*\*\*

## Anexo 4: Solicitud oficina de partes Municipalidad de Los Ángeles.

 MUNICIPALIDAD LOS ANGELES SECRETARIA MUNICIPAL	 MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES Cantigo Construyendo Calidad
---	--

A  
SEÑOR  
ALCALDE DE LA COMUNA  
LOS ANGELES

  
DOCUMENTO  
RECIBIDO  
POR CORREO  
ELECTRONICO

NOMBRE : Diego Bastián Muñoz Asta-Buruaga  
INSTITUCION : Univerdidad de Concepción  
DOMICILIO : \_\_\_\_\_, Provincia de Concepción  
C. IDENTIDAD : 20.275.491-0 FONO : 954564474  
CORREO  
ELECTRONICO : diego2012astaburuaga@gmail.com

ME DIRIJO A UD. CON EL FIN DE:

SOLICITAR     SUGERIR     RECLAMAR     FELICITAR

Estimada [o], junto con saludarle y desearle una buena semana, me dirijo a usted como Enfermero Investigador de la Universidad de Concepción, para solicitar la autorización de entrega de información del Centro Integral del Adulto Mayor (Ciam), con el que tengo interés de formar una asociación colaborativa, pues me encuentro desarrollando un proyecto de investigación con este grupo etario en pro de contribuir al conocimiento científico en el marco del bienestar y promoción de la salud, es por ello, que necesito contar con la cantidad de Personas Mayores aproximada que participa en grupos pertenecientes al CIAM de la Ciudad de Los Ángeles, esto me permitirá realizar la etapa estadística, finalizar el proyecto y enviarlo a revisión de los comités de ética de la universidad y del servicio de salud del biobío, y continuar con las etapas de ejecución respectiva dentro del año 2023.

Cabe mencionar que ya he tenido una reunión con la directora del centro y me ha manifestado interés de colaborar con su correspondiente autorización.

Se despide con gratitud,  
atentamente,

**Diego Muñoz Asta-Buruaga**  
Enfermero,  
Estudiante de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería,  
Universidad de Concepción.

SALUDA ATENTAMENTE A UD.

Diego Bastián Muñoz Asta-Buruaga  
FIRMA SOLICITANTE

## **Anexo 5: Solicitud de apoyo.**

Concepción, 8 de agosto 2023

**Señora**

**Claudia Tapia Albornoz.**

**Directora del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.**

**Presente.**

**Ref.: Solicita apoyo en investigación.**

**Proyecto N° 01**

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, me presento como investigador responsable del proyecto titulado "*Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores*", desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y solicito a Ud. apoyo para la ejecución de esta investigación en el establecimiento que dirige, y que se realizará sólo, posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos correspondientes.

El proyecto consta de dos fases: la primera implica la ejecución de una prueba piloto, mientras que la segunda comprende el desarrollo completo del proyecto.

Los objetivos generales, siendo el primero, determinar la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles y el segundo, analizar las características biológicas, socioculturales y psicológicas que se asocian con la autotrascendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

Para la muestra se considera la participación de personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles durante el año 2024.

La actividad para la recolección de los datos incluye la aplicación de un instrumento que posee 3 escalas tipo Likert y un cuestionario sociodemográfico que nos permiten evaluar las variables a investigar.

El proceso de reclutamiento de participantes se llevará a cabo mediante un muestreo simple y por conglomerado en el cual se seleccionarán al azar los clubes que serán invitados a participar en el estudio. Posteriormente, se establecerá contacto con los representantes de dichos grupos, se les proporcionará información general sobre el estudio y se les solicitará 10 minutos para presentar la investigación a los miembros de cada agrupación, ya sea al inicio de sus reuniones regulares o encuentros, o al finalizar. Terminada la presentación, se les invitará a participar en el estudio.

A quienes deseen participar se les facilitará la información de contacto del investigador para consultas. Con cada participante se acordará próxima entrevista, de acuerdo a día de encuentro del grupo (para no incurrir en gastos de traslado). La entrevista se llevará a cabo en una habitación cerrada facilitada por el CIAM de Los Ángeles y de forma individual para establecer un clima de seguridad y resguardo de información.

El caso que la persona no pueda concurrir al CIAM, se le consultará si acepta la entrevista por vía telefónica.

La autorización final de la ejecución de este proyecto estará condicionada a su carta de apoyo, a la posterior evaluación del Comité de Ética respectivo (Servicio de Salud Biobío), y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que **esta carta de apoyo, es necesaria para que** el proyecto sea evaluado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería y por el Comité de **Ética**, Bioética y Bioseguridad de la **Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción**.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- Resumen del proyecto N° 01.
- Instrumento Recolector de Datos
- Modelo de documento de consentimiento informado Prueba Piloto y de proyecto final.

