UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

Sentido de Coherencia y Envejecimiento Exitoso en Adultos Mayores de

Lima Metropolitana

TESIS

Para Optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

AUTOR

Heredia Mongrut, José Enrique ([0000-0002-0216-7387](#))

ASESOR

Alarcón Parco, Danitsa ([0000-0002-4556-0795](#))

Lima, 14 de enero de 2020

DEDICATORIA

*[A Fernando, Mercedes, María Fernanda, Laura y Valentina; mi familia. Porque siempre
seré consecuencia de ustedes.]*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me encuentro agradecido con mi familia, por su amor, perseverancia y comprensión; sólidos cimientos que me sostienen día a día. Agradecido también con los docentes que me han permitido entender, comprender y querer la psicología humana, sin sus conocimientos e interés por la educación no hubiera sido posible que me encuentre redactando estas líneas. Finalmente, agradezco a la Comandante EP Iliana Becerra Loayza, quien me acogió como interno en la especialidad de psicología clínica en el Hospital Militar Geriátrico; de igual modo, a las psicólogas Carmen Herrera, Paola Marin, Claudia Mejía y a la Capitán EP Jacqueline Lara, a quienes recuerdo con cariño, por haber sabido transmitir el respeto e interés por entender la adultez mayor desde la psicogerontología.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el sentido de coherencia y el envejecimiento exitoso en adultos mayores residentes de Lima. **Material y método.** Participaron 116 adultos mayores entre 60 y 90 años, se utilizó como prueba de cribado el MMSE, posteriormente se administró el SOC-13 (1993) y el SAI (2011). El método empleado es correlacional. **Resultados.** Existen correlaciones positivas en todas las dimensiones de ambas escalas, la correlación de mayor consideración es la efectuada por Factores Intrapsíquicos con Significatividad ($r_s = .544$, $p < .01$). Respecto al análisis comparativo, se evidencio que la ausencia de una enfermedad orgánica no es determinante para lograr un envejecimiento exitoso o poseer un alto sentido de coherencia. **Conclusiones.** Los adultos mayores, participantes, que presentan una alta motivación y se orientan de forma positiva a la vida tienden a mostrar una adecuada adaptación a los cambios propios de la vejez, manteniendo conciencia de su condición fisiológica para dar respuestas, afianzando su compromiso con la vida sujeta a una conducta flexible y creativa.

Palabras clave: Adulto Mayor; Envejecimiento Exitoso; Sentido de Coherencia; Modelo Salutogénico.

SENSE OF COHERENCE AND SUCCESSFUL AGING IN ELDERLY ADULTS OF LIMA METROPOLITANA

ABSTRACT

Objective. Determine the relationship between the sense of coherence and successful aging in older adults residing of Lima. **Material and method.** A total of 116 elderly people between 60 and 90 years old participated, the MMSE was used as a screening test, then the SOC-13 (1993) and the SAI (2011) were administered. The method used is correlational. **Results** There are positive correlations in all the dimensions of both scales, the correlation of greater consideration is that made by Intrapsychic Factors with Significativity ($r_s = .544$, $p < .01$). About the comparative analysis, it was evidenced that the absence of an organic disease is not decisive to achieve a successful ageing or have a high sense of coherence. **Conclusions** Older adults, participants, who have a high motivation and are positively oriented to life tend to show adequate adaptation to the changes of old age, maintaining awareness of their physiological condition to respond, strengthening their commitment to life subject to flexible and creative behavior.

Keywords: Senior Adult; Successful Aging; Sense of Coherence; Salutogenic model.

En el Perú, el envejecimiento ha resultado ser un fenómeno que en las últimas décadas ha modificado la estructura poblacional, la proporción de adultos mayores ha aumentado de 5.7% en 1950 a 12.4% en el 2019 (Ruiz, 2019). Esta transición trae consigo alteraciones sociodemográficas y cambios epidemiológicos caracterizados por la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas e incremento de tasas de trastornos de la funcionalidad que demandan nuevos retos al sistema sanitario peruano (Varela, 2016).

El sistema de salud peruano ha venido evolucionando en sus prácticas de atención, prevención, cobertura, filiación y descentralización. No obstante, en lo que respecta a la protección de la salud de los adultos mayores, sigue presentando severas limitaciones. Si bien actualmente existen programas que favorecen al adulto mayor (AM), a cargo de diferentes instituciones del Estado, estos carecen de unidad y seriedad en la prestación de sus servicios. El predominio de una visión asistencial y organicista se deja notar a través de las prácticas de las instituciones que se ocupan de la salud en el Perú, el descuido y subordinación de los factores psicológicos, afectivos y sociales aleja al sistema de salud peruano del éxito en la protección de la salud del AM y población en general (González, 2015; Ramírez, 2013; Velásquez, Suarez & Nepo, 2016).

Según un reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática sobre la situación actual del AM peruano, en el segundo trimestre del año 2019 se ha reportado que el 54.4% de adultos mayores han presentado algún síntoma o malestar y el 40.9% padeció alguna enfermedad o accidente (Ruiz, 2019). Estas estadísticas advierten la necesidad de incrementar no solo los niveles de asistencia, sino de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el envejecimiento. Al día de hoy se cuenta con evidencia de la eficacia de la prevención- promoción de la salud en adultos mayores, dado que ofrece los medios para prevenir enfermedades, reducir el grado de alteración funcional que supone una enfermedad,

disminuye las condiciones ambientales que puedan afectar la salud, y, a través de programas promocionales de salud, fortalece los componentes psicológicos, afectivos, actitudinales y de comportamiento que finalmente favorecen al

AM (Aliaga, Cuba & Mar, 2016; Ramírez, 2013).

