

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
CONCEPCIÓN-CHILE**



**VALIDACIÓN DE LA ESCALA  
SENTIDO DE COHERENCIA-13 EN ESTUDIANTES DE  
UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE CONCEPCIÓN,  
CHILE, 2020.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**MACKARENA EDITH ÁLVAREZ RODRÍGUEZ**

**PROFESOR GUÍA: DRA. PATRICIA CID HENRIQUEZ**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**2022**



© 2022 Mackarena Edith Álvarez Rodríguez  
Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
CONCEPCIÓN-CHILE**



**VALIDACIÓN DE LA ESCALA  
SENTIDO DE COHERENCIA-13 EN ESTUDIANTES DE  
UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE CONCEPCIÓN,  
CHILE, 2020.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**MACKARENA EDITH ÁLVAREZ RODRÍGUEZ**

**PROFESOR GUÍA: DRA. PATRICIA CID HENRIQUEZ**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**2022**

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

## DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía:

Patricia Cid Henríquez  
Profesor Titular, Facultad de Enfermería,  
Universidad de Concepción  
Doctora en Enfermería

Comisión Evaluadora:

María Paz Casanova Laudien  
Profesora Asociada,  
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas,  
Universidad de Concepción  
Doctora en Enfermería



Patricia Pérez Wilson  
Profesora de Salud y Medicina Familiar,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Concepción  
Doctora en Ciencias de la Salud

Directora Programa Magíster:

Dra. Patricia Cid Henríquez

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi profesora guía, Dra. Patricia Cid H., quien con sus conocimientos, motivación y apoyo me guiaron en el proceso de la búsqueda, desarrollo y culminación de mi tesis, y que me contagió a amar la salutogénesis, no solo como parte de un proyecto si no como parte de mi vida. Además, mencionar la guía del profesor Luengo en todos los aspectos estadísticos, a la Dra. Escobar por compartir conmigo todo lo que conoce acerca de la salutogenesis, a quienes tradujeron, a quienes formaron parte del panel de expertos, como del comité validador para realizar la adaptación transcultural y parte de la validación de la escala, profesionales de diferentes áreas que se tomaron el tiempo de aportar en la primera etapa del desarrollo de mi tesis, fase inicial que sustentaría todo mi proyecto. No habría podido llegar a estos resultados de no haber sido por su ayuda incondicional.

También quiero agradecer a la Universidad de Concepción, cuna que me acogió desde mis inicios como universitaria y que me llevaron hasta estas instancias de postgrado, gracias por otorgarme los recursos y herramientas necesarios para llevar a cabo mi proyecto de investigación. Igualmente reconocer la disposición de las facultades seleccionadas, por su gestión y apoyo en el proceso de investigación, papel fundamental para la culminación de mi tesis.

Por último, quiero agradecer a mis compañeros por los años de aprendizaje y soporte mutuo, a mi familia por apoyarme y darme ánimo en los momentos en que más lo necesitaba, y en especial, al hombre que amo, que me motivó para no rendirme en la cuesta final, quien me enseñó que puedo dar mucho más de lo que pensaba.

Gracias a cada una de las personas que conocí en este proceso, porque cada una ayudo a terminar esta investigación.

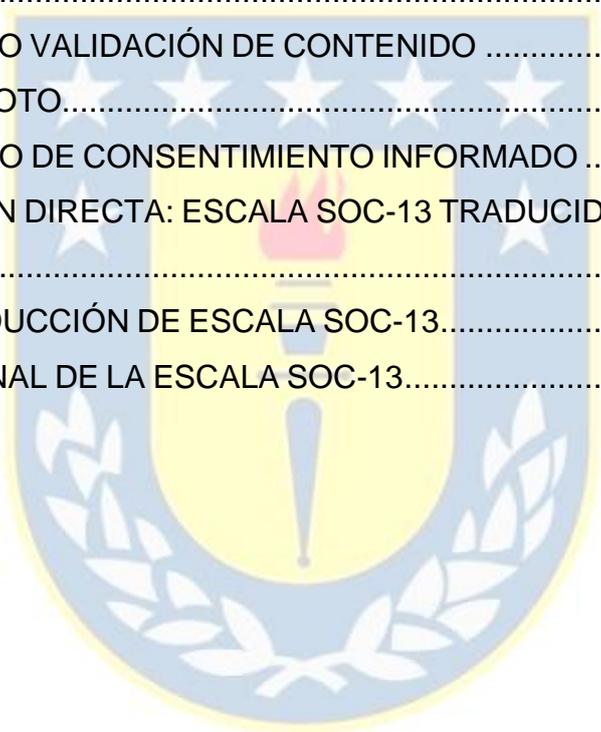
## ÍNDICE

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>14</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>15</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>16</b>
1.2 JUSTIFICACION Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO:.....	22
<b>2. MARCO REFERENCIAL</b> .....	<b>25</b>
2.1 MARCO TEÓRICO.....	25
2.1.1 <i>TEORÍA SALUTOGÉNICA</i> .....	25
2.1.2 <i>TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA</i> .....	31
2.2 MARCO CONCEPTUAL .....	35
2.2.1 <i>ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL</i> .....	35
2.2.2 <i>VALIDACIÓN</i> .....	38
2.2.2.1 <i>CONFIABILIDAD</i> .....	38
2.2.2.1.1 <i>CONSISTENCIA INTERNA</i> .....	39
2.2.2.2 <i>VALIDEZ</i> .....	42
2.2.2.2.1 <i>VALIDEZ DE CONTENIDO</i> .....	42
2.2.2.2.2 <i>VALIDEZ DE CONSTRUCTO</i> .....	45
2.3 MARCO EMPÍRICO .....	48
2.3.1 <i>ANÁLISIS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS ESCALA SOC-13 A NIVEL MUNDIAL</i> .....	48
2.3.2 <i>PROPIEDADES PSICOMÉTRICA DE LA ESCALA SOC-13 EN IBEROAMÉRICA</i> .....	50
2.3.3 <i>PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA SOC-13 EN UNIVERSITARIOS</i> .....	52
2.3.4 <i>SENTIDO DE COHERENCIA EN UNIVERSITARIOS</i> .....	56
2.3.5 <i>SENTIDO DE COHERENCIA Y AUTOEFICACIA</i> .....	57
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>58</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	58
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	58

3.3 HIPÓTESIS.....	58
3.4 VARIABLES.....	59
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>60</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....	60
4.2 MARCO MUESTRAL.....	60
4.2.1 POBLACIÓN:.....	60
4.2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS:.....	60
4.2.3 MUESTRA:.....	60
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	60
4.2.3.1 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	61
4.3 INSTRUMENTO RECOLECTOR DE LOS DATOS.....	63
4.3.1 CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y DE SALUD.....	63
4.3.2 ESCALA DE SENTIDO DE COHERENCIA 13 (SOC-13).....	63
4.3.3 ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL.....	65
4.4 CONTROL DE CALIDAD DEL INSTRUMENTO.....	67
4.5 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.....	68
4.5.1 PROCEDIMIENTO Y/O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	68
4.6 ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS:.....	72
4.7 PLAN DE TRABAJO.....	74
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
5.1 PRIMERA FASE.....	75
5.1.1. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL.....	75
5.2 SEGUNDA FASE (PARTE I) : ANÁLISIS PSICOMETRICO INICIAL.....	77
5.2.1 VALIDACIÓN DE CONTENIDO.....	77
5.2.2 PRE-TEST: PRUEBA PILOTO.....	79
5.2.2.1 ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE ESCALA SOC-13 Y ESCALA AEG.....	81
5.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	83

5.3.1 DATOS BIOLÓGICOS, SOCIALES Y DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.....	83
5.3.2 ANÁLISIS DEL SENTIDO DE COHERENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.....	88
5.3.3 ANÁLISIS DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.....	92
5.3.3.1 CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL .....	92
5.3.3.2 AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS .....	92
5.3.4 NORMALIDAD DE LAS ESCALAS SOC-13 Y AEG .....	94
5.4 SEGUNDA FASE (PARTE II) : ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	98
5.4.1 CONFIABILIDAD DE LA ESCALA SOC-13.....	98
5.4.1.1 CONSISTENCIA INTERNA.....	98
5.4.1.2 MÉTODO DE SPLIT- HALVES .....	101
5.3.4 VALIDEZ DE CONSTRUCTO .....	102
5.3.4.1 VALIDEZ CONVERGENTE DE SOC-13 CON AEG .....	102
5.3.4.2 ANÁLISIS FACTORIAL.....	103
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>114</b>
<b>7. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>118</b>
<b>8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>119</b>
<b>9. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>120</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>121</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>138</b>
A. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.....	138
B. CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y DE SALUD.....	143
C. ESCALA SOC-13 ORIGINAL .....	147

D. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL .....	149
E. AUTORIZACIÓN ESCALA ORIGINAL DE AUTOEFICACIA GENERAL .	150
F. AUTORIZACIONES CEC, VRDI Y VICERRECTORÍA.....	151
G. AUTORIZACIÓN DE FACULTADES SELECCIONADAS .....	155
H. PROCESO DE ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL: INVITACIÓN A COMITÉ DE EXPERTOS.....	164
I. FORMULARIO DE REVISIÓN POR EXPERTO DE LA ESCALA SOC-13 165	
J. PROCESO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO: CARTA DE INVITACIÓN A EXPERTOS .....	169
K. FORMULARIO VALIDACIÓN DE CONTENIDO .....	170
L. PRUEBA PILOTO.....	173
M. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	177
N. TRADUCCIÓN DIRECTA: ESCALA SOC-13 TRADUCIDA AL ESPAÑOL .....	183
Ñ. RETROTRADUCCIÓN DE ESCALA SOC-13.....	185
O. VERSIÓN FINAL DE LA ESCALA SOC-13.....	187



## INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. INTERPRETACIÓN VALORES DE ALFA DE CRONBACH.....	39
CUADRO 2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA SOC-13 EN IBEROAMÉRICA.....	50
CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR ÁREA DE CONOCIMIENTO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CAMPUS CONCEPCIÓN.....	62
CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL SOC-13 CON RESPECTIVOS PUNTAJES POR DIMENSIÓN Y GLOBAL.....	64
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL.....	65
CUADRO 6. PLAN ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE VARIABLES BIOLÓGICAS, SOCIALES Y DE SALUD, VARIABLE PRINCIPAL Y DE CORRELACIÓN. ....	69
CUADRO 7. PLAN DE ANÁLISIS PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA SOC- 13.....	71
CUADRO 8. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL, REVISIÓN COMITÉ DE EXPERTOS.....	76
CUADRO 9. OBSERVACIONES EN LOS ÍTEMS DE LA ESCALA SOC-13:.....	80
CUADRO 10. COMPARACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE LOS ÍTEMS ENTRE LA TEORÍA Y LOS MODELOS DE AFE .....	107

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1. V DE AIKEN POR CRITERIO EN CADA ÍTEM DE LA ESCALA SOC-13.....	78
TABLA 2. V DE AIKEN SEGÚN CRITERIO POR DIMENSIONES DE LA ESCALA SOC-13.....	79
TABLA 3. CONFIABILIDAD GLOBAL DE LA ESCALA SOC-13 .....	81
TABLA 4. ESTADÍSTICOS DE LA ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA 13 TOTAL- ELEMENTO DE PRUEBA PILOTO (N=32) .....	82
TABLA 5. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA AEG.....	82
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN OBSERVADA Y PORCENTUAL DE LA VARIABLE SEXO Y EDAD, DESVIACIÓN ESTÁNDAR, MEDIA Y MEDIANA PARA LA VARIABLE EDAD (N=238).....	83
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN OBSERVADA Y PORCENTUAL PARA LA VARIABLE ÁREA DE CONOCIMIENTO Y CARRERA (N=238).....	84
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN OBSERVADA Y PORCENTUAL PARA LA VARIABLE AÑO ACADÉMICO. ....	85
TABLA 9. SENTIDO DE COHERENCIA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, CONCEPCIÓN, CHILE. (N=238) .....	88
TABLA 10. SENTIDO DE COHERENCIA Y DIMENSIONES SEGÚN N° DE ÍTEMS (N=238) .....	89
TABLA 11. ESCALA SOC-13 EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEGÚN DIMENSIONES. (N=238) .....	90
TABLA 12. CONFIABILIDAD ESCALA AEG .....	92
TABLA 13. AUTOEFICACIA GENERAL PERCIBIDA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, CONCEPCIÓN, CHILE. (N=238) .....	92

TABLA 14. ESCALA AEG EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, CONCEPCIÓN, CHILE. (N=238).....	93
TABLA 15. ESTADÍSTICOS ESCALA SOC-13.....	94
TABLA 16. PRUEBAS DE NORMALIDAD DE ESCALA SOC-13.....	96
TABLA 17. ESTADÍSTICOS ESCALA AEG.....	97
TABLA 18. PRUEBAS DE NORMALIDAD DE ESCALA AEG Y ESCALA SOC-13.....	97
TABLA 19. CONSISTENCIA INTERNA ESCALA SOC-13 MEDIANTE A DE CRONBACH Y $\Omega$ .....	98
TABLA 20. CORRELACIÓN TOTAL DEL ÍTEM Y ALFA DE CRONBACH SI EL ÍTEM ES SUPRIMIDO DE LA ESCALA SOC-13.....	99
TABLA 21. ALFA DE CRONBACH POR DIMENSIONES SEGÚN TEORÍA..	100
TABLA 22. CORRELACIÓN TOTAL DEL ÍTEM Y ALFA DE CRONBACH SI EL ÍTEM ES SUPRIMIDO DE LA DIMENSIÓN DE COMPENSIBILIDAD.....	100
TABLA 23. MÉTODO DE MITADES PARTIDAS EN ESCALA SOC-13.....	101
TABLA 24. CORRELACIÓN DE LA AEG CON EL SOC Y SUS DIMENSIONES.....	102
TABLA 25. PRUEBA DE KMO Y BARTLETT DE ESCALA SOC-13.....	103
TABLA 26. VARIANZA TOTAL EXPLICADA DE LA ESCALA SOC-13.....	104
TABLA 27. MATRIZ DE COMPONENTE ROTADO <sup>A</sup> DE 3 COMPONENTES	105
TABLA 28. MATRIZ DE COMPONENTE ROTADO <sup>A</sup> DE 4 COMPONENTES	106
TABLA 29. COEFICIENTE DE MARDIA.....	109
TABLA 30. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS 3 MODELOS FACTORIALES.....	113

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. SALUD EN EL RÍO DE LA VIDA, 2008. ....	27
FIGURA 2. CONTINUUM DE LA SALUD “BIENESTAR-ENFERMEDAD” .....	28
FIGURA 3. PARAGUAS SALUTOGÉNICO, 2010. ....	30
FIGURA 4. PROCESO DE ADAPTACIÓN CULTURAL Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA SOC-13. ....	47
FIGURA 4. GRÁFICO DE BARRAS CON LA DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍA MENTAL.....	86
FIGURA 5. GRÁFICO DE BARRAS CON LA DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍA FÍSICA.....	87
FIGURA 6. HISTOGRAMA DE SOC-13 .....	95
FIGURA 7. GRÁFICO BOX PLOT .....	95
FIGURA 8. GRÁFICO Q-Q NORMAL .....	96
FIGURA 9. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN .....	103
FIGURA 10. PATH DIAGRAM DE LOS RESULTADOS DEL AFC DEL MODELO UNIFACTORIAL .....	110
FIGURA 11. PATH DIAGRAM DE LOS RESULTADOS DEL AFC DEL MODELO TRIFACTORIAL DESDE LO EMPIRICO.....	111
FIGURA 12. PATH DIAGRAM DE LOS RESULTADOS DEL AFC DEL MODELO TRIFACTORIAL DESDE AFE .....	112

## RESUMEN:

**Introducción:** El sentido de coherencia, es un constructo del enfoque salutogénico que se entiende como una orientación hacia la vida. Para evaluar este constructo se diseñó un instrumento con tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Algunas investigaciones exponen que quienes presentan un alto sentido de coherencia tienen una mejor calidad de vida.

**Objetivos:** Realizar la adaptación cultural de la escala SOC-13. Analizar algunas propiedades psicométricas de la escala en estudiantes universitarios.

**Metodología:** El estudio se realizó en 2 fases. 1era fase. Adaptación cultural. En la traducción y retrotraducción participaron dos profesionales bilingües. 2da fase. Estudio psicométrico de diseño descriptivo transversal, muestreo estratificado por afijación proporcional, donde participaron 238 estudiantes universitarios, en modalidad online. Los aspectos psicométricos considerados fueron validez de contenido, donde participó un panel de 6 expertos, análisis de fiabilidad por consistencia interna (alfa de Cronbach y omega) y método de Split-Halves y validez de constructo (validez convergente, análisis exploratorio y factorial confirmatorio). **Resultados:** Adaptación de la escala SOC-13 al español de Chile. En la validez de contenido se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 0,83 [0,55-0,95]. La consistencia interna de la escala entregó coeficientes alfa de 0,74 y omega de 0,76, Spearman-Brown de 0,675, y Guttman de 0,652; los niveles de confiabilidad por dimensión presentaron coeficientes alfa entre 0,314 y 0,696. Correlacionó positivamente con la autoeficacia ( $r=0,496$ ;  $p=0,01$ ). Desde el análisis factorial exploratorio y confirmatorio se eligió el modelo de tres factores que explicó el 51,92% de la varianza, con índices de ajuste aceptable (CFI=0,908; RMSEA= 0,067; SRMR=0,066). **Conclusiones:** La escala SOC-13, es de fácil administración y comprensión, adaptada a la cultura chilena, es confiable y válida en población universitaria.

**Palabras claves:** *Sentido de coherencia*; validez y confiabilidad; psicometría; estudiantes.

## ABSTRACT

**Introduction:** The sense of coherence is a construct of the salutogenic approach that is understood as an orientation towards life. To evaluate this construct, an instrument with three dimensions was designed: comprehensibility, manageability, and significance. Some research shows that those who have a high sense of coherence have a better quality of life.

**Objective:** Perform cultural adaptation of SOC-13 scale. To analyze some psychometrics properties of scale in university students.

**Methodology:** The study was carried out in two stages. 1st stage. Cultural adaptation of the SOC-13 scale. Two bilinguals has participated in the translation and back-translation. 2nd Stage. Psychometric study of cross-sectional descriptive design, stratified sampling by proportional allocation, where 238 university students participated, in online mode. The psychometric aspects considered were content validity (panel of 6 experts has participated), internal consistency reliability analysis (Cronbach's alpha and omega) and the Split-Halves method, and construct validity (convergent validity, exploratory and confirmatory factor analysis). **Results:** Adaptation of the SOC-13 scale to Chilean Spanish. The content validity reported an Aiken's V coefficient of 0.83 [0.55-0.95]. The internal consistency of the scale was 0,75, the reliability levels per dimension were between 0,314-0,696. I correlate positively with self-efficacy ( $r=0,496$ ;  $p=0,01$ ). From the exploratory and confirmatory factor analysis, the three-factor model was chosen, which explained 51,92% of the variance, with adjustment indices close to acceptable (CFI=0,908; RMSEA= 0,067; SRMR=0,066). **Conclusions:** The SOC-13 scale is easy to administer and understand, adapted to the Chilean culture, reliable and valid in the university population.