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

**Diego Muñoz Asta-Buruaga**

**Nombre y Firma**

**Investigador Responsable**

## Anexo 6: Respuesta a solicitud de apoyo.

### Solicitud Carta de Asociación

2 mensajes

Diego Muñoz <diego2012astaburuaga@gmail.com>  
Para: Claudia Ximena Tapia Alborno <ctapia@losangeles.cl>

9 de agosto de 2023, 8:00





Estimada Directora del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles, doña Claudia Tapia. Junto con saludar, y deseándole una buena semana, me dirijo a usted para enviar carta de intención de asociación colaborativa con el CIAM LA, esto con la finalidad de presentar a comisión evaluadora y comité ético científico de la facultad de enfermería, pues el proyecto ya está terminado. Además, de agradecer su disponibilidad para llamada telefónica en algún horario desde las 14hrs. para flexibilizar la comunicación.

Adjunto carta, parte municipal, resumen de proyecto e instrumento a utilizar.

Atentamente.

**Diego Muñoz Asta-Buruaga**  
*Enfermero,*  
*Estudiante de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería,*  
*Universidad de Concepción.*

#### 4 adjuntos

-  archivo.pdf  
261K
-  Resumen Proyecto Tesis CIAM LA.pdf  
559K
-  Carta de apoyo Directivo responsable del establecimiento CIAM LA.pdf  
290K
-  Instrumento recolector de datos CIAM LA.pdf  
550K

Claudia Ximena Tapia Alborno <ctapia@losangeles.cl>  
Para: Diego Muñoz <diego2012astaburuaga@gmail.com>

9 de agosto de 2023, 10:58

Estimado, junto con saludar, le informo que nuestra disposición como Centro Integral, ha estado siempre abierta al apoyo de estudiantes, siempre y cuando los grupos quienes participan de los talleres están informados y aceptan a colaborar.

Por favor comunicarse con mi persona vía telefónica, para realizar las coordinaciones..

Fono : 432218830

Saludos cordiales.

[El texto citado está oculto]

--



**Claudia Tapia Alborno**

Jefe

Centro Integral del Adulto Mayor  
Dirección de Desarrollo Comunitario

Dirección: Las Azaleas 465

Fono: (+56) 432322166 - 975898333

## Anexo 7: Carta de autorización.



MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES  
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO



### CARTA DE APOYO

Por medio del presente, la Encargada del Centro Integral de Personas Mayores: **Claudia Tapia Albornoz** autoriza la aplicación de instrumento recolector de datos del proyecto *"Asociación de la auto trascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores"* desarrollado en el contexto del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Desarrollado por el investigador: **Diego Muñoz Asta-Buruaga**



**CLAUDIA TAPIA ALBORNOZ.**  
ENCARGADA  
CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR



**Diego Muñoz Asta-Buruaga.**  
INVESTIGADOR RESPONSABLE.



## Anexo 8: Carta aprobación CEC Facultad de enfermería UdeC.



Universidad de Concepción  
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción 19 marzo 2024

Ref: Resolución N°4 -24

Sr. Diego Bastián Muñoz Asta-Buruaga  
Investigador Responsable  
Presente.

Estimado Investigador:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por los académicos Maritza Espinoza V. y Luis Luengo M., en reunión vía teams el día 14 de marzo del presente año, junto con las indicaciones enviadas por la académica Mónica Burgos M., ha revisado la tercera versión del proyecto de investigación titulado: **“Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores”**.

El proyecto es **Aprobado**, sin embargo, es necesario incorporar las siguientes observaciones antes de su envío a las otras instancias de evaluación ética científica:

a) Corregir el nivel de medición de las variables *“Sentido de coherencia”* y *“Autoeficacia”*, página 54, dado que corresponden variables cuantitativas y ordinales.

b) El Consentimiento Informado de la prueba piloto debe incorporar la frase contenida en la segunda versión del proyecto: *“ El objetivo de la prueba piloto es evaluar si usted comprende las preguntas del instrumento recolector de datos y el tiempo de respuesta, con el fin de mejorar este instrumento para llevar a cabo la investigación”*

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

Atentamente,

  
Mónica Burgos M.  
Secretaría CEC  
Facultad Enfermería

  
Maritza Espinoza V.  
Presidenta CEC  
Facultad Enfermería



## Anexo 9: 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 1698-2024

Concepción, junio de 2024.

### CERTIFICADO

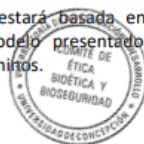
El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el **PROYECTO DE TESIS** titulado **"ASOCIACIÓN DE LA AUTOTRASCENDENCIA CON CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIOCULTURALES EN PERSONAS MAYORES"** presentado por el Enfermero candidato al grado de Magíster en Enfermería **SR. DIEGO BASTIÁN MUÑOZ ASTA-BURUAGA**, en calidad de Investigador 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.

En este proyecto se plantea determinar la autotranscendencia de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles y analizar las características biológicas, socioculturales y psicológicas que se asocian con la autotranscendencia de esta población de interés.