En cuanto al envejecimiento, es un proceso individual caracterizado por modificaciones propias del devenir de los años; cambios físicos, funcionales, psicológicos y sociales van a ir alterando la salud del AM (Hom, 2019). En este sentido, es trascendente responsabilizar a cada persona de su propio envejecimiento, con el propósito de hacer notar la necesidad de prepararse para vivir con sus propias limitaciones y aceptar la noción de salud relativa (González & de la Fuente, 2014).

De acuerdo con la noción relativa de la salud, el modelo salutogénico (MS) de Aaron Antonovsky (1996), propone que la salud es un continuo no excluyente con la enfermedad. Es decir, la salud se encuentra en constante recreación y que la pérdida de ella es un proceso dinámico, inevitable y natural, puesto que el organismo humano tiende a la desorganización y reorganización. Dos conceptos surgen a partir del MS: Recursos Generales de Resistencia (RGR) y Sentido de Coherencia (SOC, por sus siglas en inglés). Por un lado, los RGR se definen como los elementos biológicos, materiales y psicosociales que facilitan las respuestas que podría dar una persona frente a los desafíos de la vida. Por otro lado, el SOC es la capacidad de poder utilizar los RGR en favor de uno, demostrando un sentido de orientación global acompañado de un grado de confianza duradero y flexible (Rivera, Ramos, Moreno, Hernán & García, 2011).

El SOC pronostica el éxito en el afrontamiento de estresores que precipitan la salud-enfermedad, faculta al sujeto para responder a los cambios internos o externos, percibiéndolos como naturales y esperados, importantes de manejar y con un sentido en la propia vida (Rivera et. al, 2010). De esta forma el SOC se constituye a partir de 3

dimensiones: **Comprensibilidad**, correspondiente al dominio cognitivo del SOC, permite ver los estímulos internos o externos de manera estructurada, predecible y explicable. **Manejabilidad**, correspondiente al dominio instrumental del SOC, permite gestionar los recursos con los que cuenta para dar respuesta al medio que lo confronta. **Significatividad**, correspondiente al dominio motivacional, permite percibir las exigencias como desafíos que orientan de forma positiva a la vida (Erickson & Lindstrom, 2007).

Por otra parte, el AM que ha logrado responder adaptativamente a los cambios propios de la edad, se encuentra atravesando un envejecimiento exitoso (EE). Existen diferentes formas de concebir y medir el EE, actualmente se han desarrollado modelos multidimensionales que integran la experiencia objetiva y la subjetiva. La presente investigación se sustenta en base a la propuesta de Troutman, quien entiende el EE no solo como la adaptación física y funcional, sino espiritual y de sentido de vida. Este modelo de EE de Troutman, Nies, Small y Bates (2011) se constituye a partir de cinco dimensiones: **Mecanismo de desempeño funcional**, que es la toma de conciencia de las condiciones físicas y fisiológicas para tomar decisiones al momento de dar respuesta a una situación. **Factores Intrapsíquicos**, entendidos como la capacidad de adaptarse a los cambios, manteniendo una conducta flexible y creativa. **Gerotranscendencia**, planteado como la capacidad de estar en calma adjunto a un cambio de visión del mundo y la vida con la intención de poder trascender. **Espiritualidad**, que es el comportamiento religioso/espiritual orientado a constituir un recurso de afrontamiento. Finalmente, **Propósito y Satisfacción con la Vida**, aduce a una valoración positiva global del bienestar de cada AM (Gallardo, Cuadra, Cámara, Gaspar & Sánchez, 2017).

Investigaciones previas, hallan que un alto SOC repercute en el estado de salud del AM, sobre todo en el estado de salud mental, puesto que promueve conductas y capacidades

favorables para afrontar las vicisitudes propias del envejecimiento; del mismo modo, el SOC mantiene una relación significativa con la valoración positiva que tiene el AM sobre sí mismo y la manera en cómo perciben la vida (Hernández, Ehrenzweig & Yépez, 2010; Peña, 2016; Tremolada, 2017). A consecuencia de ello, señalan la importancia de desarrollar intervenciones orientadas a fortalecer el SOC, dado que permitirá desarrollar una visión positiva hacia la vida y la salud.

Si bien en los últimos años se ha tomado interés por el estudio del envejecimiento y las condiciones de vida del AM peruano, existe un desnutrido avance en investigaciones científicas, en comparación a otras etapas del ciclo vital como son la niñez o la adolescencia (Olivera & Clausen, 2014).

Dado que el AM pertenece a una población vulnerable que requiere de protección, es conveniente organizar programas de prevención o promoción, articulados y sustentados en evidencia empírica, en aras de la salud. A razón de lo mencionado, es relevante la presente investigación pues ofrece un aporte científico en el campo psicogeriátrico peruano, dando luz a información de la posible relación entre el SOC y el EE. En la medida que la relación entre ambas variables sea significativa, se podrán valorar programas de promoción/prevenición de la salud destinados a fortalecer el SOC, que posteriormente incidan en un EE.