**Keywords:** *sense of coherence*; reliability and validity; psychometrics; students.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. FUNDAMENTACIÓN

Desde la antigüedad, el paradigma patogénico se ha adjudicado un papel hegemónico en la salud pública, este entiende la salud desde el riesgo y la enfermedad, poniendo énfasis en la reducción de factores de riesgo y en las barreras para detener o disminuir las consecuencias de la patología. En contraste, durante las últimas décadas ha tomado relevancia el modelo Salutogénico, desarrollado por Antonovsky a fines de los años 70', este genera un cambio de lo que se entiende como salud desde la perspectiva patogénica, al poner énfasis en aquello que genera salud, realizando aquello que trae consigo un mayor control y mejoría sobre ésta, y no en lo que origina enfermedad (1). Por tanto, de un enfoque negativo centrado en la enfermedad, este modelo desarrolla un enfoque significativo y radicalmente diferente para el estudio de la salud y la enfermedad (2).

Sin embargo, es a partir de 1986, en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en la carta de Ottawa, que la salud se comprende como un concepto positivo, y en donde, también se destacan los recursos sociales, personales y las aptitudes físicas (3), complementando la definición de salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, en donde describía a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de la enfermedad (4). Esta definición no ha estado exenta de críticas, pero es la más conocida y aceptada a nivel mundial (5). Ahora bien, a pesar de su aceptación, si se realiza un análisis detallado de esta definición, el término "total", es demasiado ambicioso e incluso se puede decir que es utópico. Frente esto, Antonovsky cuestiona dicha definición, pues salud es un aspecto multifacético y complejo, describiéndola como un continuo de bienestar-malestar, en el que una persona puede estar

situada en algún punto de este continuo, siendo posible que presente tanto componentes de salud como también de enfermedad, dado que no se puede estar completamente sano o completamente enfermo (2,6-7).

Antonovsky, convencido de su enfoque Salutogénico, propone su modelo en 1992, en un seminario de la OMS titulado “Teoría de Promoción de la salud: Investigación y práctica”, y a la vez critica al enfoque de promoción de salud, cuyas orientaciones seguían un enfoque patogénico, centrado en factores de riesgo, en donde la atención está mayormente dirigida a la enfermedad, dejando muchas veces de lado, a la persona, que es mucho más complejo que solo un diagnóstico. Por tanto, si la promoción de la salud tiene por objetivo promover la salud, su foco principal debería ser orientar activamente hacia la salud, movilizand o factores saludables en las personas, independiente de donde se ubiquen en el continuo de bienestar-malestar (8). A pesar de que el modelo presenta similitudes y orientaciones adecuadas para ser una base de la promoción de la salud, este no fue adoptado.

Por otro lado, entre 1988 al 2021 se han realizado 10 conferencias sobre Promoción de la Salud en diferentes países (9), las cuales han contribuido mediante directrices internacionales para el desarrollo de políticas e intervenciones de promoción de salud en los estados miembros. No obstante, la implementación de estos cambios ha sido paulatina, y quizás no del todo efectiva, pues aún no se ha logrado alcanzar los objetivos propuestos a nivel internacional (10-11). Es así, que en el último informe de la OMS se declara que el 71% de las muertes a nivel mundial son por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (12), patologías prevenibles, asociadas a conductas de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, inactividad física y dietas malsanas), conductas potencialmente modificables (12-13).

Una vez analizado lo que sucede a nivel mundial, es importante evaluar las medidas de promoción de salud llevadas a cabo a nivel nacional. Estas acciones se llevaron a cabo a partir del año 1998 (14), cinco años más tarde se reorientaron los servicios sanitarios hacia la promoción de salud y prevención de

enfermedades, con el objetivo de crear conciencia en la población nacional sobre la responsabilidad que cada uno tiene respecto de su salud (15). A principios del 2004, se promulgó la ley 19.937 de Autoridad sanitaria, en la cual se establecen las funciones relativas a la promoción de la salud y, años más tarde, se aprobó el programa de Promoción de la salud (14). En la actualidad, las acciones de este programa se enmarcan en la estrategia Nacional de salud que tiene por objetivo potenciar acciones de Promoción de la Salud, desarrollando entornos saludables y hábitos y/o estilos de vida saludables, proponiendo estrategias de carácter preventivo y promocional, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) para la década 2011-2020 (16). Siguiendo las orientaciones nacionales de salud, el año 2013 se dictó la ley 20.670, en la que se creó el sistema “Elige Vivir Sano”, modelo constituido por políticas, planes y programas destinados a generar hábitos y estilos de vida saludables, y a prevenir y disminuir factores y conductas de riesgo asociadas a las ECNT, apoyándose en 4 pilares: alimentación saludable, actividad física, vida en familia y vida al aire libre (17). A pesar estas estrategias, Chile presenta un panorama similar al internacional, donde las ECNT generan la mayor mortalidad, siendo las enfermedades cardiovasculares, la primera causa de muerte en los chilenos (13).

Al analizar cifras actuales en población chilena sobre aspectos de la salud entregados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2016-2017, se puede observar el enfoque patogénico predominante, en el que destacan las conductas de riesgo predominantes en la población nacional, informando un 87,6% de sedentario, un 11,7% de consumo riesgoso de alcohol, un 39,8% de sobrepeso, un 31,2% de obesidad y 3,2% de obesidad mórbida (18). Al comparar estos datos con la ENS del año 2009- 2010 (19) se aprecia la mantención y/o aumento de los factores y conductas de riesgo.

En los párrafos anteriores, se han mencionado las conductas adoptadas por las personas, estas pueden ser; la alimentación, actividad física, consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales, ocio, recreación, sueño, reposo, control

médico, manejo del estrés, etc (20-21). La adopción de estos puede estar orientada de forma positiva o negativa hacia la salud. Ante esto, las etapas críticas donde se acogen ciertas conductas que pueden estar orientadas al desmedro de la salud, y por ende pueden traducirse en enfermedades, son la adolescencia y juventud (22). En efecto, la juventud es considerada una etapa de alto riesgo, dados a los cambios por los que trasciende, siendo estos: el paso de la adolescencia a la adultez, menor control de los padres, las relaciones sociales y el ingreso a la universidad (23), que suma situaciones estresantes, las que terminarán por influir en la modificación y adopción de ciertas conductas que impactarán sobre su vida y salud (20-22).

Tomando un enfoque positivo, se podría considerar que la juventud es una etapa que puede ser potenciada con el fin de movilizar conductas saludables, por medio de la transformación de aquellos aspectos considerados estresantes o negativos, en desafíos que enriquezcan las diversas áreas que hacen a las personas ser la mejor versión de ellas mismas.

El Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), considera joven a la población entre 15 a 29 años (24), los cuales representan el 23,4% de la población nacional chilena, cifra que ha descendido constantemente a través de los años (25), dada a la avanzada transición demográfica. Esta población posee una salud física óptima, reflejada en una baja demanda asistencial; sin embargo, surgen alarmas con respecto a la prevalencia de patologías mentales, consumo de sustancias nocivas e infecciones de transmisión sexual. Estas y otras condiciones y conductas de riesgo se traducen en las principales causas de mortalidad y morbilidad (26).

A continuación, se mencionan algunos aspectos sobre salud y conductas de los jóvenes chilenos. Respecto a la salud sexual; el 71% es sexualmente activo, un 22,1% utiliza preservativo, 6 de cada 10 jóvenes se han realizado el test del VIH alguna vez. Las sustancias más consumidas por la población joven en orden

decreciente son: alcohol, cigarro y marihuana. Un 60,4% de la población entre 20-29 años, presenta malnutrición por exceso, que se relaciona con el alto porcentaje de sedentarismo (81,2%). Cifras alarmantes destacan un aumento de la tasa de suicidios, siendo una tasa de 8,9 en el rango de 15-19 años y de 12,4 en la población entre 20-24 años (25-26).

Por otro lado, asociado al área educacional, una persona en Chile tiene un promedio de 12,6 años de estudio; entre ellos, el 14,7% tiene estudios técnicos superiores y un 62,4% estudios universitarios (24-25). De acuerdo a informes del Ministerio de Educación (MINEDUC), 1.262.771 estudiantes cursaron programas de pregrado, posgrados o postítulos en Chile durante el año 2018 (27).

Como se indica previamente, las cifras de personas que han cursado o están cursando estudios superiores son altas, con respecto a décadas pasadas. Es por ello que, dado el cambio de generaciones, como también al desarrollo del conocimiento e investigación, el modelo educativo de las universidades ha sufrido una transformación. Hoy en día, está centrado en el aprendizaje orientado al desarrollo de competencias, las que pueden ser transversales (comunicación, resolución de problemas, liderazgo, creatividad, trabajo en equipo, capacidad de aprender, entre otras) o específicas (académicas o profesionales) (28). Sumado a ello, debido a la creación de la red chilena de universidades promotoras de salud, las instituciones de nivel superior se han involucrado en la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria (29). Por lo que, se han desarrollado guías para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior, y se creó la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) (30). A las universidades e instituciones de educación superior que forman parte de esta red, en la Guía de Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Educación superior Promotoras de Salud (IESPS), se les define como “Universidades o instituciones de educación superior que han incorporado como parte de su proyecto educativo y laboral la Promoción de salud con el propósito de mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa” (31).

Como se ha destacado en párrafos anteriores, el ingreso a la universidad es un hito importante para la población joven, que hoy tienen mayor acceso a la educación superior. Por lo tanto, el paso por estas instituciones genera cambios importantes en la vida de los jóvenes, que a la vez inciden de forma positiva o negativa en sus comportamientos; por ello, es esencial complementar la promoción de salud en el ámbito universitario mediante un enfoque positivo, es decir, adoptar el modelo Salutogénico, el cual orienta hacia el desarrollo de factores o conductas saludables en los estudiantes, tendiendo hacia el extremo de salud en el continuo bienestar-malestar. Es así como este modelo favorece generar poblaciones e individuos saludables, pues impacta sobre los comportamientos de salud, dado que permite distinguir recursos, condiciones y factores que poseen las personas y que les permitan el movimiento en dirección a la salud, por medio, de dos conceptos claves que lo conforman, siendo el sentido de coherencia (SOC, por sus siglas en inglés "Sense of Coherence") y los recursos de resistencia generalizada (GRR, por sus siglas en inglés "Generalized Resistance Resources). El SOC, es la orientación que toma un individuo para gestionar y adaptarse a una vida de caos, y mantenerse saludable (6), éste sería la guía de viaje que utilizaría una persona para enfrentarse al día a día por medio de las herramientas que ha ido desarrollando desde la infancia, las cuales si son bien orientadas guiarán hacia el bienestar, puesto que el SOC es la comprensión de lo que sucede a nuestro alrededor, es como manejamos los recursos con los que contamos y es el significado que le damos a los desafíos que enfrentamos en la vida.

## 1.2 JUSTIFICACION Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO:

Con el objetivo de medir uno de sus principales conceptos, Antonovsky desarrolló el Cuestionario de Orientación a la vida (OLQ) o escala Sentido de Coherencia (SOC), el cual cuantifica el SOC. Este desarrolló dos versiones de la escala, una de 29 ítems y otra de 13, las cuales han sido modificadas, traducidas y utilizadas en diferentes países, presentando buenas propiedades psicométricas. Además, se han utilizado para evaluar diversas áreas (enfermedades crónicas, estilos de vida, trabajo, calidad de vida, entre otros), y también se han abordado grupos específicos, tales como, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, ancianos, embarazada, y otros grupos (6, 32).

El SOC es considerado útil en el afrontamiento y en la adaptación a las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida. La evidencia, demuestra que entre más fuerte sea el SOC, habrá un comportamiento más saludable, mayor actividad física y predisposición a elegir comida saludable; de igual manera, favorece el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas, consumo menor de alcohol, tabaco y drogas (6,32).

Frente a la evidencia, para la resolución de problemas y enfrentamiento de desafíos hacia una vida saludable sería beneficioso identificar cómo influye el SOC de cada estudiante universitario ante los eventos o situaciones adversas de la vida universitaria, este periodo conlleva desafíos intelectuales, personales e incluso laborales. Al medir el SOC se podrá cuantificar, permitiendo ver la relación entre los componentes que lo conforman y lo que sucede en la etapa que cursan los jóvenes, con esto se podría potenciar las fortalezas, y redirigir las debilidades por medio de un enfoque positivo que vea más allá del problema y vaya a la capacidad del joven de enfrentarse a la vida como un reto significativo que trae consigo beneficios gratificantes para sí mismo enfocados en su bienestar tanto físico como mental.

Sin embargo, para medir el SOC, es necesario un instrumento que esté validado en el contexto nacional. Tal como señalan Lujan *et al* y Sánchez *et al* (33-34), para asegurar la calidad de la medición al aplicar una escala en un país diferente al de origen, es esencial la validación y adaptación de ésta a la cultura en donde se va a emplear.

Para el desarrollo de un análisis acucioso de la escala a validar, se analizará la correlación con la escala de Autoeficacia General, previamente validada en contexto nacional (35) y utilizada en población chilena (36-38), la cual está estrechamente relacionada con el SOC, dado que la autoeficacia permite identificar las creencias de las personas sobre sus capacidades para enfrentar desafíos o situaciones nuevas (39).

La propuesta de investigación surge de la necesidad de contar con un instrumento para el contexto chileno que sea válido, confiable, eficaz y comprensible, y que permita generar conocimientos de la realidad del sentido de coherencia de estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción.

Aunque la validación de escalas ha sido adjudicada principalmente a áreas sociales como la psicología, con el transcurso del tiempo, diferentes disciplinas se han sumado a esta labor, dentro de las cuales se encuentra Enfermería.

El involucramiento de Enfermería en la validación de escalas relacionadas con la salud positiva permite desarrollar investigaciones con mediciones confiables y válidas en el contexto nacional, que a la vez permitirán la comparación a nivel internacional, generando espacios de retroalimentación. Además, permite su desarrollo dentro del área de la investigación en enfermería, la que ha sido subvalorada, pero en este caso aporta al desarrollo del conocimiento en el área, otorgándole la característica de disciplina (40).

Por otro lado, la escala del Sentido de coherencia (SOC-13), al orientar hacia una salud positiva, es coherente con los lineamientos de la profesión, pues la

promoción de la salud es parte de nuestra identidad disciplinar (41), siendo una área que provee gran independencia en el desempeño de la profesión, al mismo tiempo que permite visibilizar a la enfermería en áreas ajenas a la enfermedad y la rehabilitación, cumpliendo con lo decretado por el código sanitario en el artículo 113, el cual señala que la gestión del cuidado comprende la promoción, mantención y restauración de la salud, entre otras labores propias de nuestra profesión (42). La relevancia del estudio para enfermería es identificar el SOC de los jóvenes, para posteriormente lograr generar intervenciones que lo fortalezcan o desarrollen, pues en la medida en que la vida tenga sentido, ésta se vuelve comprensible y manejable, y se logra tomar decisiones que promuevan el autocuidado de las personas al orientarlas hacia el camino de la salud.

Esta investigación permitirá realizar un diagnóstico sobre la orientación global a la vida en estudiantes universitarios, y un acercamiento a la teoría salutogénica, al validar la escala que mide uno de sus conceptos claves, lo que permitirá a futuro desarrollar nuevas investigaciones en este ámbito.

En relación a lo planteado, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala SOC-13, en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción? Además, interesa conocer la respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el perfil bio-sociodemográfico de los estudiantes universitarios de Concepción?, ¿La escala SOC-13 es confiable?, ¿El SOC tiene correlación con la Autoeficacia General? ¿La aplicación de la escala SOC es válida?, y ¿Cuál es la estructura factorial de la escala SOC?

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 Marco Teórico**

#### **2.1.1 Teoría Salutogénica**

La teoría Salutogénica fue desarrollada por Aaron Antonovsky, sociólogo estadounidense-Israelí entre los años 1979 a 1986, teoría considerada robusta para abordar la promoción en salud (6-32).

Salutogénesis, es un término que proviene etimológicamente del latín “Salus” (salud), y del griego “Génesis” (origen), siendo la traducción literal, el principio u origen de la salud (43). Esta teoría propone un cambio en el paradigma patogénico imperante, desde el enfoque de la salud a través de la enfermedad y el riesgo, hacia una mirada positiva, centrada en la generación de la salud como un camino hacia la vida (44).

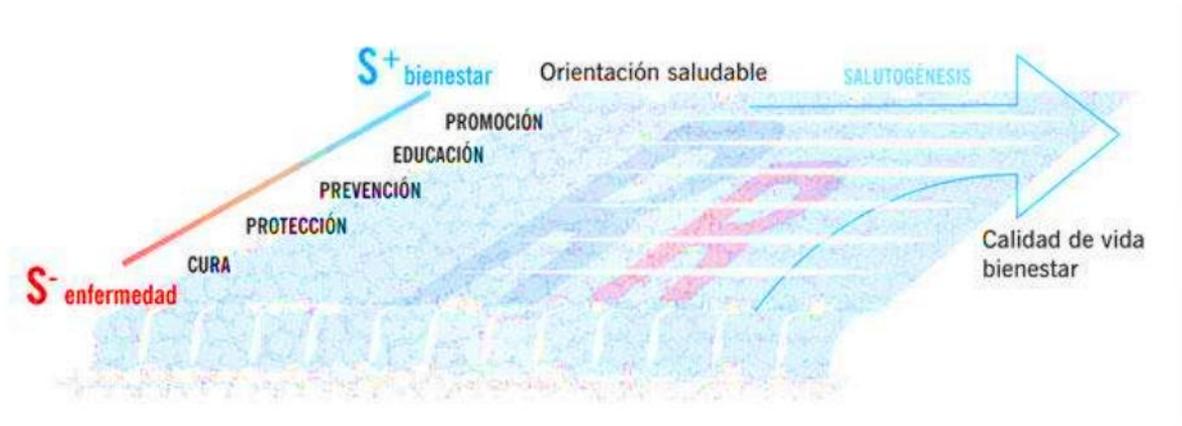
A inicios de su carrera, Antonovsky se centró en estudiar los procesos de estrés, estaba interesado en comprender las respuestas de grupos minoritarios y marginados frente a los factores estresantes de la pobreza y la inmigración. Antonovsky migró a Israel, y en este país sus investigaciones se enfocaron en aspectos socioculturales de morbilidad y mortalidad, basado en su hipótesis de que los factores estresantes presentaban una estrecha relación con las enfermedades. Tras estos estudios, comenzó a interrogarse sobre el porqué de esta situación, siendo esto el principio del desprendimiento de su vínculo con la orientación patogénica (45).

Antonovsky creía, al igual que todos, que las personas comúnmente ante situaciones estresantes presentan desmedro de su salud física y mental, sin embargo, descubrió que algunas personas logran sobreponerse a las

adversidades y mantienen una buena salud. Frente a estos hallazgos comienzan a relucir atisbos de una pregunta orientada hacia lo positivo, con respecto a las personas que, a pesar de vivir circunstancias desfavorables, lograban estar bien (32,46). Esta pregunta toma mayor relevancia en 1971, mediante un estudio realizado en mujeres israelíes, en que se compararon los problemas de adaptación al climaterio, entre mujeres que habían sobrevivido a campos de concentración Nazi durante la II Guerra Mundial y otras que no. En él, se encontró que un número no menor de mujeres sobrevivientes al holocausto habían logrado una adaptación exitosa (47). En base a estos resultados, surgió la pregunta ¿qué origina salud?, cimentando el desarrollo de la Teoría Salutogénica (6-32).