Para lo anterior describe la ejecución de 07 (siete) objetivos específicos, cuyo diseño metodológico se estructura en un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, y propone actividades para: inicialmente, identificar las características biológicas (género, edad, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas), socioculturales (estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico familiar, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles, para a continuación, evaluar la autotranscendencia, el sentido de coherencia y la autoeficacia de esta población. Después, pretende determinar si existe asociación entre la autotranscendencia con características biológicas (edad, género, presencia de enfermedad o enfermedades diagnosticadas) y características socioculturales (estudios, estado civil, situación de pareja, actividad laboral, ingreso económico familiar, situación habitacional, cohabitación, religión, creencia) de estas personas. Finalmente, propone identificar las relaciones de la autotranscendencia y las características psicológicas (sentido de coherencia, autoeficacia) de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la ciudad de Los Ángeles.

El estudio será ejecutado en 30 (treinta) agrupaciones, con la autorización de su(s) respectivo(s) representante(s) legal(es).

La participación de cada sujeto (n=135) estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, que será documentado conforme modelo presentado a este Comité institucional, y regularmente aplicado y firmado, aceptando sus términos.



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



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


Cabe destacar que previamente se realizará una prueba piloto con la participación de 10 (diez) personas mayores de 60 años pertenecientes a 02 (dos) agrupaciones. Estas muestras no serán incluidas en el estudio principal.

La custodia de la información recolectada será de responsabilidad del candidato al grado de Magister en Enfermería por la Universidad de Concepción, Sr. Diego Bastián Muñoz Asta-Buruaga.

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 en el estudio, garantizando la autonomía, la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los 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 N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana, la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada", la Ley N° 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 N° 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica, y la Ley N° 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.

En atención a todo lo anterior y dado que el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**ASOCIACIÓN DE LA AUTOTRASCENDENCIA CON CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIOCULTURALES EN PERSONAS MAYORES**" presentado por el Enfermero candidato al grado de Magister en Enfermería **SR. DIEGO BASTIÁN MUÑOZ ASTA-BURUAGA**, en calidad de Investigador Responsable, junto a su Profesora Guía **DRA. PATRICIA CID HENRÍQUEZ**, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, 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, confiriendo el presente Certificado.

  
**DRA. M. ANDREA RODRIGUEZ 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** <andrea@udec.cl>  
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799

## Anexo 10: Carta de aprobación CEC Servicio de Salud Biobío.



N.º 206:

**Ref.: Respuesta protocolo "Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores".**

Los Ángeles, 10 de julio de 2024

**A: Investigador Diego Muñoz Asta-Buruaga.**  
**DE: Comité Ético Científico.**

De nuestra consideración,

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, en su sesión extraordinaria de fecha 04.07.2024, ha resuelto lo siguiente:

### **1. Valor del estudio.**

La investigación busca determinar qué características biológicas, socioculturales y psicológicas se asocian con la autotrascendencia en personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), mediante un instrumento de recolección de datos conformado por un cuestionario semiestructurado de variables biosocioculturales y tres escalas que evalúan la autotrascendencia, sentido de coherencia y autoeficacia. A fin de generar evidencia científica que contribuya a crear nuevos proyectos con enfoque promotor de salud para potenciar la autotrascendencia repercutiendo en el bienestar de las personas mayores de la ciudad y la región.

## 2. Validez científica.

Se trata de un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, que considera la participación de las personas mayores de 60 años que asisten al Centro Integral de Adulto Mayor (CIAM), Los Ángeles, utilizando un muestreo aleatorio simple y un muestreo por conglomerado, para la selección de participantes.

En cuanto al plan de análisis de datos, considera estadística descriptiva y multivariada con un modelo de regresión lineal múltiple y correlacional de Pearson.

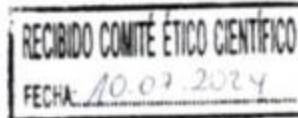
### Discriminación arbitraria.

La decisión de participar se encuentra abierta a las personas mayores de 60 años que asisten al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) que se ajusten a los criterios de inclusión y exclusión descritos en el protocolo de Investigación.

## 3. Relación riesgo-beneficio.

Esta investigación prevé riesgos mínimos para los participantes, asociados a la manifestación de emociones incómodas producto de la aplicación del instrumento de recolección de datos. En caso de que el participante se vea afectado, contempla la contención emocional (escucha activa, comunicación empática, brindar un espacio seguro, postergar o interrumpir la aplicación del instrumento y/o apoyo psicológico) por parte del investigador y el respeto por la decisión de no continuar con su participación.

En cuanto al resguardo y confidencialidad de la información, contempla la protección de los datos en el computador del Investigador responsable por un periodo de 15 años y almacenamiento de los instrumentos físicos en un lugar cerrado de acceso exclusivo por el investigador responsable.