Con lo señalado anteriormente, se formula como objetivo general de la investigación: determinar la relación entre el SOC y el EE. Como objetivos específicos, se plantea reportar las evidencias de validez y confiabilidad de la escala SOC-13 y el SAI, y comparar el SOC y EE en función a las variables sociodemográficas.

Método

El diseño es no experimental porque no cuenta con una variable manipulable. Transversal porque se realizará el estudio en una sola oportunidad sin evaluaciones posteriores, ni seguimientos a lo largo del tiempo. A razón de lo mencionado con anterioridad, el paradigma será cuantitativo debido al uso de pruebas psicométricas. El método empleado es correlacional, pues se evaluará el grado de asociación entre dos variables, para luego cuantificar, analizar y establecer vinculaciones (Ato & Vallejo, 2015).

Participantes

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a través de un análisis a priori de potencia con el programa G*Power, para una prueba estadística correlacional bivariada de una cola, con una significancia estadística de .05, potencia de estadística de .95 y tamaño del efecto de .30. De este modo, el análisis sugiere una muestra de 115 participantes. El muestreo fue probabilístico intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

La muestra de la presente investigación está compuesta por 116 adultos mayores, 52 (44.8%) son hombres y 64 (55.2%) mujeres. La edad de los participantes oscila entre los 60 y 90 años, el promedio es de 72.8 años. El grado de instrucción alcanzado varía, 1 (0.87%) no cuenta con estudio alguno, 7 (6%) cuentan con estudios en primaria, 38 (32.8 %) son estudios en secundaria, 23(20%) poseen estudios técnicos, 33(28.4%) con educación de orden superior y 14 (12%) con postgrado. En cuanto al estado civil, el 11.2% (13) son solteros, 63.8% (74) casados, 19% (22) viudos, 1.7% (2) divorciados, 0.9% (1) con pareja y 3.4% (4) son convivientes. Respecto a la salud, 72 (62%) adultos mayores señalaron que presentan al menos 1 enfermedad orgánica y 44 (38%) no presentan enfermedad. En relación a la participación en actividades o programas públicos o privados dirigidos al AM, 51 (44%)

indicaron que sí participan y 65(56%) que no. Finalmente, 39 (34%) adultos mayores se encuentran trabajando y 77 (66%) no trabajan.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfico

Recoge información respecto al género, edad, grado de instrucción, estado civil, la presencia de enfermedades orgánicas, asistencia a programas o centros de adultos mayores y la condición laboral.

Escala de Sentido de Coherencia (SOC-13)

La escala de SOC-13 fue elaborada por Antonovsky (1993) con la intención de medir la orientación global de las personas a partir de 3 dimensiones: Comprensibilidad (ítems 2,6,8,9 y 11), Manejabilidad (ítems 3,5,10 y 13) y Significatividad (ítems 1,4,7 y 12); estas dimensiones miden las áreas: cognitivo, instrumental y motivacional que se ven inmersos en el afrontamiento a estresores que precipitan la salud-enfermedad.

La escala es de tipo Likert de 7 puntos, se invierten los ítems 1,2,3,7 y 10 al momento de su codificación. La escala SOC-13 fue validada en población universitaria peruana por Saravia, Ibérico y Yearwood (2014), con una muestra de 448 estudiantes. La adaptación presenta una consistencia interna, estimada por alfa de Cronbach, de .80; mientras que la confiabilidad de los factores comprensibilidad, manejabilidad y significatividad fueron .63, .59 y .61, respectivamente.

Inventario de Envejecimiento Exitoso (SAI)

El inventario de EE elaborada por Troutman et al. (2011) tiene como objetivo analizar los elementos que permiten al AM adaptarse con éxito a la vejez. Fue validada en

población geriátrica chilena por Gallardo et al. (2017), cuenta con 20 ítems que miden 5 dimensiones: Mecanismo de Desempeño Funcional (ítems 1 y 2). Factores Intrapsíquicos (ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9). Gerotrascendencia (ítems 10, 12, 13, 14, 16 y 20). Espiritualidad (ítems 11 y 15). Propósito y Satisfacción con la Vida (ítems 17,18 y 19). Es de tipo Likert con 5 alternativas, que van de 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. La consistencia interna, estimada mediante el alfa de Cronbach, es de .92 para el inventario general y varía entre .66 y .91 para cada una de las cinco dimensiones (Gallardo et al., 2017).

Procedimiento

En vista de que la escala SOC-13 ha sido validada en Perú en población universitaria y que el SAI ha sido validada en población geriátrica chilena, se realizó un estudio piloto para analizar la confiabilidad total de ambas escalas, esta se estimó a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, logrando obtener los valores de .75 para el SOC-13 y .96 para el SAI.

Posterior al estudio piloto, se decidió proceder con la investigación recolectando los datos de forma presencial en coordinación con instituciones públicas y privadas que albergan población geriátrica. En primera estancia, los participantes firmaron el consentimiento informado que explicita los objetivos, naturaleza académica y confidencialidad de la investigación. En segunda estancia, se administró como prueba de cribado el Mini Mental State Examination (MMSE), validado en población peruana por Custodio y Lira (2014), se contó con la autorización de los autores para su uso.