Una vez, que Antonovsky comenzó a desarrollar de forma paulatina un enfoque positivo en la salud, se dio cuenta de diversos aspectos que se abordaban desde el enfoque patogénico, por ello debatió el enfoque del río de la vida, el cual describe que las personas están en un río, en zonas de corrientes suaves o de remolinos peligroso, en dirección a una cascada, simbolizando la muerte. Al contrario, el enfoque que plantea Antonovsky es: ¿Cómo nadar bien en este río? (45), esto se complementa con lo descrito años más tarde por Lindstrom *et al* (6), quienes otorgan al río de la vida una orientación salutogénica (Figura 1), cambiando el sentido de la corriente principal hacia la dirección de la vida, pues a pesar de que las personas están expuestas frente diversos riesgos, también se encuentran con diferentes recursos. Por tanto, dependerá de la orientación y aprendizaje que se tome en la vida con el fin de identificar y utilizar los recursos con los que se cuenta y orientarlos a mejorar la salud.

Figura 1. Salud en el río de la vida, 2008.

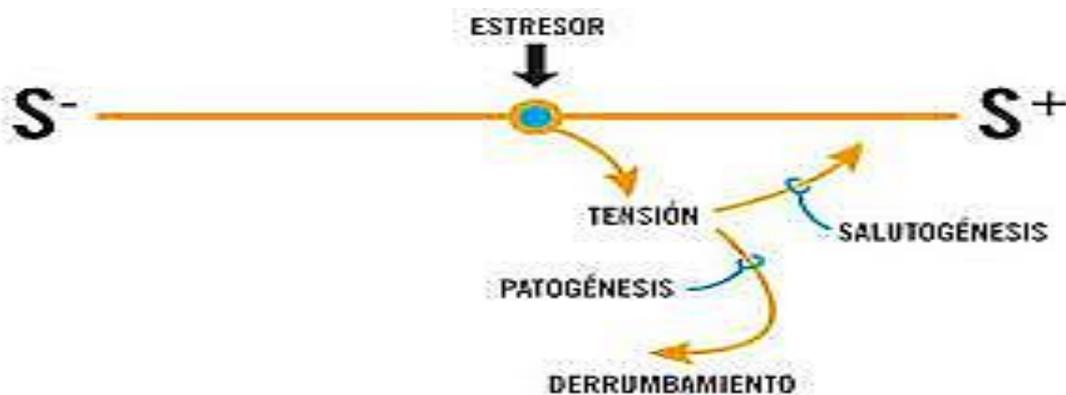


Fuente. Eriksson M, Lindström B. Salud en río de la vida, 2008, (6).

Antonovsky describe la salud como un continuum de bienestar-malestar (Figura 2), siendo ésta una condición multifacética de los individuos. Este concepto sitúa a las personas en una línea con dos extremos, entre la ausencia total de la salud (S-) y la salud total (S+), siendo la orientación de la salutogénesis hacia S+. Sin embargo, las personas de forma simultánea pueden poseer componentes de salud y enfermedad, no están en los extremos, es decir, las personas no tendrán una salud perfecta, ni un estado completo de malestar (6, 48).

La teoría salutogénica permite explicar la mejora o mantenimiento en la ubicación en la línea de continuo bienestar- malestar, pues tiene por objetivo identificar los recursos, condiciones y factores orientados a generar salud (6, 49). Por lo tanto, la salutogénesis se traduce en el movimiento que toma la persona hacia el extremo de la salud en la línea del continuum bienestar-malestar, sin importar su punto de inicio (45).

Figura 2. Continuum de la salud “bienestar-enfermedad”.



Fuente. Eriksson M, Lindström B. Continuum de la salud “bienestar-enfermedad”, 2011 (6).

Esta teoría posee dos conceptos claves, los Recursos de Resistencia Generalizada (GRR) y el SOC, los cuales interactúan y se potencian mutuamente.

Los GRR, son un conjunto de características que posee un individuo, grupo o comunidad, que permiten afrontar de forma efectiva a los estresores presentes en el día a día. Dichos recursos, pueden ser internos o externos a la persona, tales como la identidad cultural, estrategias de afrontamiento, apoyo social, inteligencia y conocimiento, religión, recursos materiales, genética, orientación preventiva en salud, creencias, autoestima, introspección, entre otros (6,50).

Los GRR conducen a experiencias de vida que promueven el desarrollo de un SOC fuerte. Para que esto suceda deben estar disponibles al menos 4 recursos: actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y relaciones sociales. Sin embargo, la clave no está en poseer dichos recursos, si no en la habilidad para utilizarlos de manera adecuada con una orientación promotora de la salud (6, 49).

El SOC es una orientación global que expresa el grado de confianza dinámico, en que se consideran 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 donde estas demandas son desafíos dignos para comprometerse en ellos e invertir energía en resolverlos (6, 8, 43 y 51). El SOC en un amplio sentido, al ser la capacidad que facilita comprender toda la situación y utilizar los recursos disponibles, permite generar el orden dentro del caos (52).

El SOC posee 3 dimensiones (6, 45, 48, 51):

- La comprensibilidad (componente cognitivo): el individuo comprende la organización compleja y cambiante de su vida y entorno.
- La manejabilidad (componente de comportamiento): capacidad de identificar y movilizar los recursos disponibles.
- La significatividad (componente motivacional): fuerza motivadora, que otorga sentido a los desafíos que se presentan en el transcurso de la vida, considerando que la vida de uno tiene significado.

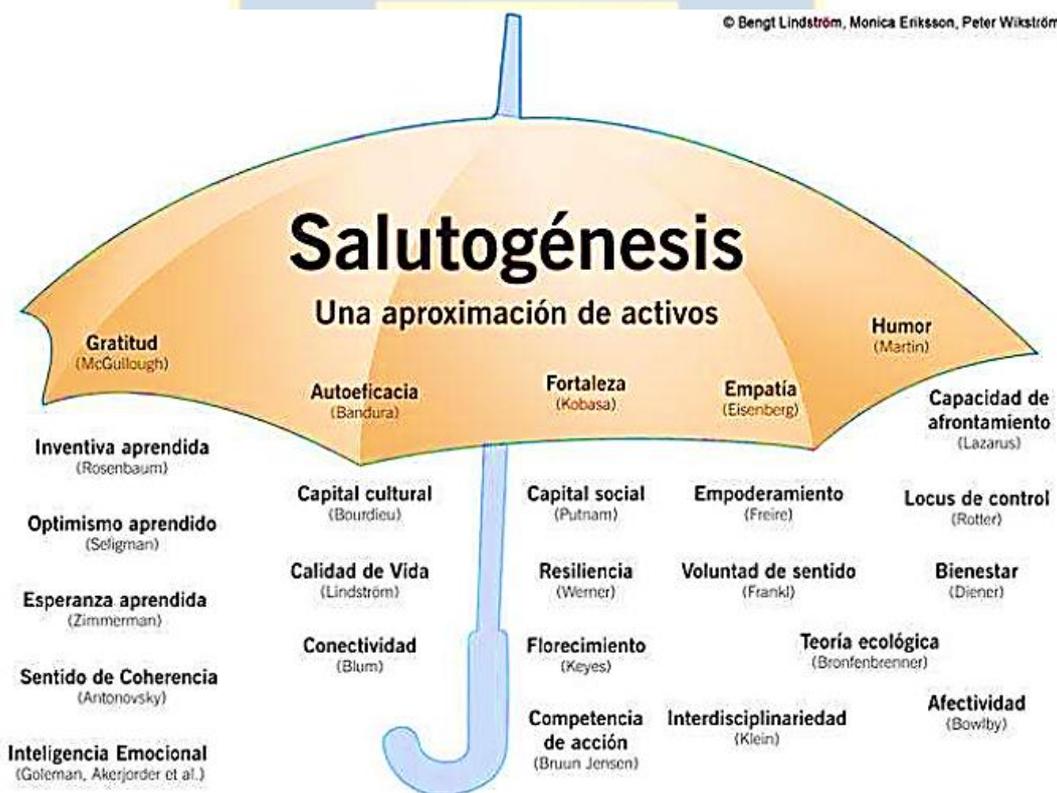
Las tres dimensiones del SOC, poseen una interacción y vinculación estrecha; sin embargo, Antonovsky considera la significatividad como la más importante, ya que, al existir significado, se imponen estructuras y se buscan recursos, por tanto, se fortalecen los otros dos componentes (comprensibilidad y manejabilidad) (6).

Ante el deseo de cuantificar el SOC de las personas, Antonovsky diseñó la Escala SOC o Cuestionario de orientación a la vida, abreviado OLQ por sus siglas en inglés, el cual originalmente se componía de 29 ítems, que medían tres dimensiones de la salud: comprensibilidad (11 ítems), manejabilidad (10 ítems) y significatividad (8 ítems). Posteriormente introdujo una versión abreviada del mismo cuestionario, que constaba de 13 ítems. Ambos cuestionarios presentan respuesta tipo Likert de 1 a 7, y sus puntajes oscilan entre 29-203 y entre 13-91, respectivamente. Estos han sido utilizados alrededor de todo el mundo, en poblaciones de diferentes edades, culturas y disciplinas (6, 49, 53).

La escala se desarrolló teóricamente con un factor principal, el SOC, con tres dimensiones (figura 3); es decir, es una escala unidimensional. Antonovsky pretendía que la escala se calificara con un puntaje total único y no con los puntajes de sus componentes, pues según la teoría es el sentido de coherencia en su totalidad lo que influye en el movimiento a lo largo del continuo de bienestar/ malestar (53).

Junto con la salutogénesis existen otras teorías que contribuyen en la explicación de la salud, algunas de ellas se muestran en la figura 3, todas ellas incluyen elementos y dimensiones salutogénica, cuyos enfoques centrales son los recursos para la salud y la calidad de vida (6).

Figura 3. Paraguas Salutogénico, 2010.



Fuente. Modificado por Eriksson M, Lindström B. Paraguas Salutogénico, 2010 (6).

## 2.1.2 Teoría de la Autoeficacia

Una de las teorías dentro del paraguas Salutogénico es la Teoría de la Autoeficacia, desarrollada por Bandura a finales de la década de los 70 (54). Este constructo se enmarca dentro de la Teoría Social Cognitiva del mismo autor, teoría que denota la importancia de los procesos cognitivos auto-reguladores (55).

Bandura (56) citado por Brenlla *et al* (57 p79) define autoeficacia percibida (AEP) como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”. Para que un individuo logre un rendimiento adecuado, además de poseer conocimientos y habilidades, es esencial que crea en sus capacidades, dado que influirá positivamente en su motivación y conducta. Puesto que, entre más alto sea la percepción de autoeficacia mayores serán los retos impuestos por el individuo y mayor será su compromiso para lograrlos, ya que, visualizará escenarios exitosos que proporcionarán guías y apoyo positivo para lograr dichos desafíos (55).

Olivari y Urra (58) señalan que la autoeficacia influirá de forma positiva o negativa en tres factores del comportamiento humano: en el ámbito afectivo (emociones, sentimientos, etc.), ámbito cognitivo (pensamiento, resolución de tareas, etc.) y ámbito conductual (comportamientos), es así como la autoeficacia puede determinar y predecir en gran parte comportamientos y acciones a futuro.

Las fuentes esenciales que influyen en el proceso de desarrollo y regulación de la AEP son; los logros de ejecución, las experiencias vicarias, la persuasión verbal y la activación psicológica y emocional (59).

1. **Logros de ejecución**, son las experiencias previas del individuo, es uno de los principales factores que influye en el desarrollo y consolidación de la autoeficacia, pues se sustenta en el propio desempeño. Si el individuo es capaz de realizar de forma exitosa una

determinada actividad, se fortalecerá su autoeficacia, y en el caso contrario, los constantes fracasos resultaran en una AEP debilitada.

2. **Experiencia vicaria** (modelos de conducta), se basa en las observaciones del desempeño de las demás personas y las consecuencias derivadas de dichos comportamientos. La persona al identificar que otro puede ejecutar con éxito una determinada actividad, creerá poder realizarla de igual manera, como una especie de modelado. En otras palabras, la observación constante de los comportamientos de otras personas y los efectos de sus conductas puede contribuir a la efectividad de las propias capacidades.
3. **Persuasión verbal**, se basa en el uso de la persuasión, la sugestión, autosugestión para la conformación de las expectativas de autoeficacia, las que permiten fortalecer las creencias de la persona en relación a su capacidad de lograr el éxito.
4. **Activación psicológica y emocional**, el estado emocional influirá directamente en la AEP, por lo tanto, se deben fomentar estados emocionales positivos, ya que, permiten percibir las situaciones como una oportunidad para desarrollarse, sumado con ello la satisfacción, bienestar y alegría, que se generarán al lograr superar los desafíos impuestos.

Bandura (60) citado por Busot (55 p 55) señala que la AEP influye en cómo la persona piensa, siente, se motiva y comporta a través de 4 procesos: cognitivo, afectivo, motivacional y de selección. La AEP tiene la capacidad de activar estos procesos, los cuales actúan de manera interrelacionada regulando el funcionamiento de las personas (61):

1. **Procesos cognitivos**, permite que las personas empleen el pensamiento anticipador para predecir sucesos, desarrollar posibles pautas de acción, anticipar consecuencias, y establecer metas que potencien la motivación para enfrentar situaciones que se presentan en el día a día.

2. **Procesos afectivos**, influyen en la capacidad de manejar emociones negativas al presentarse situaciones estresantes o difíciles que determinarán su nivel de motivación para enfrentar dichas circunstancias. Las personas con alta AEP pueden transformar las amenazas en situaciones favorables, al ejecutar conductas efectivas.
3. **Procesos motivacionales** permiten a las personas mantenerse motivadas a sí mismas, con acciones que están mediadas por el pensamiento anticipador. La AEP facilita la determinación tanto de las metas propuestas, como del esfuerzo, perseverancia y tiempo invertido ante situaciones adversas y del fomento de resiliencia ante el fracaso.
4. **Procesos de selección**, permite modelar el curso que toma la vida de un individuo al ser capaz de seleccionar conductas y entornos propicios para su participación y desarrollo personal.

Las personas con una AEP alta tienden a ser más optimistas sobre sus capacidades, toman decisiones sobre sus vidas y se plantean retos personales con el propósito de alcanzarlos. Además, estas personas interpretan las demandas y los problemas como retos y no como amenazas, afrontando los desafíos con perseverancia, creyendo que podrán alcanzar sus metas (58).

La AEP es entendida bajo dos perspectivas; la AEP específica, es la creencia sobre el nivel de competencia en circunstancias particulares (35, 55), y la general, que se refiere a la sensación estable de competencia total de una persona que le permite enfrentar desafíos y hacer frente a situaciones difíciles en diversos contextos (35,58). Es en base a esta última, de la cual se desprende la escala de autoeficacia general (AEG), desarrollada por Jerusalem y Schwarzer en 1981 (39), la que evalúa la fuerza de la creencia de un individuo en su propia capacidad para responder a situaciones nuevas o difíciles y para lidiar con obstáculos o contratiempos asociados (62).

El concepto de autoeficacia tiene ciertas similitudes con el SOC, y parecen medir constructos similares (6). Antonovsky en 1987 discutió las similitudes y

diferencias entre ambos conceptos, analizando los conceptos claves del SOC (significancia, comprensibilidad y manejabilidad), con las condiciones para un comportamiento eficaz en la autoeficacia de Bandura, de ello señala que; la creencia de que el resultado de un comportamiento tiene valor para uno, se podría asemejar a la significancia; la creencia de que llevar a cabo ese comportamiento conducirá al resultado esperado sería similar a la comprensibilidad; y la creencia de que uno puede realizar ese comportamiento con éxito vendría a ser la manejabilidad (2).



## 2.2 Marco Conceptual

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema mencionado con anterioridad, a continuación, se detallan aspectos conceptuales relacionados con el proceso de adaptación transcultural y propiedades psicométricas a analizar, esenciales en la comprensión y desarrollo de la validación de la escala SOC-13.

En general hay muchas posturas de los autores respecto del proceso de validación (33, 34, 64-66), que no llegan a un consenso. En este estudio se siguieron los lineamientos de los siguientes autores: Lujan-Tangarife (33), Nunnally (64), Hernández (65) y Ramada-Rodilla (68), cuyas sugerencias permiten desarrollar un proceso de validación adecuado.

### 2.2.1 Adaptación Transcultural

Cuando se quiere administrar una escala en un país, cultura o idioma diferente del de la escala original, es necesario realizar una adaptación transcultural de la escala. En este proceso se analiza el idioma (traducción) y posibles problemas culturales (67), con el objetivo de mantener la equivalencia semántica, conceptual, de contenido, técnico y de criterio entre la escala adaptada y la original (63). Por tanto, es necesaria la traducción lingüística de los ítems y la adaptación de dicha traducción a la cultura en la cual se aplicará la escala, previo análisis de sus propiedades psicométricas.

Ramada-Rodilla (66) recomienda seguir 5 etapas para realizar este proceso, las cuales se señalan a continuación:

- 1) *Traducción directa*: Es la traducción conceptual de la escala. En esta etapa deben participar dos traductores bilingües, donde uno de ellos tendrá experiencia en la traducción técnica de textos, además conocerá los objetivos y conceptos considerados en la escala. El otro traductor no conocerá ni los objetivos ni los conceptos de la escala a traducir, con el fin de ofrecer una traducción más ajustada al lenguaje de uso coloquial.

Todo lo realizado durante esta primera etapa debe quedar registrado en un informe.

- 2) *Síntesis de traducciones*: Las traducciones realizadas en la etapa anterior serán comparadas, con el objetivo de identificar y discutir las discrepancias de las versiones traducidas para llegar a un consenso. Al término de esta etapa se debe realizar un informe del proceso en el que se integre la versión de síntesis de la escala en el idioma de destino.
- 3) *Retro-traducción*: La versión de síntesis de la escala, será traducida al idioma original por al menos dos traductores bilingües, los cuales posean por lengua materna la de la escala original. Estos trabajarán de forma independiente, y no tendrán conocimiento sobre la escala original, ni tampoco de los objetivos del estudio. Al finalizar la *retro-traducción*, se determinará si se han generado diferencias semánticas y conceptuales importantes entre la escala original y la versión de síntesis obtenida, todo esto debe quedar registrado en un informe.
- 4) *Revisión por comité de expertos*: En esta etapa se analizarán las versiones de la escala realizadas en las etapas anteriores (traducción, síntesis y *retro-traducción*), por medio de un formulario siguiendo las recomendaciones de Hambleton et al. (68), citado por Muñoz et al. (69 p 154), considerando 4 áreas; aspectos generales, formato del ítem, gramaticales, de redacción y cultura, donde se identificarán y discutirán las discrepancias encontradas, con el fin de obtener una versión pre-final de la escala adaptada al idioma de destino, la cual debe ser comprensible y equivalente a la escala original. En esta etapa se debe realizar un informe que sintetice las decisiones tomadas y que incluya la versión pre-final de la escala.
- 5) *Pre-test*: Esta etapa se realiza en la prueba piloto, en la cual se recomienda incluir una muestra de 30 a 40 personas (67), siguiendo criterios de inclusión y exclusión determinados previamente. Esto permitirá evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural, la viabilidad de la escala y el tiempo que se requiere para contestarla. Las personas quienes participarán en este proceso deberán completar la

versión pre-final de la escala y, por medio de una pauta breve, comentarán sobre posibles dificultades encontradas al contestar la escala, con respecto a la comprensión de los ítems (70-71).