## 4. Consentimiento informado.

Se describe y adjunta la utilización de Consentimiento Informado que se ajusta a lo estipulado en la Ley N°20.120.

### EN CONSECUENCIA,

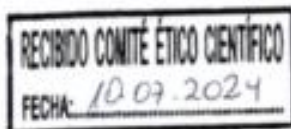
Teniendo presente los puntos anteriores, este Comité en sesión extraordinaria de fecha 04.07.2024 ha resuelto **"Aprobar"** la investigación en referencia.

Tomó conocimiento de los siguientes documentos:

- Carta de apoyo Centro Integral del Adulto Mayor
- Carta Aprobación CEC Facultad de enfermería Universidad de Concepción
- Carta de aprobación Comité de Ética, bioética y bioseguridad Vicerrectoría de investigación y desarrollo Universidad de Concepción.
- Carta Compromiso Investigador Principal.
- Formulario Solicitud de evaluación de proyecto de investigación CEC SSBB.
- Protocolo de Investigación.
- Consentimiento Informado.
- Curriculum Vitae Investigador Principal.
- Certificado de alumno regular.

- Resolución exenta N° 6558 de fecha 09.08.2017, acredita al comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, Rut 61.607.300-1.
- Actualmente el Comité Ético Científico del Servicio de Salud se encuentra en proceso de Re- Acreditación a espera de emisión de resolución por parte de la Seremi de Salud de la Región del Biobío.
- La aprobación del protocolo tiene una vigencia de 1 año desde la fecha de emisión del informe favorable, al finalizar debe adjuntar los resultados.
- Si requiere más tiempo para finalizar la investigación, debe solicitar renovar aprobación mediante solicitud formal, acompañando informe de avance por el período aprobado.
- En caso de enmienda al diseño de la investigación aprobada, deberá solicitar por escrito aprobación por este Comité, mediante una carta de solicitud de revisión, un resumen de la enmienda, el protocolo modificado y todos los documentos que se precisen según pertinencia.

Sin otro particular les saluda muy atentamente.




---

MARIELA DIAZ SERRA  
VICEPRESIDENTA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

En respuesta a su solicitud el CEC (Comité Ético Científico) se reunió en sesión extraordinaria con fecha 04.07.2023 estando presente, Abog. Mariela Díaz Serra, Dra. Mirta Medina Figueroa, E. U. Nataly Lagos Balboa, As. Soc. Patricia Messenger Muñoz (MC), T.M. (MC) Teresa Viches y S. A. Ing. Ind. Paulina Villarreal.

**DISTRIBUCION:**

- Interesado
- Archivo

## **Anexo 11: Consentimiento informado Prueba Piloto.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA PILOTO**

**Nº de folio:** \_\_\_\_\_

Usted ha sido invitado(a) a participar en una **prueba piloto**, enmarca en el proyecto de tesis titulado “**Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores**”, presentado por el Enfermero Sr. Diego Muñoz Asta-Buruaga al Programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

El objetivo de la prueba piloto es evaluar si se comprenden las preguntas del instrumento recolector de datos, con el fin de validarlo o realizar modificaciones necesarias para llevar a cabo esta investigación de manera óptima, además se medirán los objetivos del proyecto final, que plantea determinar la autotrascendencia y analizar su asociación con características biológicas, socioculturales y psicológicas de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

La autotrascendencia es descrita por varios autores, sobre todo en el área de la psicología, pero en este proyecto de tesis se adoptó la definición de la Enfermera Dra. Pamela Reed (2014), definiéndola como la capacidad de los individuos de expandir multidimensionalmente los límites del “yo”, superando sus necesidades y desafíos a medida que la edad avanza, permitiendo una mirada más amplia, y reconexión con el propósito, lo que fomenta el paso del desequilibrio al bienestar. Además, implica un proceso creativo de indagación y autodescubrimiento.

Su participación consistiría en aportar la información necesaria para que, con el análisis adecuado, posibilite asociar la autotrascendencia con las características biológicas, psicológicas y socioculturales en las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles. Para esto, si decide participar, de manera libre y voluntaria, Ud. pasaría a responder un instrumento recolector de datos, una única vez, el cual será aplicado por el Investigador responsable a través de una entrevista que se estima desarrollar en un tiempo promedio de 30 minutos, incluyendo una encuesta sociodemográfica. El instrumento será aplicado de forma presencial y se coordinará en los días que Ud. asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles (CIAM LA), establecimiento que dispondrá de sus instalaciones para colaborar con la ejecución de este estudio o por vía telefónica según conveniencia y tiempo que usted indique.

En la recolección de información, no hay respuestas correctas ni incorrectas, ni tampoco serán expuestas a un juicio personal por el Investigador Responsable, quien las tratará como confidenciales.