Los autores enfatizan en el grado de escolaridad para detectar los puntos de corte para un posible deterioro cognitivo, no obstante, para fines de esta investigación se utilizó un punto de corte general de 23 propuesto por Robles (2003) para el MMSE, debido a que la aplicación de la prueba busca conocer si la persona se encuentra en la capacidad de dar respuesta a los ítems del SAI y SOC-13, mas no descartar algún tipo de deterioro cognitivo.

Es necesario enfatizar que el punto de corte general de 23 para el MMSE establecido muestra aceptables niveles de sensibilidad .985 y especificidad .045 (Soto & Belón, 2017).

Finalmente, una vez cumplido el requisito de puntuar mayor o igual a 23 en el MMSE, se administró a los participantes la escala SOC-13 y el SAI. Las respuestas de los participantes fueron analizadas para determinar las propiedades psicométricas de cada escala, la relación entre ambos constructos a partir de sus factores y, finalmente, comparar los resultados en función de las variables sociodemográficas. Los datos fueron digitados en el programa IBM SPSS 22.0 para realizar el análisis factorial exploratorio y establecer las correlaciones y comparaciones. Además, se utilizó el programa JAMOV 1.1.6.0, para determinar la consistencia interna a partir del coeficiente de alfa ordinal.

Resultados

A continuación, se reportan las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 y el SAI. Para determinar la validez de la estructura interna de las escalas, se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE). La consistencia interna de las escalas y sus factores se estimó a través del coeficiente de alfa ordinal.

Análisis psicométrico de la escala SOC-13

En cuanto al análisis descriptivo de los ítems del SOC-13, los promedios de los puntajes varían entre 3.80 (Ítem 2) y 5.90 (Ítem 4). La desviación estándar fluctúa entre 1.36 (Ítem 4) y 2.06 (Ítem 3). Se calculó la consistencia interna a través de una correlación ítem-test corregido. El ítem 1 propio de la dimensión significatividad, además de no alcanzar el valor requerido de .30, reduce la consistencia interna de la escala total. De este modo, se procedió a eliminarlo (Kline, 1998). (Ver tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala SOC-13

Ítem según Factor	Media	DE	Correlación ítem-test corregido
Comprensibilidad			
I2	3.80	1.93	.38
I6	5.38	1.94	.77
I8	5.56	1.67	.49
I9	4.82	2.02	.52
I11	5.34	1.62	.34
Manejabilidad			
I3	4.04	2.06	.56
I5	4.83	1.91	.40
I10	5.03	1.8	.50
I13	5.66	1.56	.55
Significatividad			
I1	5.48	1.73	-0.01
I4	5.90	1.36	.38
I7	5.61	1.57	.42
I12	5.78	1.57	.47

Fuente: Elaboración propia

Realizar el AFE es viable porque los ítems se correlacionan. Esto se dedujo a partir de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que alcanzó un valor de .78 y la prueba de Bartlett, con un valor significativo ($\chi^2 (78), = 379.214, p < 0.001$). Para conocer el número de factores que componen la escala se empleó el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación Promax, esto debido a que la empleabilidad de este método a evidenciado resultados positivos en la factorización de ítems ordinales (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014).

El método sugiere 3 factores que explican el 41.46% de la varianza total. Este resultado se adecua a la estructura trifactorial propuesta por Antonovsky (1993). Sin embargo, los ítems 8 y 5 se agruparon en los factores Manejabilidad y Comprensibilidad respectivamente, a diferencia del modelo original. Los ítems con carga factorial menor a .30

no son relevantes, por ello se procedió a eliminar el ítem 11 (Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham, 2009). (Ver tabla 2).

La consistencia interna es de .81 para la escala total. Para el factor Comprensibilidad = .57 (IC 95%: 0.43-0.68). Manejabilidad = .65 (IC 95%: 0.53-0.74). Significatividad = .53 (IC 95%: 0.38-0.65).

Tabla 2

Matriz factorial de la escala SOC-13

Dimensiones	Ítems	Factor		
		1	2	3
Comprensibilidad	2. ¿Le ha sucedido en el pasado que se ha sorprendido por el comportamiento de la gente que usted pensaba que conocía muy bien?	.73		
	5. ¿Tiene usted el sentimiento que ha sido tratado injustamente?	.49		
	6. ¿Tiene usted el sentimiento de que está en una situación poco familiar y no sabe qué hacer?	.41		
	9. ¿Siente usted dentro de sí algo que no le gustaría sentir?	.40		
	11. Cuando algo ha sucedido, generalmente ha encontrado que usted	.11		
Manejabilidad	3. ¿Le ha sucedido que la gente con la que usted contaba lo ha decepcionado?		.45	
	8. ¿Tiene usted ideas y sentimientos confusos?		.59	
	10. Muchas personas, inclusive las de carácter fuerte, algunas veces se sienten perdedoras en ciertas situaciones ¿Cuán a menudo usted ha tenido esto en el pasado?		.63	
	13. ¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento de no estar seguro de poder mantenerse bajo control?		.60	
Significatividad	4. Hasta el momento, su vida ha tenido			.56
	7. Hacer las cosas que usted hace diariamente son			.47
	12. ¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento que tienen poco sentido las cosas que realiza en su vida diaria?			.56