Si un mínimo del 15% de los participantes encuentra dificultades en una misma pregunta, esa pregunta debe ser revisada.

Al igual que las etapas anteriores, se debe realizar un informe que sintetice las posibles dificultades en la comprensión, ya sea, de las instrucciones, preguntas u opciones de respuesta de la escala.

Este proceso no asegura que las propiedades psicométricas de la escala adaptada sean adecuadas, por consiguiente, es necesario el proceso de validación para evaluar y asegurar dichas propiedades (66).



## 2.2.2 Validación

La validación es el proceso por el cual se comprueban las características psicométricas de una escala o instrumento, esenciales para determinar la calidad de su medición. Este proceso es continuo y dinámico y es cada vez más consistente en la medida que se hayan probado las propiedades psicométricas de la escala en culturas, poblaciones y sujetos diferentes (63).

A continuación, se describen las propiedades de la escala SOC-13 a analizar.

### 2.2.2.1 Confiabilidad

La confiabilidad es la precisión de la medición (64). Es decir, es el grado en que la medida está libre de errores, siendo consistente y coherente, asegurando que la aplicación repetida de un instrumento al mismo individuo, en un mismo contexto, genera resultados iguales (72-73). El coeficiente de confiabilidad varía entre 0 y 1, donde cero representa nula confiabilidad y uno es la confiabilidad máxima, es decir, ausencia de error en la medición (64,73).

Según Hernández (68) el coeficiente de confiabilidad se estima a través de:

- Medida de estabilidad (confiabilidad Test-retest)
- Medida de formas alternativas o paralelas
- Consistencia Interna
- Método de mitades partidas

Para este trabajo la confiabilidad se medirá por medio de la consistencia interna de la escala y por el método de mitades partidas.

### 2.2.2.1.1 Consistencia interna

Grado de correlación que existe entre los ítems de un instrumento, la magnitud en que miden el mismo constructo (65). Si la consistencia interna de una escala es elevada, asegura una relación lineal entre la suma de los puntajes de los ítems con el constructo medido (33).

Para medir la consistencia interna se requiere una sola aplicación del instrumento. Algunos de los procedimientos para calcular la confiabilidad son el estadístico Alfa de Cronbach, adecuado para escalas con opciones de respuesta politómicas, y el coeficiente Kuder-Richardson-20 (KR-20), KR-21, para escalas de patrones de respuesta dicotómicas (33-34, 65,74). Sin embargo, el estadístico más usado es el Alfa de Cronbach (72).

× Interpretación del alfa de Cronbach

El valor mínimo aceptable es de 0,70, por debajo de este valor-significa que la consistencia interna de la escala es baja. Por otro lado, el valor máximo esperado es 0,90, valores por encima a éste se traducen en duplicación o redundancia, es decir, existen ítems que miden el mismo elemento de un constructo. Vale decir, que usualmente se prefieren valores Alfa entre 0,80-0,90 (72). En el cuadro 1, se resumen estas recomendaciones, junto a las de George *et al* (75):

Cuadro 1. Interpretación valores de Alfa de Cronbach.

Valores alfa de Cronbach	Interpretación
<b>0,91-1.00</b>	Duplicación o redundancia
<b>0,80-0.90</b>	Excelente
<b>0.70-0.79</b>	Aceptable
<b>0,60-0.69</b>	Cuestionable
<b>0,50-0.59</b>	Pobre
<b>0.00-0,49</b>	Inaceptable

Fuente. Modificado de George y Mallery, 2003 (75)

Aún ante la amplia utilización del coeficiente alfa de Cronbach, este presenta ciertas limitaciones, se ve afectado por el número de ítems, el número de

alternativas de respuesta y la proporción de la varianza del test, por ello, también se utilizará el coeficiente de Omega para evaluar confiabilidad, que a diferencia del alfa no depende del número de ítems y trabaja con las cargas factoriales, lo que hace más estable los cálculos, reflejando el verdadero nivel de confiabilidad (76)

Para considerar un valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, éste debe encontrarse entre 0,70 y 0,90 (77)

× Método de mitades partidas o Split-Halves

Este procedimiento consiste en dividir en dos mitades la escala asegurando que los ítems sean equivalentes, para ello solo requiere una aplicación de la escala (65, 78).

Para evaluar su grado de equivalencia se debe calcular la correlación entre las puntuaciones de los sujetos en cada una de las mitades, así la correlación entre estos puntajes será un indicador de confiabilidad. Si las mitades están muy correlacionadas, se podrá decir que la escala es confiable (78).

Al realizar este método se deben prever potenciales riesgos que incidirán en una falta de confiabilidad de la escala, uno de ellos es que las personas prestan mayor atención a los primeros ítems. Para prevenir lo anterior, cuando se divide la escala en dos mitades, la distribución no será por el orden numérico de los ítems, si no que una mitad estará compuesta por los ítems impares y la otra por los pares, a fin de favorecer que ambas mitades sea semejantes (78-79).

Fórmula de Spearman Brown

Al calcular el coeficiente de correlación entre el total de las puntuaciones finales de los ítems pares por un lado e impares por el otro, se cuantifica la confiabilidad del test; sin embargo, este resultado sería sesgado, ya que, se está calculando a partir de la correlación entre la mitad del número total de ítems de la escala. Por ello, se debe realizar una corrección de este coeficiente de correlación, con

el fin de garantizar el cálculo certero de la confiabilidad de la totalidad de la escala. Esta corrección puede ser realizada por medio de la fórmula de Spearman- Brown, la cual se aplica para obtener la confiabilidad de la escala una vez que se han añadido o eliminado una determinada cantidad de ítems. La fórmula para determinar el coeficiente de confiabilidad de una escala por medio del método de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown es (78):

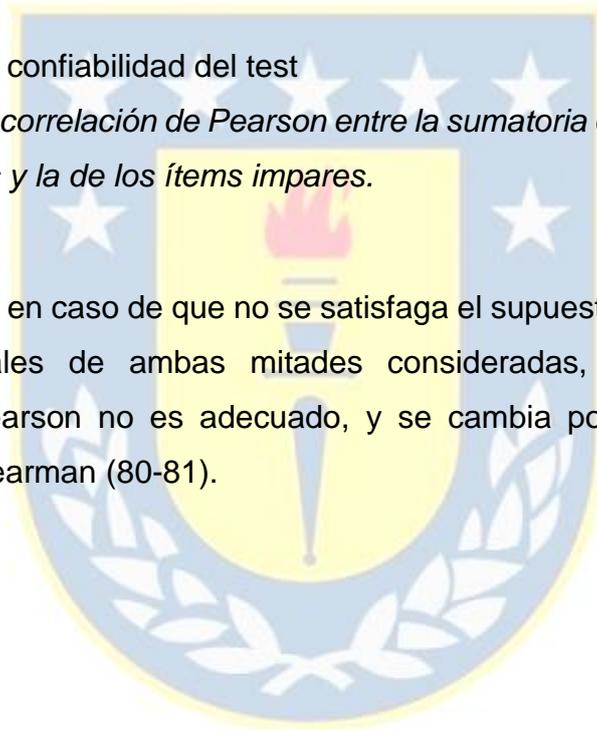
$$r_{xx'} = \frac{2r_{pi}}{1 + r_{pi}}$$

Dónde:

$r_{xx'}$ : Coeficiente de confiabilidad del test

$r_{pi}$ : Coeficiente de correlación de Pearson entre la sumatoria de las puntuaciones de los ítems pares y la de los ítems impares.

Cabe señalar que, en caso de que no se satisfaga el supuesto de normalidad de los puntajes totales de ambas mitades consideradas, el coeficiente de correlación de Pearson no es adecuado, y se cambia por el coeficiente de correlación de Spearman (80-81).



### 2.2.2.2 Validez

La validez, es el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir (73). Algunos autores reconocen tres tipos de validez: validez de contenido, criterio y constructo (64, 82-83), otros agregan la validez facial o de apariencia (33-34, 73). La validez podrá evaluarse por algunas o todas estas, dependiendo del tipo de escala.

A continuación, solo se detallarán los métodos a utilizar en esta validación.

#### 2.2.2.2.1 Validez de contenido

La Validez de contenido es el grado en que los diferentes ítems de un instrumento reflejan adecuadamente los dominios del concepto que se quiere medir (34, 73). Un dominio es un grupo de características que se encuentran comúnmente presentes en el concepto o constructo, y los ítems son herramientas de exploración que nos permiten evaluar la presencia de estos dominios (63).

Se llevará a cabo la metodología de juicio de expertos, para determinar la validez de contenido (84). El juicio de expertos, es una metodología en la que un panel de expertos analiza la escala. Estos deben tener conocimientos del área a investigar, ya sea a nivel académico o profesional.

Para la validación de contenido se utilizarán 3 criterios para el análisis de la escala por parte de los expertos; el de claridad (85), para evaluar si el ítem se comprende fácilmente, es decir, tanto la sintáctica como semántica del enunciado son adecuadas; el de pertinencia (86), para identificar si el ítem mide lo que pretende medir y el de imparcialidad, para evaluar si el ítem induce la respuesta, o presenta sesgos. Estos se evaluarán en una escala tipo Likert de 3 opciones, de 1 a 3 puntos, dónde; 3 está de acuerdo, 2 está medianamente de acuerdo y 1 no está de acuerdo.

Para la cuantificación a partir del análisis realizado, se utilizará el coeficiente de validez  $V$  de Aiken (87-88). Este busca cuantificar el acuerdo entre los jueces que manifiestan una valoración positiva sobre el ítem analizado, siendo este un criterio para tomar en consideración para revisar o eliminar ítems.

La  $V$  de Aiken se calculará mediante la siguiente fórmula (89):

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

Dónde;

$V$  = Coeficiente de Validez

$\bar{X}$  = Promedio de calificaciones

$l$  = Calificación mínima posible

$k$  = Rango de calificaciones posibles ( $k = \text{máx} - \text{min}$ )

Este estadístico puede asumir valores de 0 y 1 (87-89), donde valores cercanos a la unidad indican mayor grado de acuerdo entre los jueces, esto quiere decir que las evidencias de validez de contenido serán mayores.

Debido al error muestral que puede influir en el estadístico  $V$  de Aiken, se hace necesario establecer un rango de posibles valores que podría asumir este parámetro (89-90), esto se puede hacer mediante los intervalos de confianza (IC).

Para la estimación de los intervalos de confianza del coeficiente  $V$  de Aiken se tomará en cuenta la propuesta de Penfield et al. (91) basado en la fórmula original diseñada por Wilson (92) citado por Penfield et al (91, p 217).

Para el límite inferior del intervalo ( $L$ ), la ecuación es la siguiente:

$$L = \frac{2nkV + z^2 - z\sqrt{4nkV(1-V) + z^2}}{2(nk + z^2)}$$

Para el límite superior del intervalo ( $U$ ), es:

$$U = \frac{2nkV + z^2 + z\sqrt{4nkV(1-V) + z^2}}{2(nk + z^2)}$$

L = Límite inferior del intervalo

U = Límite superior del intervalo

Z = Valor en distribución normal estándar (95 %)

V = V de Aiken

n = Número de jueces

Hasta el momento no hay consenso respecto a cuándo es aceptable el valor límite inferior del IC de la V de Aiken, sin embargo, Charter (93) citado por Merino et al. (90 p 170), recomienda un nivel de 0,70. Sin embargo, si se cuenta con un número igual a menor a 7 jueces, es preferible utilizar un criterio más liberal de V de aiken igual o mayor 0,50 o un nivel de confianza igual a 90%.



#### 2.2.2.2.2 Validez de constructo

La Validez de constructo, se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico (73). Al validar un constructo se está validando un instrumento de medición, y al mismo tiempo a la teoría. Por tanto, si las predicciones realizadas desde la teoría son ciertas, se validaría tanto el constructo como el instrumento (63).

Según Carvajal *et al* (63), la validez del constructo se puede verificar por medio de: validez convergente-divergente, análisis factorial y validez discriminante.

##### 2.2.2.2.2.1 Validez convergente

Se compara instrumentos que cuantifican el mismo constructo, si estos presentan como resultado correlaciones significativas entre ambos, se dice que convergen, comprobando así que las escalas son conceptualmente congruentes o similares. Esta propiedad se evalúa por medio de coeficientes de correlación de Pearson. También en este caso, si no se satisface el supuesto de normalidad de los puntajes de ambas escalas consideradas, el coeficiente de correlación de Pearson no es adecuado, y se cambia por el coeficiente de correlación de Spearman (80-81).

La validación por convergencia se realizará entre la escala SOC-13 y la escala de Autoeficacia general (AEG).

##### 2.2.2.2.2.2 Análisis Factorial

El análisis factorial es la técnica estadística más utilizada para la contrastación de la validez de un constructo (94). Es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores. Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio (63). Cuando se construye una escala, primero se utiliza el

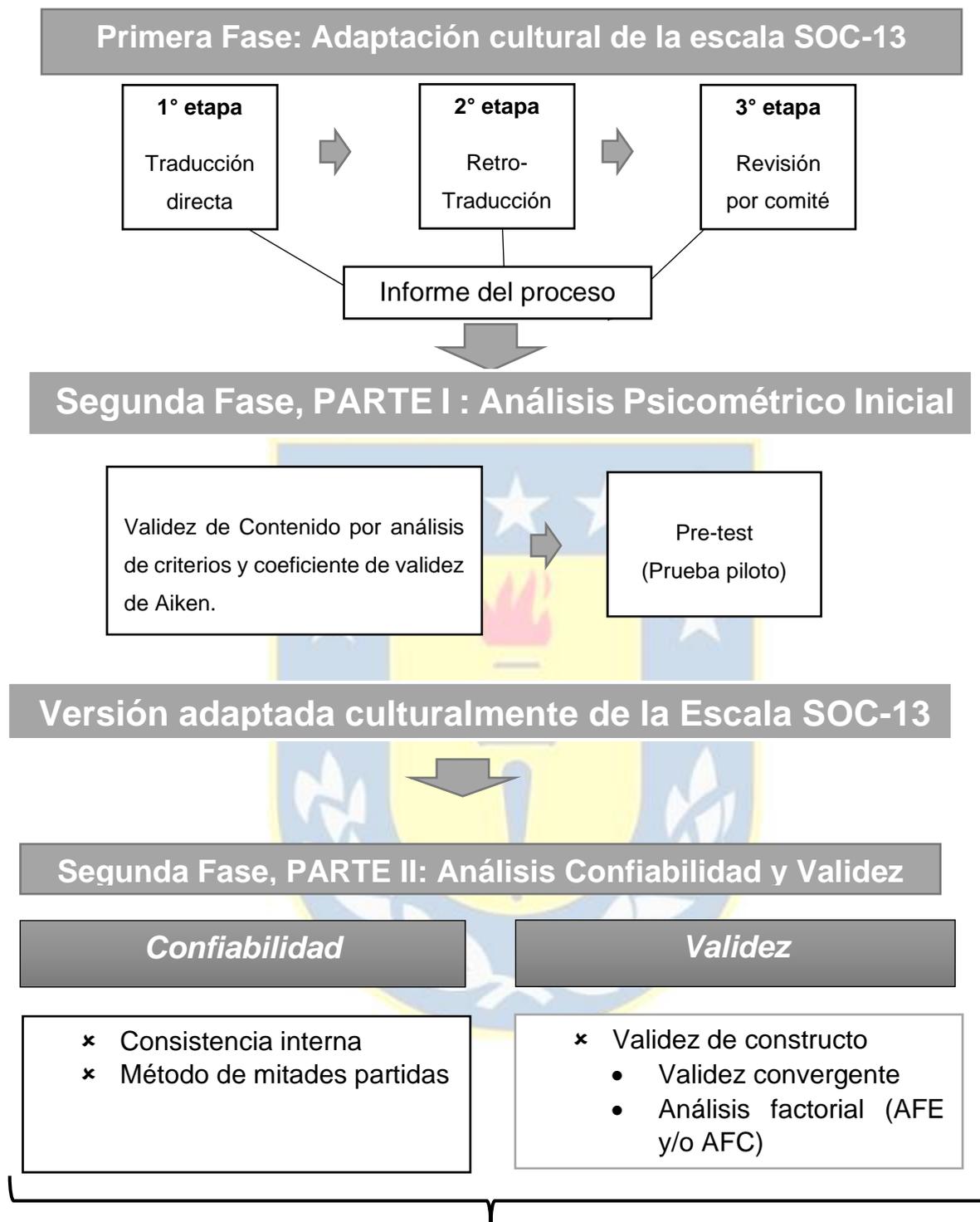
análisis factorial exploratorio (AFE), para revelar la estructura interna de ítems y factores de la escala y posteriormente se usa el análisis factorial confirmatorio (AFC), para dar validez a tal estructura factorial soportada en un marco teórico de referencia (33, 94). Es decir, para la construcción de escalas, se utilizan ambos métodos para evaluar la estructura factorial subyacente a una matriz de correlaciones, donde el AFE se utiliza para construir la teoría, el AFC se utiliza para confirmar dicha teoría (95).

Anderson et al. (96) citado por Lloret-Segura et al (95 p1155), según la aproximación clásica recomiendan el uso secuencial de ambos análisis factoriales. Dividiendo la muestra de forma aleatoria en dos submuestras, evaluando en una el AFE, para luego confirmar la estructura factorial en la otra mitad de la muestra mediante el AFC.

Para obtener estimaciones precisas para AFE existen ciertas recomendaciones en cuanto al tamaño de muestra a utilizar cuando el número de ítems por factor es entre 3-4 ítems, se considera aceptable una muestra de 200 casos (95).

La interpretación de un factor se realiza examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye. Estas cargas representan la variabilidad de cada ítem explicada por cada factor. Stevens (97) citado por Carvajal *et al* (63 p70) recomiendan verificar que los ítems muestren cargas de al menos un 15% de la varianza común con el factor.

En la figura 4, se resume el proceso de adaptación cultural y validación de la escala SOC-13



## **ESCALA SOC-13 ADAPTADA Y VALIDADA**

Figura 4. Proceso de adaptación cultural y análisis psicométrico de la escala SOC-13.

Elaborado por la investigadora.

## **2.3 Marco Empírico**

Con el propósito de contextualizar la investigación propuesta, se expondrán a continuación los hallazgos encontrados, posteriores a una revisión exhaustiva de la literatura sobre las propiedades de la escala y su uso.

### **2.3.1 Análisis propiedades psicométricas escala SOC-13 a nivel mundial**

A continuación, se da a conocer un análisis general de estudios de validación de la escala SOC-13 a nivel mundial que datan desde el comienzo del uso de esta escala, cabe señalar, que solo se contemplan revisiones, por tanto, queda una brecha de tiempo no contemplada de estudios actuales de validación.