Los potenciales beneficios asociados de este estudio son que los datos obtenidos, que permitirán determinar la autotrascendencia de los mayores de 60 años y conocer sus asociaciones con las variables sociodemográficas y psicológicas que se analizarán. Además, se pretende favorecer o incentivar nuevos estudios que intenten mejorar o fomentar la autotrascendencia de las personas mayores en el ámbito de la Promoción de la Salud.

Se estima que no contempla riesgos asociados, sin embargo, puede evocar situaciones relacionadas con su vida personal y familiar incómodas durante o después de la aplicación del instrumento recolector de datos, o también pueden surgir cuestionamientos sobre el paso de la vida y/o el aporte o significado de su desarrollo. Ante el posible afloramiento de emociones, se aplicarán cuidados de contención y posterior orientación a conductas a seguir, respetando su decisión de continuar o suspender su participación.

Si escoge no participar, esto no implica de ningún modo alguna sanción o reproche. Si decide participar y cambia de parecer durante el estudio, puede renunciar a su participación en cualquier momento.

Es importante tener en cuenta que participar en este estudio no implica acceder a pagos, así también no presenta ningún tipo de costo para Ud. o para el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

El Investigador Responsable se compromete a que la información entregada, en cuanto a sus respuestas, sólo será utilizada para responder a los objetivos de este estudio, y estas serán confidenciales y anonimizadas.

Los datos serán manejados exclusivamente por el Investigador Responsable, almacenados en ordenadores resguardados con clave y que en ningún caso serán analizados individualmente, pues a este estudio sólo le interesan las respuestas generales. Estos datos serán guardados por un tiempo estimado de 15 años. Además, el investigador realizó la elección de participantes de la muestra sin identificación de su nombre en particular, sino que esta fue realizada con la asignación de un código de folio. En este mismo sentido, tanto a usted como a la institución de pertenencia (CIAM LA), se le comunicará los resultados generales a través de una reunión previamente concertada.

Los resultados obtenidos en este estudio terminan su publicación, con los resguardos y garantías declaradas antes, para difusión científica exclusiva de este trabajo para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción.

Si tiene alguna otra pregunta, puede comunicarse con el Sr. Diego Muñoz Asta-Buruaga, al correo electrónico **dimunoz2018@udec.cl** o al teléfono **+56 9 54 56 4474**.

El proyecto de tesis al cual se enmarca este estudio ha sido revisado y aprobado en la Universidad de Concepción por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, presidido por la Enfermera Dra. Maritza Espinoza Venegas (dirección electrónica: **mespinoz@udec.cl**) y por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, presidido por la Dra. María Andrea Rodríguez Tastets (dirección electrónica: **secrevid@udec.cl**).

En atención a la Ley N° 20.120 de 2006, este estudio, sometido a evaluación, fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, presidido por la QF. Sra. Mireya Riquelme Rivas (dirección electrónica: **cec@ssbiobio.cl**).

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Confirmando haber leído todo lo anterior y entendido la información sobre el estudio que se me invita a participar de manera libre y voluntaria, presentada como parte del proceso de consentimiento informado.

Si decido participar, mi involucramiento es libre y voluntaria y no recibiré pago por esto, y puedo negarme a participar, sin necesidad de dar explicaciones y que esto no tendrá consecuencias para mí. También se me informó de que puedo retirarme bajo mi propia voluntad cuando yo lo estime necesario.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas relacionadas con el estudio y con la participación, o no, en el estudio. Todas mis inquietudes han sido resueltas a mi satisfacción. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Sin embargo, podré pedir otra información sobre este estudio al Investigador Responsable, Sr. Diego Muñoz Asta-Buruaga, personalmente, antes de la aplicación del instrumento, o a través de la dirección electrónica: **dimunoz2018@udec.cl** / teléfono: **+56 9 54 56 4474**.

Reconozco que se me informó que, ante cualquier duda sobre mis derechos en el marco del estudio, podré comunicarme con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, presidido por la QF. Sra. Mireya Riquelme Rivas (dirección electrónica: **cec@ssbiobio.cl**).

A partir de los antecedentes antes mencionados **ACEPTO** libre y voluntariamente participar en este estudio.

---

(Día/Mes/Año)

---

Firma

Participante

---

Firma

Investigador Responsabl

---

Firma

Director(a) Centro de Estudio  
o su delegado/ Ministro de Fe

## Anexo 12: Consentimiento informado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº de folio: \_\_\_\_\_

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio que se enmarca en el proyecto de tesis titulado “**Asociación de la autotranscendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores**”, presentado por el Enfermero Sr. Diego Muñoz Asta-Buruaga al Programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

En este proyecto de tesis plantea determinar la autotranscendencia y analizar su asociación con características biológicas, socioculturales y psicológicas de las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

La autotranscendencia es descrita por varios autores, sobre todo en el área de la psicología, pero en este proyecto de tesis se adoptó la definición de la Enfermera Dra. Pamela Reed (2014), definiéndola como la capacidad de los individuos de expandir multidimensionalmente los límites del “yo”, superando sus necesidades y desafíos a medida que la edad avanza, permitiendo una mirada más amplia, y reconexión con el propósito, lo que fomenta el paso del desequilibrio al bienestar. Además, implica un proceso creativo de indagación y autodescubrimiento.