Fuente: Elaboración propia

Análisis psicométrico del SAI

El análisis descriptivo del SAI revela que el promedio de los puntajes obtenidos en cada ítem fluctúa entre 3.83 (ítem 11) y 4.61 (ítem 15). La desviación estándar varía entre .55 (Ítem 17) y 1.07 (Ítem 14). Se calculó la consistencia interna a través de una correlación ítem-test corregido. Los ítems 11, 12, 13, 14 y 15 no alcanzan el valor requerido de .30, por ello se procedió a eliminarlos (Kline, 1998). (Ver tabla 3)

Tabla 3
Estadísticos descriptivos de los ítems del SAI

Ítem	Media	DE	Correlación ítem-test corregido
Mecanismos de Desempeño Funcional			
I1	4.59	0.74	.38
I2	4.43	0.70	.48
Factores Intrapsíquicos			
I3	4.07	.99	.49
I4	4.44	.82	.43
I5	4.34	.76	.44
I6	4.36	.70	.40
I7	4.33	.70	.45
I8	4.53	.76	.62
I9	4.26	.77	.45
Gerotranscendencia			
I10	4.34	.98	.30
I12	4.02	1.05	.14
I13	4.57	.73	.25
I14	3.89	1.07	.23
I16	4.2	.98	.30
I20	4.19	.97	.55
Espiritualidad			
I15	4.61	0.8	.20
I11	3.83	1.23	.22
Propósito y Satisfacción con la Vida			
I17	4.6	.55	.66
I18	4.5	.75	.61
I19	4.39	.74	.61

Fuente: Elaboración propia

Realizar el AFE es viable porque los ítems se correlacionan. Esto se infirió con la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que alcanzó un valor de .75 y la prueba de Bartlett, con

un valor significativo (χ^2 (105), = 667.968, $p < 0.001$). Para conocer el número de factores que componen la escala, se empleó el método de mínimos cuadrados no ponderados, con rotación Promax.

El método sugiere 4 factores que explican el 51.30% de la varianza total. Este resultado difiere a la estructura tetrafactorial propuesta por Troutman et al. (2011), debido a que el Factor Espiritualidad se ha suprimido, pues los ítems que lo integran (15 y 11) no han alcanzando el valor mínimo de .30 en la correlación ítem test y afectan la consistencia interna de la escala. Finalmente, también fue eliminado el ítem 7 porque presenta una carga factorial menor a .30, lo que demuestra una escasa relevancia (Hair et al., 2009). (Ver tabla 4).

La confiabilidad del SAI es de .84 para la escala total. Para el factor Mecanismos de desempeño funcional = .53 (IC 95%: 0.32-0.67). Factores Intrapsíquicos = .74 (IC 95%: 0.65-0.80). Gerotranscendencia = .54 (IC 95%: 0.39-0.65). Propósito y Satisfacción con la vida = .38 (IC 95%: 0.21-0.52).

Tabla 4
Matriz Factorial del SAI

Dimensiones	items	Factores			
		1	2	3	4
Mecanismos de Desempeño Funcional	1. Me manejo para hacer las cosas necesarias para cuidar mi casa y de mí mismo.	.60			
	2. He sido capaz de lidiar con los cambios que le han ocurrido a mi cuerpo a medida que he envejecido.	.61			
	3. Espero con ganas el futuro		.67		
Factores Intrapsíquicos	4. Me siento capaz de afrontar mi propio envejecimiento.		.74		
	5. Me siento capaz de afrontar los acontecimientos de la vida		.84		
	6. Soy capaz de encontrar solución a los problemas.		.30		

	7. Soy bueno para pensar nuevas formas de resolver problemas.	.16
	8. Disfruto haciendo cosas nuevas y creativas.	.37
	9. Tengo un carácter agradable y positivo.	.52
Gerotranscendencia	10. Pienso en mis seres queridos que han fallecido y me siento cercano a ellos.	.38
	16. Estoy interesado/preocupado por las próximas generaciones	.52
	20. A mis años, mi vida es mejor de lo que esperaba.	.72
Propósito y	17. Mi vida tiene sentido	.39
Satisfacción con la	18. En general estoy satisfecho con mi vida en este momento.	.40
Vida	19. Creo que tengo un propósito en el mundo	.44

Fuente: Elaboración propia

Análisis Inferencial

La normalidad de los puntajes se evaluó con el estadístico Kolmogorov- Smirnov debido a que la muestra supera las 50 personas. La escala SOC-13 y el SAI no presentan una distribución normal ($p < 0.05$). Por dicho motivo, se decidió utilizar pruebas no paramétricas tanto para la correlación (Rho de Spearmann) como para las comparaciones entre grupos (U de Mann-Whitney y Kruskal- Wallis).

En el análisis correlacional se halló que la hipótesis planteada se acepta, dadas las relaciones positivas entre todos los factores de la escala SOC-13 y el SAI. Las relaciones de mayor significancia son las efectuadas por los factores Manejabilidad y Significatividad de la escala SOC-13, con los factores Mecanismos de Desempeño Funcional, Factores Intrapsíquicos y Propósito y Satisfacción con la Vida del SAI. (Ver tabla 5).