En 1993, Antonovsky (49) realizó una revisión de la evidencia sobre la estructura y propiedades de la escala SOC/ Cuestionario de la orientación a la vida (OLQ). En el cual, se analizaron estudios donde se usó la escala SOC de 29 y 13 ítems, aplicada en diferentes culturas, idiomas, áreas (salud y bienestar) y grupos etarios. Se estudiaron las propiedades psicométricas viabilidad, fiabilidad y validez.

La escala SOC-13 posee un Alfa de Cronbach entre 0.74-0.91. El análisis de los diferentes componentes de validez; apuntan a un alto nivel de validez de contenido, facial y de constructo. Además, las correlaciones entre SOC y los 4 dominios (orientación global hacia el entorno y uno mismo; estresores; salud, enfermedad y bienestar; actitudes y comportamientos), resultan en su mayoría estadísticamente significativas. Por último, los estudios evaluados que realizaron un análisis factorial de la escala, confirmaron su carácter unidimensional, al encontrar un factor dominante claro (98).

En 2005, Eriksson y Lindstrom (98) desarrollaron una revisión sistemática, donde se analizaron estudios comprendidos entre 1992 al 2003, para analizar la validez y confiabilidad de la escala SOC.

La escala SOC-13 se ha utilizado en al menos 33 idiomas y 32 países (diferentes culturas, tanto occidentales, como en Asia y África), se ha aplicado en diferentes disciplinas (medicina, psiquiatría, psicología, enfermería, sociología, trabajo social y pedagogía) y existen 15 versiones diferentes de esta. La consistencia interna de la escala SOC-13, se tradujo en un Alfa de Cronbach entre 0,70-0,92. La validez consensuada (acuerdo entre los expertos de que una medida es válida), es moderada (98).

Después de 10 años, el SOC se mantiene relativamente estable, con una tendencia a aumentar con la edad. Con respecto a la estructura factorial, algunos estudios han confirmado la solución de un factor propuesta por Antonovsky; en contraposición, otros apuntan hacia el carácter multidimensional de la escala. En relación a la validez de criterio, la escala SOC presenta correlación negativa relativamente alta con ansiedad y depresión, y correlación positiva con autoestima, optimismo, calidad de vida y bienestar. La capacidad de la escala para predecir un resultado futuro (Validez predictiva), es relativamente alta, esto se traduce en que un SOC alto es predictor de un resultado positivo en salud; sin embargo, en algunos estudios no se encontraron relaciones predictivas de salud al SOC (100).

### 2.3.2 Propiedades Psicométrica de la Escala SOC-13 en Iberoamérica

Para identificar la validación de la Escala SOC-13 en Iberoamérica, se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos con las palabras claves: Sentido de coherencia, escala, validación y confiabilidad, con el uso del booleano AND. Se consideraron solo artículos a texto completo gratuito, disponibles en internet, excluyendo la literatura gris. De esta búsqueda se identificaron 6 artículos publicados entre los años 2007 al 2019, los cuales fueron realizados en España (99-101), Brasil (102), México (103) y Perú (104), las poblaciones que fueron abordadas por estos estudios corresponden a personas mayores, pacientes cardiacos hospitalizados y estudiantes universitarios. En el cuadro 2, se presenta la caracterización de los estudios seleccionados, de forma cronológica.

Cuadro 2. Propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en Iberoamérica

Autores	Año	País	Muestra	Propiedades psicométricas
<i>Virúes-Ortega J et al (99).</i>	2007	España	419 personas mayores de 8 localidades españolas	Alfa de Cronbach global, 0,80. Alfa de Cronbach por dimensiones: manejabilidad=0,68; comprensibilidad=0,57; y significatividad=0,62 Validez convergente: correlaciones significativas con escalas de nivel de síntomas y molestias, depresión (r= 0,36), y con escala de calidad de vida (Euro QoL) (r= 0,30) Estructura factorial: Bifactorial
<i>Spadoti R et al (102).</i>	2014	Brasil	Se dispusieron dos muestras una para SOC-29 y otra para SOC-13, 203 y 100 pacientes cardiacos hospitalizados respectivamente	Alfa de Cronbach global 0,61. Validez convergente: correlación positiva con la escala de autoestima (r= 0,39), con respecto al inventario de depresión se presenta correlaciones negativas (r=-0,42) Estructura factorial: multifactorial (3 factores)

<i>Velásquez H et al (103).</i>	2014	México	Primer estudio: 318 madres mexicanas Segundo estudio: 192 estudiantes universitarios mexicanos	Alfa de Cronbach global 0,79 Estructura factorial: bifactorial
<i>Saravia J et al (104).</i>	2014	Perú	448 estudiantes universitarios peruanos de 18-29 años	Alfa de Cronbach global, 0,80. Alfa de Cronbach por dimensiones: manejabilidad=0,59; comprensibilidad=0,63; y significatividad=0,61. Correlaciones entre SOC y salud mental y física fueron $r = 0,59$ , y $r = 0,40$ , respectivamente. Estructura factorial: multifactorial (3 factores).
<i>Lizarbe-Chocarro M et al (100).</i>	2016	España	508 estudiantes universitarios de primer año	Alfa de Cronbach global, 0,81. Alfa de Cronbach por dimensiones: manejabilidad=0,56; comprensibilidad=0,69; y significatividad=0,61. Validez concurrente convergente: entre la escala SOC-13 con la Escala del Estrés Percibido y el Índice de malestar, correlaciones significativas cuya magnitud fue de -0,599 y -0,414 respectivamente. Estructura factorial: Multifactorial
<i>Vega M et al (101)</i>	2019	España	384 estudiantes de los tres primeros cursos del Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén	Alfa de Cronbach Global:0,81 Fiabilidad Test- retest: 0,91 Estructura factorial: multifactorial (3 factores)

Fuente. Elaboración Propia, 2020.

La consistencia interna medida por Alfa de Cronbach varía entre 0,61-0,81 para la escala SOC-13 (99-104), solo un estudio presentó un valor bajo de Alfa: 0,61 (102), los demás presentaban valores sobre 0,80.

En la validez de constructo, se identificaron diferentes modelos estructurales en los estudios analizados, bifactorial (99-103), de tres factores (100-102, 104), y solo en un artículo no se realizó el análisis factorial confirmatorio (102). La distribución de los ítems en estos estudios es diferente de la distribución planteada por el autor para cada dimensión o factor.

### **2.3.3 Propiedades psicométricas de validación de la escala SOC-13 en universitarios.**

A continuación, se analizan con mayor detalle investigaciones actuales sobre la validación de la escala SOC-13 en estudiantes universitarios:

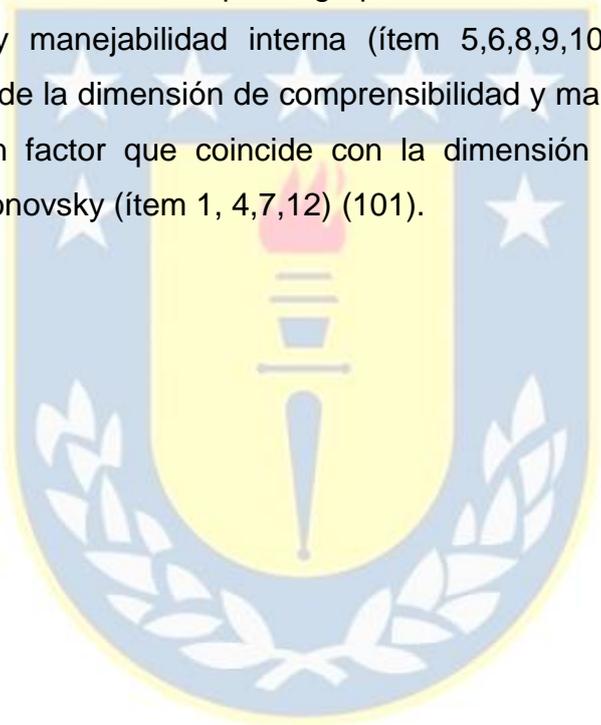
El año 2015, se desarrolló una investigación en una muestra peruana de 448 universitarios de diversas carreras (104). En este estudio se evaluó la confiabilidad, validez de criterio y la estructura factorial de la escala SOC. Se encontró un valor Alfa de Cronbach global de la escala de 0,80, por dimensiones (comprensibilidad, manejabilidad y significancia) los valores fluctuaron entre 0,59 y 0,63. Se comparó la estructura uni-factorial con la de 3 factores, en este último caso siguiendo la distribución de los ítems dispuestos por la teoría. En ambos casos se encontraron ciertos *ítems* con cargas factoriales inferiores al valor recomendado (0,40), siendo estos los ítems 1, 2, 5 y 11. También se realizó un análisis de escalonamientos multidimensional ordinal, encontrándose ítems de las dimensiones comprensibilidad y manejabilidad que no tenían una división clara entre sí. Solo dos elementos de cada una de estas dimensiones estaban claramente relacionados entre sí (ítems 8 y 9 en Comprensibilidad e ítems 10 y 13 en manejabilidad). Los análisis de estos datos mostraron que una solución de tres factores era un mejor modelo para la muestra peruana. Además, descubrieron que existe una correlación positiva y significativa entre la puntuación del SOC y la salud mental, estableciéndose una relación moderada.

En cuanto a la relación entre puntuación del SOC y salud física, esta resultó débil.

El año 2016 se llevó a cabo una investigación que tenía por objetivo estudiar la viabilidad y las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en 508 estudiantes universitarios españoles de primer año (100). Se evaluó la consistencia interna, validez de criterio, validez clínica y estructura factorial de la escala, obteniendo los siguientes resultados: El Alfa de Cronbach proporcionó un valor total para la escala de 0,81, por dimensión se obtuvieron valores moderadamente bajos (Alfa de Cronbach entre 0,56 y 0,70); por tanto, se concluye que la escala SOC debe utilizarse como una medida global se identificaron 3 factores mediante el análisis factorial, que explican el 50,73% de varianza total, el primer factor se asemeja al constructo comprensibilidad (ítem 5, 6, 8, 9, 11 y 13), el segundo factor es similar a la dimensión de significatividad original (ítem 1, 4, 7, 10 y 12) y el tercer factor no se asemeja a ningún constructo original (ítem 2 y 3). Por último, se identificó una relación significativa entre la escala SOC con el cuidado de la salud y con la autopercepción de la salud, y una correlación significativa con el nivel de estrés percibido y el índice de malestar; es decir, a mayor SOC menor nivel de estrés percibido y menor sintomatología de malestar percibida.

Se realizó un estudio en India, durante el año 2016, en 512 estudiantes universitarios indios cuyo objetivo era similar a las investigaciones mencionadas (105). Los resultados arrojaron que la escala presenta un Alfa de Cronbach de 0,76 y, al igual que los otros estudios, el análisis factorial reveló la existencia de tres factores, los cuales explican el 40,53% de la variación en SOC, confirmando la multidimensionalidad de la escala. Las cargas factoriales indicaron que los ítems no se corresponden en su totalidad con las dimensiones teóricas de comprensibilidad, manejabilidad y significancia, quedando dispuesto de la siguiente forma: el primer factor quedó conformado por los ítems; 4, 6, 5 y 11, el segundo factor contiene los ítems; 8, 9, 12 y 13, y el tercer factor los ítems: 1, 2, 3 y 7.

El año 2019, en España, se publicó un estudio que tenía por objetivo analizar la estructura factorial de la escala SOC-13 y estudiar la relación directa entre el SOC y los estilos de vida en una muestra de 384 estudiantes de enfermería. Se realizó una adaptación transcultural, se analizaron los ítems de la escala, la consistencia interna, fiabilidad test-retest y la estructura factorial. Entre los principales resultados se encontró una adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,81, fiabilidad test-retest adecuada, además se confirma el carácter multidimensional de la escala al identificar 3 factores que otorgan una disposición de los ítems diferentes a la estructura propuesta por Antonovsky, quedando un factor interno que agrupa ítems de la dimensión de comprensibilidad y manejabilidad interna (ítem 5,6,8,9,10,13,11), un factor externo con ítems de la dimensión de comprensibilidad y manejabilidad externa (ítem 2 y 3) y un factor que coincide con la dimensión de significatividad propuesta por Antonovsky (ítem 1, 4,7,12) (101).



### **Conclusiones sobre las Propiedades psicométricas de la escala SOC-13**

La Escala SOC-13 ha sido validada en diferentes países, es decir, es transculturalmente aplicable (97-98). Hasta ahora esta versión solo se ha validado en 3 países hispanohablantes; España (99-101), México (103) y Perú (104).

Los procedimientos más utilizados para medir su confiabilidad han sido la consistencia interna y test-retest; mientras que su validez se ha evaluado por medio de validez facial, de criterio, de contenido y de constructo (99-105).

Respecto de la confiabilidad de la escala, al comparar las revisiones de Antonovsky (98) y Eriksson *et al* (99) con las validaciones de la escala SOC-13 en Iberoamérica (99-104), las primeras presentan rangos de valores un tanto mayores, 0,74-0,91 versus 0,61-0,81, respectivamente. Cabe señalar que los valores Alfa de Cronbach por dimensiones de la escala (comprensibilidad, manejabilidad y significancia) son bajos (99-100,104).

En los diversos estudios se reitera la multidimensionalidad de la escala versus lo planteado en la teoría (99-105) y encontrado por Antonovsky en su revisión de propiedades psicométricas de la escala (49).

El SOC medido por la escala ha presentado correlaciones con aspectos negativos, tales como, ansiedad, cansancio emocional, depresión y molestias diarias, y con aspectos positivos, como, la autoestima, optimismo, calidad de vida, bienestar, estilos de vida promotor de salud y autoeficacia (22, 99-100, 102, 104, 106-112).

### 2.3.4 Sentido de Coherencia en Universitarios

En una investigación realizada el año 2017, se indagó la relación entre el SOC y el cansancio emocional en 960 estudiantes universitarios españoles, de primer (45%), segundo (33%) y tercer año (22%); de la muestra total el 81% eran mujeres. En este estudio, se concluyó que las mujeres presentaban niveles más altos de cansancio emocional y, al igual que para los estudios anteriores, SOC no mostró diferencia significativa entre hombres y mujeres. En relación a las cohortes, se encontró que los estudiantes de tercer año presentaban mayor nivel de SOC que los de primero. Por último, los estudiantes que poseían SOC alto, tenían menor nivel de cansancio emocional, estableciéndose una relación inversa entre el SOC y el cansancio emocional (107).

Otra investigación, realizada el año 2018, analizó la relación entre el SOC y las molestias diarias, según intensidad y frecuencia de estas, en 394 estudiantes de una universidad de Suecia. Se concluyó que aquellos que poseían un SOC alto, en comparación con los de un SOC bajo, presentaban menos molestias diarias, y éstas eran menos estresantes (108).

En un estudio publicado el año 2019, se analizó la relación entre el SOC y los estilos de vida saludables en 300 universitarios mexicanos. En términos descriptivos, se encontró un SOC general alto, que predominó en los hombres y en los estudiantes de ciencias de la salud; sin embargo, no hubo diferencia significativa según sexo y carrera. Además, se evidenció una correlación positiva con el estilo de vida promotor de salud. Por último, los autores destacan la importancia de promover el desarrollo del sentido de coherencia en la población adulta joven, orientada a favorecer el bienestar y una mejor salud (22)

Al igual que el estudio anterior, una investigación realizada en España el año 2019, identificó que no existe diferencia significativa entre sexos en la puntuación global de la escala SOC. Además, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del SOC entre subgrupos de estilos de vida saludable y no saludable confirmando una relación directa entre SOC y los estilos de vida,

fundamentando la utilidad de esta escala como herramienta en promoción de la salud (101).

### **2.3.5 Sentido de coherencia y autoeficacia**

El SOC y la Autoeficacia son constructos que poseen un componente cognitivo que permite a las personas anticipar eventos, un componente motivacional que orienta el establecimiento de objetivos y el compromiso personal, y un componente de capacidad o manejabilidad comprendido como la creencia de una persona en sus propias capacidades de afrontamiento y percepción de los recursos (109)

A pesar que se han encontrado pocos estudios que relacionen estos constructos, los resultados concluyen que ambos presentan correlaciones positivas (109-112).

Por lo señalado en el marco empírico, es menester validar la escala SOC, para poder evaluar el sentido de coherencia en estudiantes universitarios, pues es un indicador orientado a la salud, asociado con aspectos positivos esenciales para afrontar y resolver los desafíos de la vida universitaria, de la vida laboral y de la vida en general.

### 3. OBJETIVOS.

#### 3.1 Objetivo General

Adaptar y analizar las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Realizar traducción y retrotraducción de la escala SOC con traductores expertos.
- Evaluar la validez de contenido de la Escala SOC por medio de expertos.
- Describir las características bio-sociodemográficas (edad, sexo, carrera, año académico, área de conocimiento) y de salud (diagnóstico de enfermedad mental o física) de estudiantes universitarios participantes del estudio.
- Evaluar el SOC y la Autoeficacia general en estudiantes universitarios.
- Determinar la confiabilidad por consistencia interna de la escala SOC en estudiantes universitarios
- Determinar la confiabilidad por método de mitades partidas de la escala SOC en estudiantes universitarios.
- Evaluar la validez convergente de la Escala SOC en estudiantes universitarios con la Escala de Autoeficacia General.
- Evaluar la estructura factorial de la Escala SOC en estudiantes universitarios.

#### 3.3 Hipótesis

- La escala SOC- 13 presenta validez de contenido
- La escala SOC-13 es confiable

- Las puntuaciones de las dos mitades de la escala están correlacionadas.
- La escala SOC-13 se correlaciona positivamente con la escala de Autoeficacia General.
- La escala SOC-13 presenta una estructura factorial de 3 factores.

### 3.4 Variables

#### ***Variable Principal***

- Sentido de Coherencia

#### ***Variable para correlación por convergencia***

- Autoeficacia General

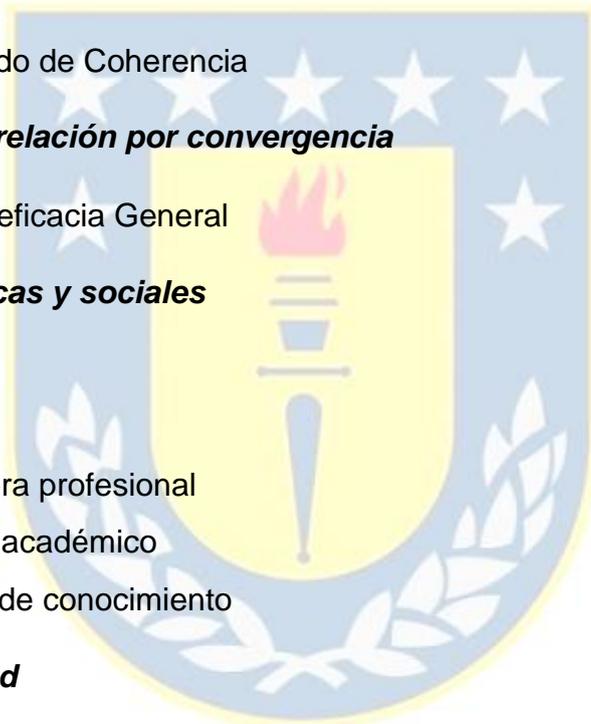
#### ***Variables biológicas y sociales***

- Edad
- Sexo
- Carrera profesional
- Nivel académico
- Área de conocimiento

#### ***Variables de Salud***

- Diagnóstico de patología mental
- Diagnóstico de patología física

Las definiciones nominal y operacional de cada variable se presentan en el Anexo A.



## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio psicométrico, con un enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional (113).

### 4.2 Marco Muestral

#### 4.2.1 Población:

Conformado por 20.879 estudiantes en situación de alumno regular de una universidad de la ciudad de Concepción.

#### 4.2.2 Unidad de Análisis:

Estudiante de pregrado de una universidad de la ciudad de Concepción.

#### 4.2.3 Muestra:

Se calculó el tamaño de muestra considerando las recomendaciones para realizar un análisis factorial exploratorio y confirmatorio para la validación de una escala, las cuales que exigen un tamaño mínimo de 400 sujetos (95).

Dadas las circunstancias de pandemia, así como a la baja respuesta de los estudiantes, no se logró el tamaño muestral estimado en el proyecto. Por lo tanto, la muestra quedó conformada por 238 estudiantes universitarios de diversas áreas.

#### *Criterios de Inclusión*

- Estudiante en condición regular de la universidad seleccionada.
- Mayor de 18 años.

- Estudiantes que cursen su carrera profesional en el campus de Concepción de la universidad seleccionada.

#### Criterios de Exclusión

- Estudiante en situación de discapacidad de origen visual o auditivo que impida su participación.
- Estudiante con dificultad de acceso a internet.

#### *4.2.3.1 Procedimiento de selección de la muestra*

La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional (114), en donde, se asignó a cada estrato un número de unidades muestrales proporcional al tamaño de la población.

Se desarrollaron 2 etapas para la selección, con el fin de representar cada área de conocimiento de la universidad, campus Concepción (cuadro 3).

- Primera etapa: se seleccionó de forma aleatoria 2 facultades por área de conocimiento.
- Segunda etapa: se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple el 50% de las carreras de cada facultad seleccionadas en la etapa anterior.

Cuadro 3. Distribución por área de conocimiento de la Universidad de Concepción, campus Concepción.

Área de conocimiento	Facultades
Ciencias sociales y humanidades (35%)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciencias sociales</li> <li>• Ciencias jurídicas y sociales</li> <li>• Educación</li> <li>• Humanidades y arte</li> <li>• Arquitectura</li> </ul>
Ciencias de la salud (27%)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciencias biológicas</li> <li>• Ciencias veterinarias</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Medicina</li> <li>• Odontología</li> </ul>
Ciencias biológicas y ciencias silvo-agropecuarias (8%)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agronomía</li> <li>• Ciencias ambientales</li> <li>• Ciencias forestales</li> <li>• Cs. naturales y oceanográficas</li> </ul>
Ciencias exactas (30%)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciencias químicas</li> <li>• Ciencias económicas y administrativas</li> <li>• Ciencias físicas y matemáticas</li> <li>• Ingeniería</li> </ul>

\*Porcentajes que se concentran en las diferentes áreas de conocimientos del total de los estudiantes de la universidad.

Fuente: Unidad de Admisión y Registro Académico Estudiantil. 2019.

### **4.3 Instrumento Recolector de los datos**

El instrumento recolector de datos está conformado por: el cuestionario de antecedentes biológicos, sociales y de salud, la Escala Sentido de Coherencia 13 (SOC-13) y la escala de la Autoeficacia General (EAG), los que se describen a continuación:

#### **4.3.1 Cuestionario de Antecedentes biológicos, sociales y de salud**

Se elaboró un cuestionario semi estructurado, conformado por las variables biológicas, sociales y de salud a valorar en los estudiantes universitarios. Para ello, fueron formuladas cinco preguntas cerradas orientadas a identificar características personales biológicas y sociales de los estudiantes, extraídas de la bibliografía revisada, y dos preguntas abiertas con espacio para complementar la respuesta relativa a diagnósticos médicos de enfermedades psicológicas o físicas (Anexo B).

#### **4.3.2 Escala de Sentido de Coherencia 13 (SOC-13)**

La escala SOC-13 fue diseñada por Aaron Antonovsky en 1987, es una versión abreviada de la escala original de 29 ítems, en su formato original se llama Orientation to life Questionnaire (OLQ) (52).

La escala SOC-13 pretende medir el sentido de coherencia, constructo relacionado con el afrontamiento a situaciones estresantes, ya que, proporciona habilidades para seleccionar estrategias necesarias para afrontar situaciones de la vida o para resolver problemas (100). Ha sido utilizada en 48 países alrededor del mundo y traducida a 49 idiomas (52), lo cual indica que puede ser aplicada en diferentes culturas.

La escala es autoadministrada, conformada por 13 ítems con respuesta tipo Likert de 1 a 7 puntos, donde el rango de puntuación global es entre 13 a 91 puntos (52). Se puede obtener tanto el puntaje global de la escala, como por dimensiones (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad); los ítems que conforman estas tres dimensiones del SOC son los mencionados en el cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución de los ítems del SOC-13 con respectivos puntajes por dimensión y global.

<b>Dimensión</b>	<b>Ítems</b>	<b>Puntajes</b>
<i>SOC Global</i>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	13-91 puntos
<i>Comprensibilidad</i>	2, 6, 8, 9, 11	5 -35 puntos
<i>Manejabilidad</i>	3, 5, 10, 13	4- 28 puntos
<i>Significatividad</i>	1, 4, 7, 12	4 a 28 puntos

Fuente. Eriksson M, Mitelmark M. The sense of coherence and its Measurement, 2017 (52).

Las puntuaciones de 5 ítems (1, 2, 3, 7 y 10) están en sentido negativo, por lo cual dichas puntuaciones deben invertirse antes de realizar el análisis estadístico (100-101).

La confiabilidad de la escala en una revisión sistemática que abordo artículos y tesis doctorales publicados entre 1992 y 2003, muestra valores Alfa de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,92 (98). Estudios recientes presentan valores similares a los encontrados en el estudio anterior (99-101, 104-105).

Para utilizar esta escala en su formato original OLQ-13 en inglés, la investigadora debió registrarse en la comunidad STARS (Society for Theory And Research on Salutogenesis), lo que le dio acceso a la plataforma y a la escala. La dirección de la página web es: [www.stars-society.org](http://www.stars-society.org). La escala en su formato original se adjunta en anexo C.

### 4.3.3 Escala de Autoeficacia General

La Escala de Autoeficacia General (EAG) fue desarrollada originalmente en alemán por Jerusalem y Schwarzer en 1981, compuesta por 20 ítems, que posteriormente se redujeron a 10 ítems (62). Su objetivo es evaluar la percepción de competencia personal para enfrentar las demandas o problemas que se presentan en lo largo de la vida (62, 115), es decir, la convicción de que las acciones que uno realiza son las que determinan los resultados exitosos. Esta ha sido utilizada en diferentes países y traducida a 32 idiomas (62).

En la década de los 90 *Bäßler y Schwarzer* realizaron una adaptación al español, de la escala, compuesta por 10 reactivos, con una puntuación que varía entre 10 a 40 puntos. Las respuestas son de tipo Likert que va de 1 a 4 puntos, donde la interpretación de los puntajes es: 1 punto, incorrecto; 2 puntos, apenas cierto; 3 puntos, más bien cierto y 4 puntos, cierto (116), ver cuadro 5.

Cuadro 5. Distribución de los ítems de la escala de Autoeficacia General

Escala	N° DE ÍTEMS	ESCALA TIPO LIKERT	Puntaje Mínimo y Máximo
<b>EAG</b>	10 ítems	1 a 4 puntos	10-40 puntos

Fuente. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general, 1996 (116).

En el año 2010, la EAG adaptada al español por *Bäßler y Schwarzer* (116) fue validada en Chile por Cid, *et al* (35). En este proceso de validación se analizaron propiedades psicométricas de la escala (confiabilidad y validez) en 360 personas de la comuna de Concepción cuyas edades variaron entre 15 a 65 años.

Se realizó una revisión por expertos de psicología, sociología y enfermería, con el fin de asegurar la comprensión de los ítems. La escala resultante del consenso de los expertos se sometió a una prueba piloto con 40 personas.

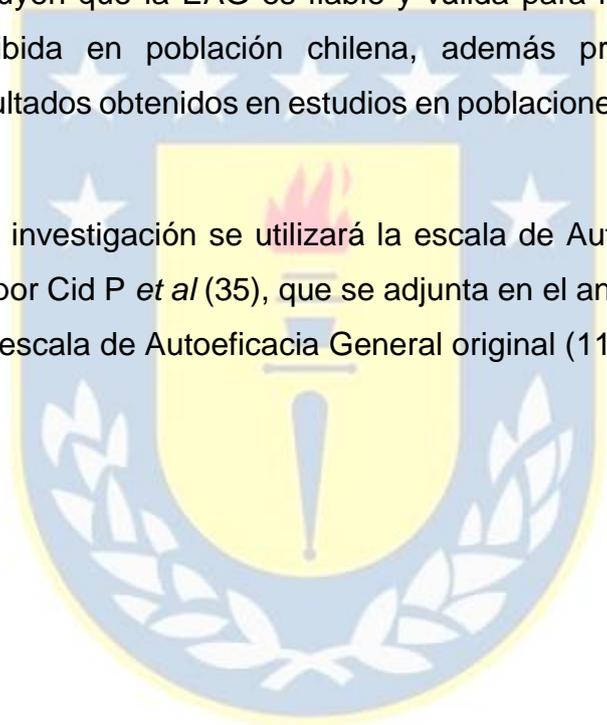
La confiabilidad se midió por consistencia interna utilizando el estadístico Alfa de Cronbach, y dando como resultado una confiabilidad adecuada de 0,84.

Para medir la validez de la escala, se realizaron los siguientes procedimientos: validez de constructo y criterio concurrente.

Por medio de la validez del constructo las autoras confirman la unidimensionalidad de la escala. En la validez de criterio concurrente se identificaron correlaciones con las escalas de autoestima y la escala de salud percibida ( $r=,305$ ;  $r=,159$ ;  $p\leq 0,01$ , respectivamente).

Las autoras concluyen que la EAG es fiable y válida para medir el constructo autoeficacia percibida en población chilena, además presenta resultados similares a los resultados obtenidos en estudios en poblaciones de habla hispana (35).

Por tanto, en esta investigación se utilizará la escala de Autoeficacia General, validada en Chile por Cid P *et al* (35), que se adjunta en el anexo D, junto con la autorización de la escala de Autoeficacia General original (117) (Anexo E).



#### 4.4 Control de calidad del Instrumento

El instrumento recolector de datos se sometió a un proceso de Adaptación y validación de contenido realizado por grupos de expertos. Posteriormente fue sometido a prueba piloto y pruebas estadísticas para evaluar confiabilidad y validez.

Dado que este es un proyecto que atañe a las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 se ahondará aún más en estos aspectos.



## **4.5 Control de Calidad de los datos**

### **4.5.1 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información**

Previo al inicio de la aplicación del instrumento seleccionado, se solicitó la autorización para la realización del estudio al vicerrector de la universidad, luego, se obtuvieron las 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 , posteriormente se accedió a la autorización por parte de la universidad (Anexo F), y se enviaron las cartas a las facultades, de las cuales solo la facultad de odontología de acuerdo a su reglamento solicitó presentación del proyecto frente al consejo de la facultad, respecto a las demás facultades el tiempo de respuesta fue de entre 2 semanas a 2 meses, dado que hubo que insistir de forma reiterada (Anexo G).

Para la adaptación transcultural de la escala, en primer lugar, se procedió a realizar la traducción y retro-traducción de la escala por una docente universitaria de inglés y de un traductor profesional, respectivamente. Posteriormente se invitó a participar a 10 expertos de los cuales hubo respuesta de 6 profesionales de diversas áreas, que analizaron la traducción inicial (Anexo H) completando un formulario, que constaba de 14 preguntas para evaluar cada ítem de la escala (Anexo I).

Para el proceso de validación de contenido se invitó a 12 profesionales para conformar el panel evaluador (Anexo J), solo 6 de ellos analizaron los ítems de la escala SOC-13, por medio de un formulario (Anexo K).

Una vez terminado el proceso de la evaluación de expertos, se procedió a realizar la prueba piloto (Anexo L), por tanto, se solicitó a la DTI el envío a los correos de los estudiantes el enlace que los llevaría al instrumento recolector mediante la plataforma de Microsoft forms. Finalmente, se repitió el proceso, para el envío del instrumento y consentimiento a los correos de los estudiantes de las facultades seleccionadas para la recolección de datos.

#### 4.5.2 Procesamiento y Análisis de los Datos

Los datos se almacenaron en una base de datos de Microsoft Office Excel año 2016, y posteriormente se realizó el análisis estadístico con el programa Statistical Package for the Social Sciences versión (SPSS-V22) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y JASP 0.16.2 última versión (2022) para análisis factoriales.

Se comenzó con un análisis descriptivo univariado, para variables sociodemográficas y de salud (edad, sexo, carrera, nivel académico, área de conocimiento y diagnóstico de patología física o mental) de los estudiantes universitarios. Para las variables cualitativas, se incluyeron tablas de frecuencias, medidas de resumen y gráficos pertinentes. Para variables cuantitativas, se incluyeron tablas de frecuencia, medidas de resumen, de forma y posición, y gráficos pertinentes, cuadro. Para las variables medidas por los instrumentos, se utilizaron estadísticos descriptivos correspondiente a media y desviación estándar, como parte del análisis estadístico básico (ver cuadro 5).

Cuadro 6. Plan Análisis Estadístico de variables biológicas, sociales y de Salud, variable principal y de correlación.

Objetivo	Variable	Análisis estadístico	Estadígrafo
Describir las características bio-sociodemográficas y de salud de estudiantes universitarios participantes del estudio.	Edad, sexo, carrera, nivel académico, área de conocimiento, diagnóstico de patología física y/o mental	Descriptivo	Variables cualitativas: Tablas de frecuencias, medidas de resumen y gráficos pertinentes. Variables cuantitativas: Tablas de frecuencia, medidas de resumen, de forma y de posición, y gráficos pertinentes.
Evaluar el SOC y la Autoeficacia general en estudiantes universitarios	SOC global y sus dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad, significatividad.	Análisis descriptivo	Medidas de tendencia central y dispersión, tanto para el puntaje global como por

	Autoeficacia general		dimensiones.
--	-------------------------	--	--------------

Fuente. Elaboración propia.

En el proceso de validación de la escala SOC, para la confiabilidad se analizó la consistencia interna de la escala por medio del estadístico Alfa de Cronbach, y también se evaluó en coeficiente de omega y el método de mitades partidas por medio de la fórmula de Spearman–Brown y el coeficiente de Guttman (criterio  $\geq 0,60$ ).

Se evaluó la validez de contenido por un grupo de expertos que analizó la escala en base a 3 criterios; claridad, pertinencia e imparcialidad, y posteriormente se determinó el acuerdo, mediante el coeficiente de validez V de Aiken (criterio  $\geq 0,5$ ).

Se analizó la validez convergente con la escala de Autoeficacia General, mediante correlación de Pearson.

Para realizar el análisis factorial primero se realizó AFE, comenzando con medidas de adecuación (Test de esfericidad de Bartlett, Kaiser- Meyer- Olkin (KMO)). Se usaron técnicas tradicionales (método de extracción por componentes principales y Rotación Varimax) y luego las nuevas recomendaciones (análisis paralelo con software Factor).

Para el AFC, se utilizó modelo de ecuaciones estructurales e índices de ajuste; Chi cuadrado, chi cuadrado/ grados de libertad ( $\chi^2/g.l$ ) debe ser  $\leq 3$ . Se utilizaron los siguientes índices de ajuste: raíz del residuo cuadrático promedio estandarizada (SRMR) criterio=  $\leq 0,08$ , raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación (RMSEA) criterio=  $\leq 0,08$  e índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) criterio=  $\geq 0,95$  (buen ajuste) (121), SRMR=  $\leq 0,08$ ; RMSEA=  $\leq 0,08$ ; CFI=  $\leq 0,09$  (ajuste aceptable) (118). Para el análisis de datos se trabajó a un 0,05 de significancia, Cuadro 6.

Para efecto de esta investigación se consideró el tamaño de efecto de Cohen para el análisis de las correlaciones del instrumento recolector de datos (119).

El valor del coeficiente de correlación se interpretará de acuerdo al siguiente criterio:

<b>Correlación nula</b>	0,00-0,29 y valor $p > 0,05$
<b>Correlación débil</b>	0,01-0,29 y valor $p < 0,05$
<b>Correlación moderada</b>	0,30-0,49
<b>Correlación fuerte</b>	0,50-1,00

Cuadro 7. Plan de análisis proceso de validación de la Escala SOC- 13

<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Análisis</b>
Determinar la consistencia interna de la escala SOC-13	Consistencia interna	Alfa de Cronbach, y coeficiente Omega
	Método de mitades partidas	Fórmula de Spearman- Brown Coeficiente de Guttman
Evaluar la validez de contenido de la Escala SOC	Juicio de expertos	Coeficiente de validez (V de Aiken)
Evaluar la validez convergente de la Escala SOC-13 con EAG	Validez de convergencia	Coeficiente de correlación Pearson o Spearman
Evaluar la estructura factorial de la Escala SOC-13	AFE	Test de esfericidad de Bartlett, Kaiser- Meyer- Olkin (KMO). Técnicas tradicionales con método de extracción de componentes principales y Rotación Varimax. Nuevas recomendaciones (análisis paralelo)
	AFC	Modelo de ecuaciones estructurales e índices de ajuste; Chi cuadrado, RMSEA, SRMR CFI.

Fuente. Elaboración Propia.

#### 4.6 Aspectos Éticos involucrados:

Para el desarrollo de esta investigación se consideraron los 8 principios éticos, propuestos por Ezekiel Emanuel (120), los cuales se exponen a continuación:

- **Asociación colaborativa:** Se estableció una colaboración mutua entre el investigador y la institución de educación superior, con el fin de permitir que la población a estudiar fuera un participante activo de la investigación.
- **Valor científico o social:** Este estudio tuvo por objetivo generar un instrumento válido y confiable en población universitaria chilena, que aborda un aspecto positivo como es la Salutogénesis. Al ser una validación de un instrumento, presenta beneficios para futuros estudios a realizar en esta población, que podrán aportar conocimiento sobre conceptos Salutogénicos que no han sido explorados en la población chilena, favoreciendo generar comparación a nivel internacional.
- **Validez Científica:** Esta investigación utilizó una metodología de investigación científica adecuada, siguiendo los lineamientos establecidos por Hernández *et al* (112). Por medio de este diseño, se dieron respuesta a los objetivos planteados.  
Debido a las restricciones impuestas por la autoridad sanitaria debido a la pandemia, se realizaron modificaciones en la modalidad de recolección de datos, de presencial a modalidad online.
- **Selección equitativa:** Se realizó la selección de la muestra por muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional, incluyendo cada área de conocimiento de la institución de educación superior seleccionada, garantizando la representatividad de cada área de conocimiento en el estudio.
- **Riesgo/ Beneficio:** Se siguieron los principios de no maleficencia y beneficencia, con el fin de asegurar que los beneficios superen los riesgos. Los beneficios potenciales superaron los riesgos, ya que, estos aportaron a generar un instrumento confiable y válido en dicha población que aportará a

estudios que deseen indagar sobre conceptos Salutogénicos en favor de la promoción de la salud.