Su participación consistiría en aportar la información necesaria para que, con el análisis adecuado, posibilite asociar la autotranscendencia con las características biológicas, psicológicas y socioculturales en las personas mayores de 60 años que integran los grupos del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles. Para esto, si decide participar, de manera libre y voluntaria, Ud. pasaría a responder un instrumento recolector de datos, una única vez, el cual será aplicado por el Investigador responsable a través de una entrevista que se estima desarrollar en un tiempo promedio de 30 minutos, incluyendo una encuesta sociodemográfica. El instrumento será aplicado de forma presencial o telefónico según usted estime conveniente. En caso de ser la presencial, se coordinará en los días que Ud. asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles (CIAM LA), establecimiento que dispondrá de sus instalaciones para colaborar con la ejecución de este estudio o por vía telefónica según conveniencia y tiempo que usted indique.

En la recolección de información, no hay respuestas correctas ni incorrectas, ni tampoco serán expuestas a un juicio personal por el Investigador Responsable, quien las tratará como confidenciales.

Los potenciales beneficios asociados de este estudio son que los datos obtenidos, los cuales permitirán determinar la autotrascendencia de los mayores de 60 años y conocer sus asociaciones con las variables sociodemográficas y psicológicas que se analizarán. Además, se pretende favorecer o incentivar nuevos estudios que intenten mejorar o fomentar la autotrascendencia de las personas mayores en el ámbito de la Promoción de la Salud.

Se estima que no contempla riesgos asociados, sin embargo, puede evocar situaciones relacionadas con su vida personal y familiar incómodas durante o después de la aplicación del instrumento recolector de datos, o también pueden surgir cuestionamientos sobre el paso de la vida y/o el aporte o significado de su desarrollo. Ante el posible afloramiento de emociones, se aplicarán cuidados de contención y posterior orientación a conductas a seguir, respetando su decisión de continuar o suspender su participación.

Si escoge no participar, esto no implica de ningún modo alguna sanción o reproche. Si decide participar y cambia de parecer durante el estudio, puede renunciar a su participación en cualquier momento.

Es importante tener en cuenta que participar en este estudio no implica acceder a pagos, así también no presenta ningún tipo de costo para Ud. o para el Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Los Ángeles.

El Investigador Responsable se compromete a que la información entregada, en cuanto a sus respuestas, sólo será utilizada para responder a los objetivos de este estudio, y estas serán confidenciales y anonimizadas.

Los datos serán manejados exclusivamente por el Investigador Responsable, almacenados en ordenadores resguardados con clave y que en ningún caso serán analizados individualmente, pues a este estudio sólo le interesan las respuestas generales. Estos datos serán guardados por un tiempo estimado de 15 años. Además, el investigador realizó la elección de participantes de la muestra sin identificación de su nombre en particular, sino que esta fue realizada con la asignación de un código de folio. En este mismo sentido, tanto a usted como a la institución de pertenencia (CIAM LA), se le comunicará los resultados generales a través de una reunión previamente concertada.

Los resultados obtenidos en este estudio tienen finalidad de ser publicados, con los resguardos y garantías declaradas antes, para difusión científica exclusiva de este trabajo para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción.

Si tiene alguna otra pregunta, puede comunicarse con el Sr. Diego Muñoz Asta-Buruaga, al correo electrónico **dimunoz2018@udec.cl** o al teléfono **+56 9 54 56 4474**.

El proyecto de tesis al cual se enmarca este estudio ha sido revisado y aprobado en la Universidad de Concepción por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, presidido por la Enfermera Dra. Maritza Espinoza Venegas (dirección electrónica: mespinoz@udec.cl) y por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, presidido por la Dra. María Andrea Rodríguez Tastets (dirección electrónica: secrevid@udec.cl).

En atención a la Ley N° 20.120 de 2006, este estudio, sometido a evaluación, fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, presidido por la QF. Sra. Mireya Riquelme Rivas (dirección electrónica: **cec@ssbiobio.cl**).

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Confirmando haber leído todo lo anterior y entendido la información sobre el estudio que se me invita a participar de manera libre y voluntaria, presentada como parte del proceso de consentimiento informado.

Si decido participar, mi involucramiento es libre y voluntaria y no recibiré pago por esto, y puedo negarme a participar, sin necesidad de dar explicaciones y que esto no tendrá consecuencias para mí. También se me informó de que puedo retirarme bajo mi propia voluntad cuando yo lo estime necesario.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas relacionadas con el estudio y con la participación, o no, en el estudio. Todas mis inquietudes han sido resueltas a mi satisfacción. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Sin embargo, podré pedir otra información sobre este estudio al Investigador Responsable, Sr. Diego Muñoz Asta-Buruaga, personalmente, antes de la aplicación del instrumento, o a través de la dirección electrónica: **dimunoz2018@udec.cl** / teléfono: **+56 9 54 56 4474**.