Tabla 5

Matriz de correlaciones entre los factores de la escala SOC-13 y el SAI

	1	2	3	4	5	6
1. Mecanismos de Desempeño Funcional (SAI)	-					
2. Factores Intrapsíquicos (SAI)	.610**	-				

3. Gerotrascendencia (SAI)	.250**	.495**				
4. Propósito y Satisfacción con la Vida (SAI)	.502**	.679**	.521**			
5. Comprensibilidad (SOC-13)	.301**	.284**	0.133	.272**		
6. Manejabilidad (SOC-13)	.451**	.424**	0.152	.334**	.730**	
7. Significatividad (SOC-13)	.505**	.544**	.334**	.523**	.490**	.632**

**p < 0.01. Fuente: Elaboración propia.

Análisis Comparativo

Se efectuaron análisis comparativos para determinar si había diferencias en los factores de la escala SOC-13 y el SAI según variables sociodemográficas. Con respecto a las variables: sexo, condición de trabajo, estado civil, participación en programas dirigidos al AM y presencia de enfermedad orgánica, no se encontraron diferencias significativas.

Es importante resaltar que los rangos de los puntajes obtenidos en los factores del SOC y SAI no presentan diferencias estadísticamente significativas en la presencia o ausencia de una enfermedad orgánica, lo cual permite considerar que la presencia de una enfermedad orgánica no determina los niveles de SOC ni la posibilidad de lograr un EE ($P > 0.05$). Asimismo, en cuanto al tamaño del efecto o relevancia práctica, los valores obtenidos respaldan la nulidad de diferencia, pues la probabilidad de superioridad no es interpretable según las normas interpretativas de: No efecto ($PS_{est} \leq 0,0$); pequeño ($PS_{est} \geq 0,56$); mediano ($PS_{est} \geq 0,64$) y grande ($PS_{est} \geq 0,71$) (Ventura, 2016).

(Ver tabla 6)

Tabla 6
Sentido de Coherencia y Envejecimiento Exitoso según presencia de enfermedad orgánica

Dimensiones del SOC-13 y SAI	Con	Sin	U de Mann-Whitney	Sig	Tamaño del efecto
	(n = 72)	(n = 44)			
	RM	RM			
Comprensibilidad (SOC-13)	58.81	58.00	1562	.91	.49
Manejabilidad (SOC-13)	57.35	60.39	1501	.64	.42
Significatividad (SOC-13)	58.38	58.71	1575	.96	.49
Mecanismos de Desempeño Funcional (SAI)	58.92	57.82	1554	.86	.49
Factores Intrapsíquicos (SAI)	57.75	59.73	1530	.76	.48
Gero trascendencia (SAI)	60.71	54.89	1425	.36	.45
Propósito y Satisfacción con la Vida (SAI)	59.49	56.89	1513	.67	.48

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, los tres factores del SOC-13 presentan mucho error para afirmar que los rangos medios según grado de instrucción son idénticos ($P < 0.05$). Sin embargo, a nivel práctico, el tamaño del efecto calculado por el coeficiente de épsilon al cuadrado indica que la proporción de variabilidad de SOC que puede atribuirse al grado de instrucción es pequeño para ser interpretable (Ventura, 2017).

Tabla 7

Sentido de Coherencia según grado de instrucción

Factores del SOC -13	Sin estudio	Primaria	Secundaria	Técnico	Superior	Post-grado	K-W	Sig	Tamaño del efecto
	(n=1)	(n=7)	(n=38)	(n=23)	(n= 33)	(n=14)			
	RM	RM	RM	RM	RM	RM			
Comprensibilidad	11	30.7	51.1	63.6	67.8	75	17.8	0	.16
Manejabilidad	19.5	28.7	50.6	50.9	73.7	86	28.3	0	.25

Significatividad	36	36	52.8	61.9	67.1	80	17.8	0	.16
------------------	----	----	------	------	------	----	------	---	-----

Fuente: Elaboración Propia

Comentarios

En respuesta al objetivo general: se ha determinado una relación positiva entre todos los factores de la escala SOC-13 y los factores del SAI. De esta forma, se acepta la hipótesis de relación entre ambos constructos. Este resultado es similar al hallado por Tremolada (2017) en un estudio nacional, en él se establecen relaciones positivas entre los factores de Calidad de Vida y SOC en adultos mayores de una residencia geriátrica. Si bien el EE y la Calidad de Vida son constructos distintos, guardan al interior de sus modelos teóricos semejanzas en cuanto a las funciones físicas y psicológicas. De igual modo, estudios extranjeros han hallado relaciones positivas entre el SOC y la salud percibida, resiliencia y la competencia personal en adultos mayores (Peña, 2016; Hernández et al, 2010). Es claro que el SOC cumple un rol protector en el envejecimiento, dada su vinculación a variables que promueven salud.

Es oportuno precisar que, si bien se ha determinado en la presente investigación una relación positiva entre los factores de la escala SOC-13 y el SAI, los factores que integran ambas escalas presentan una confiabilidad fluctuante entre alta, media y baja; esto quiere decir que existe un margen de error de medición que no permite contar con resultados concluyentes; no obstante, ofrece un aporte para entender la vinculación entre los factores de ambos constructos que pueden ser estudiados a profundidad en investigaciones posteriores (Reidl, 2013).