En este estudio los riesgos fueron mínimos para los participantes, y estos estuvieron asociados al contenido propio de las escalas, que pudo haber generado insight o cuestionamientos con su vida.

- **Evaluación independiente:** Para evitar potenciales conflictos de interés de la investigadora, el desarrollo del estudio fue aprobado tanto por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (VRID) de la Universidad de Concepción, otorgando su respaldo a esta investigación.
- **Consentimiento informado:** Dado a la modalidad online de este estudio, se envió el consentimiento informado a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio; quienes participaron de forma libre y voluntaria. El consentimiento informado acreditó la participación en calidad de voluntario, asegurando el resguardo de la información entregada, que es privada y confidencial. Además, se estableció en el documento que los participantes se podían retirar del estudio en el momento en que estimaran conveniente (Anexo M). El consentimiento informado siguió lo dispuesto en la Ley 20.120, con respecto a la investigación científica en el ser humano.
- **Respeto a los sujetos inscritos:** Los participantes fueron tratados con respeto y se veló por el bienestar del participante durante el desarrollo de la investigación. Se mantuvo absoluta confidencialidad de la información entregada, ya que, las respuestas se almacenaban en una base de datos anónima. También, las personas podían realizar consultas respecto al estudio, o solicitar la entrega de los resultados, canalizados por correo electrónico. Los participantes tuvieron el derecho de retirarse en cualquier momento.

#### 4.7 Plan de trabajo

Actividad Tiempo	2020												2021												2022											
	E	F	M	A	My	J	JL	Ag	S	O	N	D	E	F	M	A	MY	J	JL	AG	S	O	N	D	E	F	M	A	MY	J	JL	AG	S	O	N	
1. Entrega de proyecto para revisión																																				
2. Corrección de sugerencias																																				
3. Proyecto final de tesis																																				
4. Defensa de proyecto ante comisión evaluadora																																				
5. Evaluación de tesis por comités de ética																																				
6. Asesoría con profesora guía																																				
7. Adaptación cultural de la escala																																				
8. Prueba piloto																																				
9. Autorización de facultades																																				
10. Aplicación de las escalas																																				
11. Análisis de los datos																																				
12. Conclusiones y discusión																																				
13. Desarrollo del artículo de tesis																																				
14. Término de la tesis																																				
15. Envío a pares evaluadores																																				
16. Defensa de tesis																																				

Siendo E: Enero; F: Febrero; M: Marzo; A: abril; My: Mayo; J: Junio; JL: Julio; A: Agosto; S: Septiembre; O: Octubre; N: Noviembre; D: Diciembre

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 PRIMERA FASE**

#### **5.1.1. Adaptación transcultural**

La traducción y retrotraducción de la escala fue realizada por 2 profesionales con dominio del idioma inglés.

##### **5.1.1.1 Traducción directa.**

La primera etapa fue la traducción directa de la escala original, ésta fue traducida por una docente universitaria del departamento de idiomas extranjeros, con dominio del idioma inglés, quien no conocía los objetivos ni conceptos de la escala, con la finalidad de obtener una traducción más ajustada al lenguaje de uso coloquial (Anexo N).

##### **5.1.1.2 Retrotraducción**

Posteriormente, un traductor bilingüe cuya lengua materna es el idioma inglés, realizó la traducción al idioma original de la escala, quien tampoco tenía conocimiento sobre la escala, ni de los objetivos del estudio.

Al finalizar la retrotraducción no se generaron diferencias semánticas ni conceptuales entre la escala original y la nueva versión (Anexo Ñ).

##### **5.1.1.3 Revisión por Comité de Experto**

En esta etapa se analizó la escala original y la escala traducida por un grupo de 6 expertos de enfermería, psicología, educación, odontología y trabajo social con dominio del idioma inglés.

A cada profesional se le envió, “por medio de correo electrónico” la escala original y la traducida junto con un formulario en word. Se les solicitó la evaluación de la escala en sus dos formatos en tres áreas: aspectos generales, formato del ítem, gramática y redacción (Anexo O). Cada área estaba conformada por preguntas con respuestas dicotómicas SÍ/NO. Los expertos analizaron cada uno de los ítems de la escala, en aquellos que consideraron discordantes o no discordantes, registraron observaciones con la finalidad de que fueran modificados.

A continuación, se presentan cada una de las áreas y los ítems que al menos dos expertos sugirieron un cambio, cuadro 7.

Cuadro 8. Adaptación transcultural, revisión comité de expertos.

<b>Preguntas</b>	<b>Ítems con observaciones, para modificar</b>
<b>Aspectos Generales</b>	
¿El ítem tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?	2, 6 y 10
¿El tipo de lenguaje del ítem traducido tiene una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?	2, 6 y 13
¿Introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?	2, 5, 10, 11 y 13
¿Hay diferencias entre la versión original del ítem y la traducida en relación con el uso de metáforas, giros o expresiones coloquiales?	1, 2, 6, 10 y 13
<b>Formato del Ítem</b>	
¿El formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?	10 y 13
¿La longitud del enunciado tiene una longitud similar en ambas versiones?	1, 10 y 11
¿El formato del ítem y la tarea a realizar por la persona evaluada son de una familiaridad similar en las dos versiones?	2 y 10
<b>Gramática y Redacción</b>	
¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical del ítem, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer el ítem más o menos complejo en una versión que en otra?	1, 2, 10, 11 y 13
¿Existen estructuras gramaticales en la versión original del ítem que no tienen equivalente en la versión traducida?	6, 10, 12 y 13
¿Hay palabras en el ítem que tengan un significado unívoco, pero que en la versión traducida puedan tener más de un significado?	2, 6, 10, 12 y 13

Fuente. Validación de la escala sentido de coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020. Tesis de Magíster, Álvarez M.

Se realizaron las modificaciones basadas en las observaciones planteadas por los expertos (Anexo O).

## 5.2 SEGUNDA FASE (PARTE I) : ANÁLISIS PSICOMETRICO INICIAL

### 5.2.1 Validación de Contenido

La validación de contenido es un método en que se evalúa la validez de la escala, sin embargo, es un proceso previo a la aplicación de esta en la población objetivo, dado que mide el grado en que los diferentes ítems de un instrumento reflejan los dominios que pretende medir (34,73), por medio del juicio de expertos.

El panel de expertos fue compuesto por 6 profesionales, que se desenvuelven en áreas de estadística, enfermería y psicología. Estos expertos analizaron la escala SOC-13 mediante una pauta en que se evaluaron 3 criterios, de claridad, de pertinencia y de imparcialidad, cada uno de los ítems que conforman la escala, calificándolos de 1 a 3 en cada criterio, donde 3 significa “estar de acuerdo”, 2 “estar medianamente de acuerdo”, y 1 “no estar de acuerdo”.

El análisis del panel de expertos fue cuantificado por el coeficiente de validez V de Aiken, en que se asumen valores de 0 a 1, los valores cercanos a la unidad indican mayor acuerdo entre los expertos (87-89), por ello, las puntuaciones de una escala tipo Likert se transformaron, siendo 1=0; 2=0,5; y 3=1, esto se dispone en las tablas 1 y 2, según claridad, pertinencia e imparcialidad, respectivamente, donde el valor mínimo es 0 y el número de categorías es 3, dado a que hay 3 opciones de respuesta tipo Likert.

Con respecto al criterio de claridad (tabla 7), todas las dimensiones de la escala; comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, presentan Coeficiente V de Aiken 0,8-0,93. Sin embargo, por ítem, en la dimensión de comprensibilidad, solo un ítem (ítem 11), obtuvo un valor de 0,45, inferior a lo aceptable.

En el criterio de pertenencia, las dimensiones de la escala de comprensibilidad y significatividad; presentan Coeficiente V de Aiken 0,70 y 0,92, respectivamente, mientras que la dimensión de manejabilidad presenta un Coeficiente V de Aiken de 0,67, inferior al recomendado, al igual que los ítems 3,9 y 11.

Por último, para el criterio de imparcialidad, todas las dimensiones presentan un Coeficiente V de Aiken adecuado, entre 0,79-0,92, y solo el ítem 10 presenta un Coeficiente V de Aiken inferior, de 0,42.

Sin embargo, al analizar los promedios del Coeficiente V de Aiken de los 3 criterios, las dimensiones de la escala tienen rangos entre 0,80-0,89, y por ítem, solo el ítem 11, se encuentra por debajo del nivel recomendado, con un Coeficiente V de Aiken de 0,64, el resto presenta promedios entre 0,70-0,94 (ver tabla 2). Para la escala total, el Coeficiente V de Aiken fue de 0,83 [IC 0,55-0,95].

Tabla 1. V de Aiken por criterio en cada ítem de la escala SOC-13.

Ítems	V de Aiken de Claridad	V de Aiken de Pertinencia	V de Aiken de Imparcialidad	Promedio de los criterios
Ítem 1	0,83	1,00	0,83	<b>0,89</b>
Ítem 2	0,92	0,83	1,00	<b>0,92</b>
Ítem 3	1,00	0,25	0,92	<b>0,72</b>
Ítem 4	0,83	1,00	1,00	<b>0,94</b>
Ítem 5	0,92	0,75	1,00	<b>0,89</b>
Ítem 6	0,83	0,75	0,92	<b>0,83</b>
Ítem 7	0,75	0,83	0,92	<b>0,83</b>
Ítem 8	0,92	0,83	0,83	<b>0,86</b>
Ítem 9	0,92	0,50	0,92	<b>0,78</b>
Ítem 10	0,92	0,75	0,42	<b>0,70</b>
Ítem 11	0,42	0,58	0,92	<b>0,64</b>
Ítem 12	0,92	0,83	0,92	<b>0,89</b>
Ítem 13	0,92	0,92	0,83	<b>0,89</b>
<b>Promedio por criterio</b>	<b>0,85</b>	<b>0,76</b>	<b>0,88</b>	<b>0,83</b>

Nº de expertos: 6 Valor mínimo= 0 Valor máximo= 1

Fuente. Validación de la escala sentido de coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020. Tesis de Magíster, Álvarez M.

Tabla 2. V de Aiken según criterio por dimensiones de la escala SOC-13.

Dimensión	V de Aiken de Claridad	V de Aiken de Pertinencia	V de Aiken de Imparcialidad	Total
<b>Comprensibilidad</b>	0,80	0,70	0,92	<b>0,81</b>
<b>Manejabilidad</b>	0,94	0,67	0,79	<b>0,80</b>
<b>Significatividad</b>	0,83	0,92	0,92	<b>0,89</b>
<b>Total</b>	<b>0,85</b>	<b>0,76</b>	<b>0,88</b>	<b>0,83</b>

N° de expertos: 6 Valor mínimo= 0 Valor máximo= 1

Fuente. Ídem Tabla 1.

A pesar de que el ítem 11 estaba bajo el nivel recomendado, se decidió no eliminarlo, puesto que solo estaba por debajo por 0,06 puntos, y se requiere de un análisis más profundo, es decir, un análisis estadístico para evaluar si este ítem podría ser eliminado sin que se altere la validez de la escala.

### 5.2.2 Pre-test: Prueba piloto

Se realizó un muestreo aleatorio simple de dos carreras de la universidad seleccionada con la finalidad de aplicar la prueba piloto en los estudiantes que presentan características similares a la población en estudio, sin embargo, solo una de las carreras dio respuesta a la solicitud de participación.

Por tanto, se invitó a participar a la prueba piloto a todos los estudiantes de la carrera de odontología, con la finalidad de determinar el tiempo de respuesta, comprensión y claridad de los ítems del instrumento aplicado, conformado por un cuestionario de antecedentes biológicos, sociales y de salud, la escala Sentido de coherencia-13 y la escala de Autoeficacia General.

Esta etapa se llevó a cabo en modalidad online (Anexo L), por medio del envío a los correos de los estudiantes del instrumento recolector de datos, el que también incluía una pregunta abierta, en la cual, los estudiantes podrían dejar sus observaciones o sugerencias para modificar algún ítem.

El instrumento fue enviado a todos los estudiantes de la carrera de odontología de la sede Concepción, siendo un total aproximado de 500 estudiantes, teniendo un 6,4% de respuesta, por tanto, la muestra quedó conformada por 32

estudiantes de ambos sexos en edades comprendidas entre 19-30 años que cursaban entre el primer y sexto año de la carrera.

El tiempo promedio que se demoraron los estudiantes en responder el instrumento fue de 8 minutos, siendo el grupo de las mujeres quienes tuvieron una mayor participación en un 75%.

Con respecto al cuestionario de antecedentes biológicos, sociales y de salud sólo se observó comentarios en la pregunta “¿Qué año académico está cursando actualmente?”, dado que algunos estudiantes por el periodo de pandemia, estaban cursando la segunda parte de la asignatura teórica – práctica, y esto les confundía para registrar el curso. De la escala AEG, no se presentaron observaciones. Y solo dos estudiantes registraron observaciones respecto a la escala SOC-13, las cuales se presentan en el cuadro 8.

Cuadro 9. Observaciones en los ítems de la Escala SOC-13:

Ítems	Observaciones
<p>Ítem 5: ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?</p> <p>Ítem 6: ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?</p>	<p>Observación ítems 5 y 6: un estudiante sugirió invertir las puntuaciones.</p>
<p>Ítem 8: ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?</p> <p>Ítem 9: ¿Le sucede que tiene sentimientos que no quisiera tener?</p>	<p>Observación ítems 8 y 9: un estudiante sugirió añadir ejemplos para entender el objetivo de la pregunta.</p>

Fuente. Ídem tabla 1.

No se realizaron modificaciones en la escala SOC-13, dado que solo un 6,25% de los estudiantes realizó observaciones, valor menor de acuerdo a Costa, et al (70) quien refiere que se deben hacer cambios cuando las observaciones son mayores a un 15%. Además, al invertir puntuaciones, y añadir ejemplos en algunos ítems se ejercería un cambio drástico, perdiendo la similitud con la escala original.

### 5.2.2.1 Análisis de confiabilidad de escala SOC-13 y escala AEG

Se realizó la evaluación de la consistencia interna de las escalas utilizadas en la investigación.

Se determinó la confiabilidad global de la escala SOC-13, encontrándose un alfa de Cronbach de 0,80, lo que sugiere una buena confiabilidad (Tabla 3).

Tabla 3. Confiabilidad global de la escala SOC-13

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,800	,793	13

Fuente. Ídem tabla 1.

Respecto a la confiabilidad por escala, oscila en rangos entre 0,7-0,8, asegurando una buena confiabilidad. Si se elimina el ítem 4 “Hasta ahora su vida a tenido” y el ítem 11 “cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:”, se aumentaría en 0,004 y 0,002 el alfa de Cronbach quedando en 0,084 y 0,082 respectivamente (Tabla 4).

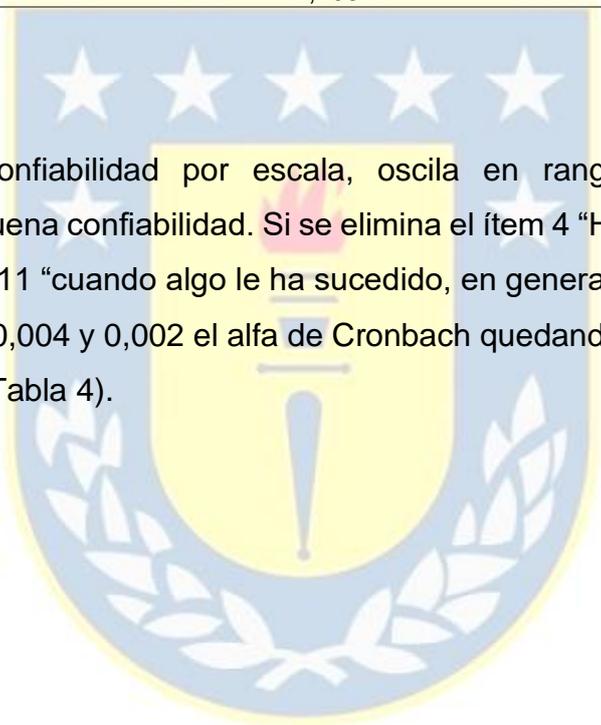


Tabla 4. Estadísticos de la escala sentido de coherencia 13 total- elemento de prueba piloto (n=32)

	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
SOC1	49,406	119,281	,441	,423	,786
SOC2	51,313	123,060	,420	,712	,788
SOC3	51,188	126,480	,352	,675	,793
SOC4	48,469	136,193	,146	,545	,804
SOC5	50,000	124,129	,300	,509	,800
SOC6	50,188	124,673	,326	,536	,796
SOC7	50,156	120,265	,521	,478	,780
SOC8	50,031	121,064	,479	,696	,783
SOC9	50,344	115,136	,560	,757	,774
SOC10	50,500	115,419	,552	,787	,775
SOC11	50,531	127,612	,257	,584	,802
SOC12	49,906	111,701	,647	,575	,766
SOC13	49,719	115,564	,552	,599	,775

Fuente. Ídem tabla 1.

La escala AEG, presentó un alfa de Cronbach de 0,91, obteniendo una excelente confiabilidad, pero con riesgo de duplicidad o redundancia (Tabla 5).

Tabla 5. Confiabilidad de la escala AEG

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,916	,917	10

Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3 Análisis descriptivo

Previo al análisis de las propiedades psicométricas, a continuación, se presenta el análisis descriptivo de la población de esta investigación.

#### 5.3.1 Datos biológicos, sociales y de salud de los estudiantes universitarios

La muestra estuvo conformada por 238 estudiantes universitarios, un poco más de la mitad eran mujeres y el resto hombres (Mujeres= 55,5%, Hombres= 44,5%), con un promedio de edad de 22 años ( $D.E = 3,7$ ), con una edad mínima de 18 años a un máximo de 49 años. Un poco más de la mitad de las edades de los estudiantes eran entre los 21 y 26 años, le seguía el grupo de 18 a 20 años y solo un 8% eran de edades entre 27 a 49 años (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución observada y porcentual de la variable sexo y edad, desviación estándar, media y mediana para la variable edad (n=238).

<b>Sexo</b>	<i>f</i>	%			
Hombre	106	44,5			
Mujer	132	55,5			

<b>Edad</b>	<i>f</i>	%	<b>DE</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
			3,6	22,2	22
18 a 20	80	33,6			
21 a 26	139	58,4			
27 a 49	19	8,0			

Fuente. Ídem tabla 1.

En relación al área de conocimiento declarado por los estudiantes, un 42% (N= 99) pertenecían al área de las ciencias de la salud, le sigue con un 35% (N= 83) el área de ciencias exactas, un 18% (N= 42) de ciencias sociales y humanidades, y un 6% (N= 14) de ciencias biológicas y ciencias silvoagropecuarias. Las carreras con mayor participación fueron Odontología con un 13% (N=32),

Química y Farmacia con un 11% (N= 26) y Derecho con un 10% (N= 23), las demás carreras participantes se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución observada y porcentual para la variable Área de conocimiento y Carrera (n=238).