Reconozco que se me informó que, ante cualquier duda sobre mis derechos en el marco del estudio, podré comunicarme con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, presidido por la QF. Sra. Mireya Riquelme Rivas (dirección electrónica: **cec@ssbiobio.cl**).

A partir de los antecedentes antes mencionados **ACEPTO** libre y voluntariamente participar en este estudio.

---

(Día/Mes/Año)

---

Firma

Participante

---

Firma

Investigador Responsable

---

Firma

Director(a) Centro de Estudio  
o su delegado/ Ministro de Fe

### Anexo 13: Carta Gantt Tesis.

Actividades	2023				2023				2023				2023				2023			
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Proyecto de tesis Comisión Evaluadora.	■	■	■																	
Defensa Proyecto de tesis								■												
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Facultad de Enfermería UdeC.									■	■	■	■								
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Vicerrectoria de Investigación Universidad de Concepción.																				
Correcciones proyecto, sugerencias comité.													■		■		■			
Envío de proyecto a Comité Etico Cientifico Servicio de Salud Bio-Bio.																				
Ejecución Proyecto Piloto																				
Analisis de resultados																				
Recolección de datos																				
Análisis de resultados																				
Discusión y conclusiones																				
Reuniones docente tutor	■				■				■	■			■				■			
Correcciones y revisiones																				
Defensa de Tesis																				
Difusión																				

Actividades	2024				2024				2024				2024			
	Enero				Febrero (Receso)				Marzo				Abril			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Proyecto de tesis Comisión Evaluadora.																
Defensa Proyecto de tesis																
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Facultad de Enfermería UdeC.	■	■	■						■	■	■	■				
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Vicerrectoria de Investigación Universidad de Concepción.															■	■
Correcciones proyecto, sugerencias comité.				■									■	■		
Envío de proyecto a Comité Etico Cientifico Servicio de Salud Bio-Bio.																
Ejecución Proyecto Piloto																
Análisis de resultados																
Recolección de datos																
Análisis de resultados																
Discusión y conclusiones																
Reuniones docente tutor	■			■									■			
Correcciones y revisiones																
Defensa de Tesis																
Difusión																

Actividades	2024				2024				2024				2024	
	Abril				Mayo				Junio				Julio	
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1-2	S3-4
Proyecto de tesis Comisión Evaluadora.														
Defensa Proyecto de tesis														
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Facultad de Enfermería UdeC.														
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Vicerrectoria de Investigación Universidad de Concepción.														
Correcciones proyecto, sugerencias comité.														
Envío de proyecto a Comité Etico Cientifico Servicio de Salud Bio-Bio.														
Ejecución Proyecto Piloto														
Analisis de resultados														
Recolección de datos														
Análisis de resultados														
Discusión y conclusiones														
Reuniones docente tutor														
Correcciones y revisiones														
Defensa de Tesis														
Difusión														

Actividades	2024		2024		2024				2024		2025	
	Agosto		Septiembre		Octubre	Noviembre		Diciembre		Enero		
	81-2	83-4	81-2	83-4	81-2	83-4	81-2	83-4	81-2	83-4	81-2	83-4
Proyecto de tesis Comisión Evaluadora.												
Defensa Proyecto de tesis												
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Facultad de Enfermería UdeC.												
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Vicerrectoria de Investigación Universidad de Concepción.												
Correcciones proyecto, sugerencias comité.												
Envío de proyecto a Comité Etico Cientifico Servicio de Salud Bio-Bio.												
Ejecución Proyecto Piloto												
Análisis de resultados												
Recolección de datos												
Análisis de resultados												
Discusión y conclusiones												
Reuniones docente tutor												
Correcciones y revisiones												
Defensa de Tesis												
Difusión												

Actividades	2025		2025		2025	
	Febrero		Marzo		Abril	Mayo
	01-2	03-4	01-2	03-4	01-2	03-4
Proyecto de tesis Comisión Evaluadora.						
Defensa Proyecto de tesis						
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Facultad de Enfermería UdeC.						
Envío y evaluación de proyecto por Comité Etico Cientifico Vicerrectoria de Investigación Universidad de Concepción.						
Correcciones proyecto, sugerencias comité.						
Envío de proyecto a Comité Etico Cientifico Servicio de Salud Bio-Bio.						
Ejecución Proyecto Piloto						
Análisis de resultados						
Recolección de datos						
Análisis de resultados						
Discusión y conclusiones						
Reuniones docente tutor						
Correcciones y revisiones						
Defensa de Tesis						
Difusión						

**Anexo 14: Análisis estadístico por dimensiones del Sentido de Coherencia (Significatividad, Manejabilidad y Comprensibilidad).**

**Dimensión Significatividad**

**Tabla: Distribución de la población de personas mayores según Dimensión Significatividad: Incluye ítems 1,4,7,12 de SOC-13.**

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,494 *	0,492 *	4

(\*) Valor bajo el recomendado (>0,7).