El envejecimiento no supone enfermedad, pero sí incluye estresores como son los cambios físicos, funcionales, psicológicos y sociales que repercuten sobre la salud (González

& de la Fuente, 2014). En este sentido, la relación establecida entre los factores del SOC-13 y el SAI es consecuente, puesto que el SOC pronostica el éxito en el afrontamiento de estresores, por ello el AM que presenta un SOC alto tiende también a poseer un EE. Una de las vinculaciones de mayor envergadura es la realizada por el factor Significatividad del SOC-13 con los cuatro factores del SAI; este resultado da a entender que el aspecto motivacional es una dimensión que se asocia al EE, debido a que un AM que observa las exigencias propias de la edad como desafíos que orientan de forma positiva a la vida tiende también a adaptarse a los cambios producidos por la vejez, a adoptar conductas flexibles y creativas, a valorarse positivamente y a tomar decisiones considerando las propias capacidades. La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, en congruencia a lo hallado, señala que el último estadio del desarrollo de un AM sano - integridad vs desesperanza- debe ser caracterizado por la aceptación de sí mismo, la integración emocional, la valoración positiva de la vida y la confianza en las generaciones futuras. En este sentido, un factor que podría ser trascendente para madurar la posibilidad de ser un adulto mayor íntegro es la motivación y orientación positiva hacia la vida (Bordignon, 2005).

En respuesta al objetivo específico: La categoría grado de instrucción arroja indicios estadísticamente significativos de causar efectos sobre el SOC de los adultos mayores de la muestra. Sin embargo, en un sentido práctico, esta relación no es concluyente pues el tamaño del efecto es pequeño para interpretar el nivel de variabilidad del SOC según el grado de instrucción. Un AM con una educación sólida podrá utilizar sus conocimientos para percibir el entorno de forma estructurada (Comprensibilidad) y estará preparado para desenvolverse con confianza (Manejabilidad), creatividad y gozo (Significatividad) en los distintos escenarios en los que se encuentre. Sin embargo, uno puede recibir educación en cualquier etapa de la vida, permitiendo el logro de conocimientos, conductas y actitudes que se evidenciarán de igual forma; por ello los procesos de aprendizaje son una estrategia eficaz

en población geriátrica porque reemplaza los hábitos poco saludables por conductas orientadas a la salud (Díaz, Gaxiola, Fraga, Zúñiga & Leal, 2016).

Por otro lado, la presencia de una enfermedad orgánica no es una variable influyente para el SOC ni el EE. Este resultado es acorde a la propuesta teórica del modelo salutogénico de la salud, que postula la existencia de un perenne de salud y enfermedad en todo organismo, es decir, la salud y la enfermedad no son excluyentes (Antonovsky, 1996). A partir de este resultado podemos afirmar que un AM que presenta una enfermedad orgánica no se encuentra imposibilitado de lograr un EE ni de poseer un sólido SOC. Este resultado en particular, significa a su vez un rechazo a las posturas tradicionales que subordinan los procesos psicológicos y sociales a los biológicos.

La conclusión más importante del presente estudio es que el AM que posee confianza en el entorno, que se autopercibe como capaz y que entiende los sucesos adversos como desafíos que orientan de forma positiva la vida; es decir, que cuenta con niveles superiores de SOC, tienden también a adaptarse al cambio propio del ciclo vital, manteniendo conciencia de su condición física y funcional para dar respuestas adaptativas, afianzando su compromiso con la vida. Este resultado es importante porque indica que un patrón cognitivo motivacional como lo es el SOC, tiene relación con el EE de un AM. Asimismo, se evidencia que el constructo EE no depende solo de los factores orgánicos, sino que incluye procesos psicológicos y sociales que podrían influir sobre él.

El presente estudio puede aportar a futuros estudios que se desarrollen en el campo de la psicogerontología, que tengan como objetivo ampliar la comprensión del envejecimiento y plantear propuestas de prevención y promoción de la salud en adultos mayores. La principal limitación es la modesta consistencia interna de las dimensiones analizadas en la escala SOC-13 y el SAI, es probable que esto se deba a la brevedad de las

escalas. Se recomienda realizar una validación peruana, por formato de jueces, del SAI. Finalmente, se sugiere proponer programas preventivos promocionales de un EE sustentadas a partir del SOC para evaluar los efectos que tendría sobre el envejecimiento de los AM.

Referencias

- Aliaga, E., Cuba, S. & Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 311-320. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2143
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-z.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Oxford Journals, 11(1), 11-18. Recuperado de <https://academic.oup.com/heapro>
- Ato, M. & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología* [edición electrónica]. Recuperado de www.edicionespiramide.es

- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson: El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2), 50-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Custodio, N. & Lira, D. (2014). Adaptación peruana del Minimental State Examinationin (MMSE). *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*.75 (1), 69. doi:10.15381/anales.v75i1.6951
- Díaz, J.A., Gaxiola, N., Fraga,C., Zuñiga, A.C. & Leal, D. (2016). Educación para la salud: envejecimiento exitoso a través del aprendizaje. *Revista de educación y desarrollo*, 38, 25-32. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anterioresdetalle.php?n=38
- Ericksson, M. & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review, 61, 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Gallardo, L., Cuadra, A., Cámara, X., Gaspar, B. & Sánchez, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista Médica de Chile* 145(2), 172-180. doi:10.4067/S0034-98872017000200004
- González, C. (2015). Los Servicios de Salud Dirigidos a Atender a los Adultos Mayores del Perú. *Revista Derecho y Sociedad*, 44, 427-433. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad>
- Gonzáles, J. & de la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and educational Psychology*, 1(7), 121-130. doi:10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Puerto alegre, Brasil: Bookman Editora.
- Hernández, Z.E., Ehrenzweig, Y. & Yépez, L. (2010). Sense of coherence and health in self-perceived healthy aged people. *Revista Costarricense de Psicología* 29(43), 17-33. doi: 10.22544/rcps.v29i43.02
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2014). Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En *Metodología de la investigación* (pp. 88-101). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hom, N. (2019). Aging: Basic Concept. *American Journal of Biomedical Science & Research* 1(1), 8-10. doi: 10.34297/AJBSR.2019.01.000503
- Kline (1998). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.), Guilford, New York, NY.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi:10.6018/analesps.30.3.199361
- Olivera, J. & Clausen, J. (2014). Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. *Revista Economía*, 37(73), 75-113. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/10085/10522>
- Peña, A. (2016). Sentido de coherencia y resiliencia en adultos mayores del municipio de Villahermosa, Tabasco. *Revista Tlamati Sabiduría*, 7(2). Recuperado de <http://tlamati.uagro.mx/volumen7e.htm>