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Tabla: Distribución de la población de personas mayores según ítems de Dimensión Significatividad.**

<b>Estadísticas de total de elemento</b>					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ítem 1 invertido	16,3793	10,640	0,298	0,137	0,413
ítem 4	16,3862	12,933	0,129	0,033	0,554
ítem 7 invertido	16,6690	9,570	0,382	0,155	0,325
ítem 12	16,1724	11,019	0,361	0,136	0,362

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

En cuanto a las dimensiones del sentido de coherencia, la significatividad evaluada con 4 ítems, en este estudio presenta un Alfa de Cronbach bajo el valor recomendado, estando en 0.494, que al análisis más en profundidad, indica que el ítem 4 está afectando la consistencia interna de la dimensión significatividad.

### Dimensión Manejabilidad

**Tabla: Distribución de la población de personas mayores según Dimensión Manejabilidad: Incluye ítems 3,5,10,13 de SOC-13.**

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,512 *	0,511 *	4

(\*) Valor bajo el recomendado (>0,7).

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**Tabla: Distribución de la población de personas mayores según ítems de Dimensión Manejabilidad.**

Estadísticas de total de elemento					
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Reactivo 3 invertido.	15,5379	10,834	0,403	0,163	0,344
Reactivo 5.	14,2897	12,721	0,263	0,083	0,473
Reactivo 10 invertido.	14,3655	12,525	0,258	0,073	0,478
Reactivo 13.	14,1310	11,698	0,291	0,095	0,451

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

De la dimensión de manejabilidad del sentido de coherencia, evaluado a través de 4 reactivos, tenemos un alfa de Cronbach bajo el valor recomendado, estando en 0,511. En cuanto al análisis por reactivo, tenemos que el reactivo 10 está alterando significativamente la consistencia interna de la dimensión, ya que al eliminarlo el Alfa de Cronbach aumenta más que con cualquier otro reactivo. Se recomienda revisar este reactivo, analizar su redacción y evaluar si está generando confusión o falta de comprensión en los participantes de la muestra.

### Dimensión: Comprensibilidad

**Tabla: Distribución de la población de personas mayores según Dimensión Comprensibilidad, incluye ítems 2,6,8,9,11 de SOC-13.**

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,657	0,655	5

Cercano al valor recomendado (0,7)

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

Tabla: Distribución de la población de personas mayores según Estadísticas de total de elementos dimensión comprensibilidad del SOC-13.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Reactivo 2 invertido	21,9861	22,951	0,103	0,061	0,735
Reactivo 6	20,1458	17,902	0,438	0,279	0,591
Reactivo 8	19,5903	16,034	0,669	0,564	0,475
Reactivo 9	19,7361	16,182	0,640	0,525	0,489
Reactivo 11	19,9861	20,895	0,273	0,133	0,663

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

De la dimensión de comprensibilidad del sentido de coherencia, evaluado a través de 5 reactivos, tenemos un alfa de Cronbach bajo, pero más cercano al valor recomendado que las dimensiones anteriores, estando en 0,657. En cuanto al análisis por reactivo, tenemos que el reactivo 2 está alterando significativamente la consistencia interna de la dimensión, ya que al eliminarlo el Alfa de Cronbach aumenta más que con cualquier otro reactivo. Se recomienda revisar este reactivo, analizar su redacción y evaluar si está generando confusión o falta de comprensión en los participantes de la muestra.

**Tabla: Distribución de la población de personas mayores según totales por el número de preguntas de SOC-13 total y por los ítems de cada dimensión para que se pudieran comparar entre ellas.**

Estadísticos					
		SOC total dividido 13	Significatividad dividida 4	Manejabilidad dividida 4	Comprensibilidad dividida 5
N	Válido	144	145	145	144
	Perdidos	2	1	1	2
Media		5,1	5,5	4,9	5,1
Mediana		5,2	5,5	5,0	5,2
Desv. Desviación		0,9	1,0	1,1	1,0
Asimetría		-0,245	-0,393	-0,235	-0,691
Error estándar de asimetría		0,202	0,201	0,201	0,202
Curtosis		-0,581	-0,461	0,188	0,078
Error estándar de curtosis		0,401	0,400	0,400	0,401
Mínimo		3,0	2,5	1,8	2,0
Máximo		6,9	7,0	7,0	7,0
Percentiles	25	4,5	4,8	4,0	4,4
	50	5,2	5,5	5,0	5,2
	75	5,9	6,3	5,6	5,8

**Fuente:** Asociación de la autotrascendencia con características biológicas, psicológicas y socioculturales en personas mayores, 2025.

**“Por el desarrollo libre del espíritu”**