- Ramírez, J. (2013). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor desde una perspectiva investigativa integradora. *Hallazgos revista de investigaciones*, 10(20), 109-122. doi:10.15332/s1794-3841.2013.0020.08
- Reidl, L. (2013). Confiabilidad en la medición. *Revista en educación médica*, 2(6), 107-111. doi: 10.1016/S2007-5057(13)72695-4
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. & Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1135-572720110002&lng=es&nrm=iso
- Robles, Y. (2003). Adaptación del Mini-Mental State Examination. Tesis de Magister. Lima, Perú: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ruiz, R. (2019). *Situación de la población adulta mayor* (Informe N° 3). Lima: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.
- Saravia, J.C., Ibérico, C. & Yearwood, K. (2014). Validation of sense of coherence (SOC) 13- ítem scale in a peruvian sample. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(2), 35-44. doi:10.5460/jbhsi.v6.2.43847
- Soto, M. & Belón, M. (2017). Indicadores de sensibilidad y especificidad para dos puntos de corte del Mini Mental State Examination: Estudio preliminar. *Revista de Neuropsiquiatría* 80(2), 88-93. doi:10.20453/rnp.v80i2.3089
- Tremolada, S. (2017). *Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un centro geriátrico de Lima* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/>

- Troutman M., Nies M.A., Small S. & Bates, A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Res Gerontol Nurs*, 4 (3), 221-32. doi: 10.3928/19404921-20110106-02
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2196
- Velásquez, A., Suarez, D. & Nepo, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 546-555. doi: 10.17843/rpmesp.2016.333.2338
- Ventura, J. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: Aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Revista chilena de NeuroPsiquiatría*, 54(4). Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v54n4/art10.pdf>
- Ventura, J. (2017). Tamaño del efecto para Kruskal-Wallis: Aportes al artículo de Domínguez-González et al. *Revista en educación médica*, 8(32). doi: 10.1016/j.riem.2017.07.002

Anexo 1: Normas de publicación de la revista como evidencia de la estructura del artículo científico.

Revista: Psicodebate de la Universidad de Palermo

Normas de publicación

Los manuscritos enviados a Psicodebate deben redactarse de acuerdo a la tercera edición en español de las normas de la APA (correspondiente a la sexta edición en inglés). Deberá enviarse un archivo de Word con el texto con tipografía Times New Roman, tamaño 12 e interlineado doble. Se espera que la extensión de los artículos no supere las 8000 palabras (sin incluir título, datos sobre los autores, resumen y palabras clave). Todos los artículos deben ser originales y no estar siendo evaluados por otra revista.

- **Portadilla SIN datos sobre los autores.** Título. Cornisa (versión abreviada del título). Resumen (no mayor a 300 palabras): En él incluya brevemente información sobre el objetivo del trabajo, la muestra utilizada, los materiales, los resultados y las conclusiones principales. Palabras clave (entre 4 y 6 palabras clave). Título en inglés. Abstract (no mayor a 300 palabras). Keywords (entre 4 y 6 palabras).

- **Introducción (sin rotular).** En ella debe delimitarse y plantearse claramente el problema de investigación. Deben utilizarse subtítulos para los apartados teóricos o de antecedentes. Aquí deben enunciarse los objetivos e hipótesis.
- **Método.** Incluir los subapartados: Participantes, Materiales y Procedimiento. En ellos se debe informar sobre la muestra analizada, el muestreo, el tipo de estudio y diseño, los instrumentos de recolección de datos y el procedimiento.
- **Resultados.** Aquí se debe informar sobre los análisis efectuados y los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos de investigación planteados.
- **Comentarios.** Dedicar este apartado a realizar una interpretación de los resultados a la luz de las hipótesis planteadas (si las hubo) contrastando con la teoría y los antecedentes mencionados en el primer apartado.
- **Referencias.** Deben estar listadas de manera completa y prolija. Todas las citas deben tener su correspondiente referencia y todas las referencias deben haber sido citadas al menos una vez. Utilice el sistema Simple Text Query de CrossRef para revisar si los elementos de su listado de referencia tienen asignado un doi. En tal caso añádalos para que la referencia quede completa. La dirección para hacerlo es: <http://www.crossref.org/SimpleTextQuery>
- **IMPORTANTE:** Revisar que en ninguna parte del artículo haya información sobre los autores

Mayor

información:

<https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/about/submissions#authorGuidelines>