Área de conocimiento	f	%	Facultades	Carreras	f	%
Ciencias de la Salud	99	41,6	Odontología	Odontología	32	13,4
			Medicina	Medicina	16	6,7
				Obstetricia y Puericultura	7	2,9
				Fonoaudiología	5	2,1
Farmacia	26	10,9	Química y farmacia	26	10,9	
			Nutrición y dietética	8	3,4	
Ciencias Exactas	83	34,9	Ciencias químicas	Químico analista	6	2,5
			Ingeniería	Geología	4	1,7
				Ingeniería Civil Biomédica	22	9,2
				Ingeniería Civil Química	21	8,8
				Ingeniería Civil Industrial	16	6,7
				Ingeniería Civil Aeroespacial	9	3,8
				Ingeniería Civil de Minas	5	2,1
				Ingeniería Civil de Telecomunicaciones	4	1,7
Ciencias Sociales y Humanidades	42	17,6	Ciencias Sociales	Psicología	11	4,6
			Ciencias jurídicas y sociales	Sociología	5	2,1
				Antropología	3	1,3
Derecho	23	9,7	Derecho	23	9,7	
			Ciencias Biológicas y Silvo-agropecuarias	Ciencias ambientales	Ingeniería ambiental	10
Agronomía	5	2,1	Agronomía	5	2,1	

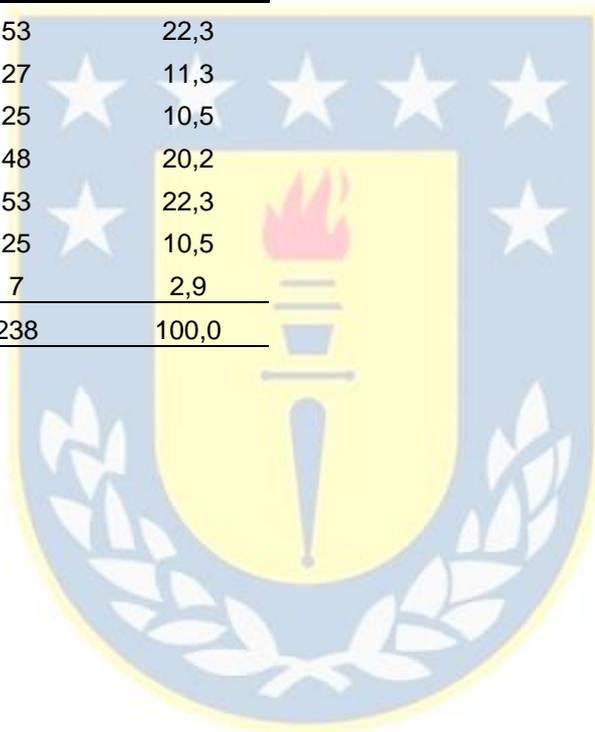
Fuente. Ídem tabla 1.

Respecto al año académico de los participantes en su carrera, las mayores concentraciones se dan en aquellos que cursan el primer, el cuarto y el quinto año, en los tres casos, se trata de poco más del 20% de la muestra (22,3%, N= 53; 20,2%, N= 48; 22,3%, N= 53; respectivamente); mientras que poco más del 10% cursaban 2° año (11%, N= 27), y lo mismo sucede con quienes cursaban 3° y 6° año (10,5%, N=25; 10,5%, N= 25). Finalmente, solo un 2,9% de los participantes estaba en su 7° año en la universidad (N=7), Tabla 8.

Tabla 8. Distribución observada y porcentual para la variable año académico.

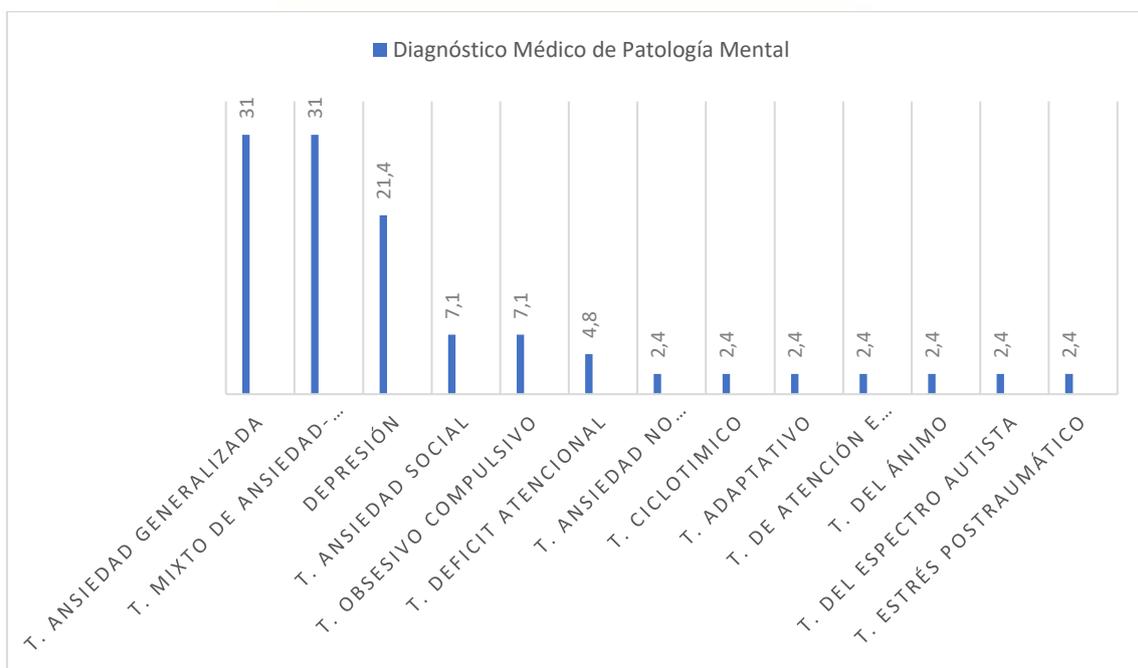
Año Académico	<i>f</i>	%
1	53	22,3
2	27	11,3
3	25	10,5
4	48	20,2
5	53	22,3
6	25	10,5
7	7	2,9
Total	238	100,0

Fuente. Ídem tabla 1.



Al analizar la presencia de diagnóstico de patología mental, un 18% (N=42) de los universitarios señalaron que padecían de alguna enfermedad mental. Las enfermedades con mayor prevalencia en esta población, son 31% trastorno de ansiedad generalizada, en el mismo porcentaje trastorno mixto de ansiedad-depresión, y en un 21% depresión, Figura 4.

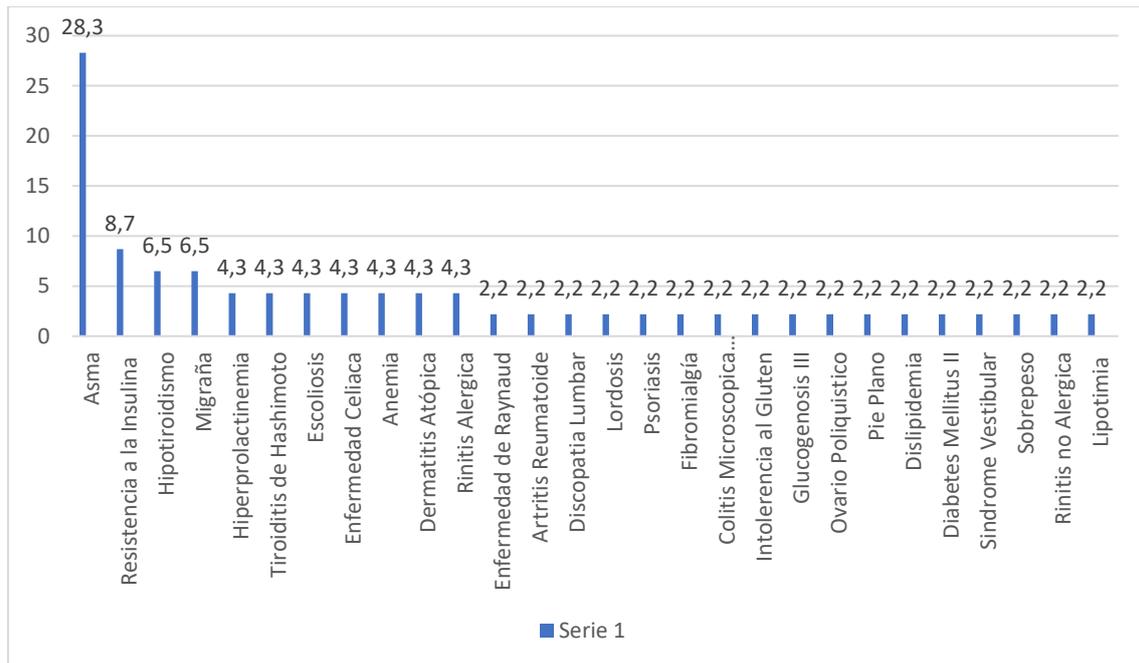
Figura 4. Gráfico de barras de distribución de diagnósticos de patología mental



Fuente. Ídem tabla 1.

Referente a la presencia de diagnóstico de patología física, un 19 % (N=46) de los participantes refirieron alguna enfermedad física, siendo la de mayor prevalencia, el asma en un 28%, seguido por resistencia a la insulina en un 8,7%, Figura 5.

Figura 5. Gráfico de barras de distribución de diagnósticos de patología física



Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3.2 Análisis del Sentido de coherencia en estudiantes universitarios

El valor empírico de la escala osciló entre un mínimo de 21,0 hasta un máximo de 82,0 puntos, teniendo como referencia que el valor teórico de la escala SOC va desde un mínimo de 21,0 puntos a un máximo de 91 puntos. La puntuación media del SOC global fue 53,6 puntos (DE=1,2), donde un 57,6% de los jóvenes tuvieron puntaje igual o mayor a la media, este decir, más de la mitad de la población estudiada mostraba un nivel de SOC global alto y un 42,4% obtuvo un nivel de SOC global bajo (ver tabla 9).

Con relación a las dimensiones del SOC-13, se muestra que la puntuación media en comprensibilidad fue de 20,0 puntos (DE=4,6), donde un poco más de la mitad (50,4%) mostraba un nivel de comprensibilidad alto. En manejabilidad se obtuvo un promedio de 16,0 puntos (DE=4,5), se observó que un 57,6% de los universitarios presentaban un nivel alto de manejabilidad. Y en significatividad, la puntuación media fue de 18,0 puntos (DE=4,9), siendo un 55,0% los jóvenes con un alto nivel de significatividad.

Tabla 9. Sentido de coherencia de los estudiantes universitarios, Concepción, Chile. (n=238)

Variable	Teórico		Empírico		Media (DE)	<Media (%)	≥Media (%)
	Min	Máx.	Min	Máx.			
SOC-13	13	91	21,0	82,0	53,6 (11,2)	42,4	57,6
Comprensibilidad	5	35	6,0	32,0	20,0 (4,6)	49,6	50,4
Manejabilidad	4	28	4,0	28,0	16,0 (4,5)	42,4	57,6
Significatividad	4	28	4,0	28,0	18,0 (4,9)	45,0	55,0

Fuente. Ídem tabla 1.

Como la escala tiene respuestas de tipo Likert que van de 1 a 7 puntos, y cada dimensión está conformada por un número diferente de ítems, se calculó el promedio de ellos con la finalidad de compararlas. De acuerdo a este puntaje se observó, que la dimensión de comprensibilidad tuvo menor puntaje (M=3,9; DE=0,9) que las otras dimensiones, y significatividad obtuvo una puntuación superior (M=4,5; DE=1,2) al promedio obtenido en el SOC global (M=4,1; DE=0,9), ver tabla 10.

Tabla 10. Sentido de coherencia y dimensiones según n° de ítems (n=238)

	SOC	Comprensibilidad/ 5	Manejabilidad/ 4	Significatividad/ 4
Media	4,1	3,9	4,1	4,5
Mediana	4,2	4,0	4,0	4,5
Desv. Desviación	0,9	0,9	1,1	1,2

Fuente. Ídem tabla 1.

Para la interpretación de la frecuencia de respuestas que declararon los estudiantes universitarios en cada una de los ítems de acuerdo a las dimensiones del SOC 13, se analizaron y agruparon en tres categorías para facilitar la representación de los datos (Tabla 11).

En comprensibilidad, los ítems que obtuvieron tendencia hacia una puntuación más positiva en los estudiantes universitarios fueron n° 6 “Casi nunca o nunca, tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual” con un 50,8%, n° 8” Casi nunca o nunca, tiene sentimientos e ideas muy confusas” en un 47,9%. Y con puntuaciones más negativas el ítem n° 2 con un 59,2% “Muy menudo, en el pasado se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien”.

En manejabilidad los estudiantes universitarios obtuvieron tendencias a una puntuación más positiva en los ítems: n° 5 un 48,7% “Casi nunca o nunca, tiene la sensación de haber sido tratado injustamente” y con un 49,6% el n°13 “Casi nunca o nunca, tiene sentimientos que no estás seguro de poder controlar”. Con puntuación más negativa el ítem n° 3 en un 54,6% “Siempre, le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado”.

El significatividad, los estudiantes universitarios tuvieron tendencia hacia un puntaje más positivo en todos los ítems que lo conforman: n° 1 “Casi nunca o nunca, tiene la sensación de que no le importa lo que suceda a su alrededor” con un 51,7%, el ítem n°4 “Hasta ahora su vida ha tenido metas y propósitos claros” con una preferencia del 67, 6%, el n°7 con un 42 9% de las preferencias “Hacer las cosas que realiza diariamente es, una fuente de g gran placer y satisfacción”, y el n° 12 con un 46,6% “Casi nunca o nunca, tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia”.

Tabla 11. Escala SOC-13 en estudiantes universitarios según dimensiones. (n=238)

Ítem		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>Comprensibilidad</b>			
2. En el pasado ¿se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?	Casi nunca o nunca	62	26,1
	Neutral	35	14,7
	Muy a menudo	141	59,2
6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?	Muy a menudo	68	28,6
	Neutral	49	20,6
	Casi nunca o nunca	121	50,8
8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?	Muy a menudo	90	37,8
	Neutral	34	14,3
	Casi nunca o nunca	114	47,9
9. ¿Le sucede que tiene sentimientos que no quisiera tener?	Muy a menudo	118	49,6
	Neutral	24	10,1
	Casi nunca o nunca	96	40,3
11. Cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:	Sobrevaloró o minimizó su importancia	113	47,5
	Neutral	43	18,1
	Valoró las cosas en su justa dimensión	82	34,5
<b>Manejabilidad</b>			
3. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado?	Nunca	78	32,8
	Neutral	30	12,6
	Siempre	130	54,6
5. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?	Muy a menudo	76	31,9
	Neutral	46	19,3
	Casi nunca o nunca	116	48,7
10. Muchas personas, incluso las que tienen carácter fuerte, en algunas situaciones se han sentido como perdedoras. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?	Nunca	93	39,1
	Neutral	29	12,2
	Muy a menudo	116	48,7
	Muy a menudo	84	35,3

13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos que no está seguro de poder controlar?	Neutral	36	15,1
	Casi nunca o nunca	118	49,6
Significatividad			
1. ¿Tiene la sensación de que no le importa lo que sucede a su alrededor?	Casi nunca o nunca	123	51,7
	Neutral	35	14,7
	Muy a menudo	80	33,6
4. Hasta ahora su vida:	No ha tenido metas o propósitos claros	51	21,4
	Neutral	26	10,9
	Ha tenido metas y propósitos claros	161	67,6
7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:	Una fuente de gran placer y satisfacción	102	42,9
	Neutral	70	29,4
	Una fuente de sufrimiento y aburrimiento	66	27,7
12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia?	Muy a menudo	96	40,3
	Neutral	31	13,0
	Casi nunca o nunca	111	46,6

Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3.3 Análisis de la Autoeficacia percibida en estudiantes universitarios

#### 5.3.3.1 Confiabilidad de la escala de Autoeficacia general

La confiabilidad de la escala de autoeficacia general (AEG) presentó una consistencia interna óptima, con un Alfa de Cronbach de 0,88, tabla 12.

Tabla 12. Confiabilidad escala AEG

Alfa de Cronbach	N de elementos
,888	10

Fuente. Ídem tabla 1.

#### 5.3.3.2 Autoeficacia percibida en estudiantes universitarios

La puntuación máxima de la escala AEG coincidió tanto en el valor teórico y empírico, 40,0 puntos. En cambio, el valor empírico mínimo fue de 13,0 puntos, mientras que el valor teórico mínimo es de 4,0 puntos.

El valor empírico de la escala osciló entre un mínimo de 13,0 hasta un máximo de 40,0 puntos. La puntuación media del AEG fue 30,1 puntos (DE=5,4), donde un 60,1% de los jóvenes tuvieron puntaje igual o mayor a la media, es decir, que más de la mitad mostraba un nivel alto de AEG y menos de la mitad (39,9%) un nivel bajo de AEG (ver tabla 13).

Tabla 13. Autoeficacia general percibida de los estudiantes universitarios, Concepción, Chile. (n=238)

Variable	Teórico		Empírico		Media (DE)	<Media (%)	≥Media (%)
	Min	Máx.	Min	Máx.			
Autoeficacia general percibida	4	40	13,0	40,0	30,1 (5,4)	39,9	60,1

Fuente. Ídem tabla 1.

Para la interpretación de la frecuencia de resultados de las preguntas de la AEG se agruparon en las categorías de Cierto/Más bien cierto como puntuaciones más altas y Apenas cierto/ Incorrecto como puntuaciones más bajas (tabla 14).

En AEG los estudiantes universitarios obtuvieron las puntuaciones más altas en cierto/ más bien cierto en los ítems: n° 2 “Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente”, el n°8 “Puedo resolver la mayoría de los problemas y me esfuerzo lo necesario” (87,0%). El resto de los ítems presentan una preferencia por la opción cierto/ más bien cierto, igual o mayor al 60%.

Tabla 14. Escala AEG en estudiantes universitarios, Concepción, Chile. (n=238)

Ítem	Apenas cierto + Incorrecto	Cierto + Más bien cierto
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga	23,9	76,9
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	8,	92,
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	26,9	73,1
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	33,2	66,8
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	21,	79,
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	36,5	60,5
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	26,1	73,9
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	13,	87,
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	23,1	76,9
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	26,5	73,5

Fuente. Ídem tabla 1

### 5.3.4 Normalidad de las escalas SOC-13 y AEG

#### **Escala SOC-13**

Las medidas de tendencia central como; la media, mediana y moda son muy cercanas ( $M=53,6$ ;  $Me=54$ ;  $Mo=53$ ), por los que puede decirse que la distribución es casi simétrica, pero con una pequeña desviación hacia la cola de la izquierda, como lo indica la asimetría mínima de  $-0,126$ , la medida del grado en que las observaciones están agrupadas en torno al punto central es pequeña de  $-0,172$ . Es decir, tanto la asimetría como la curtosis son menores de 1 (ver tabla 15).

Tabla 15. Estadísticos escala SOC-13

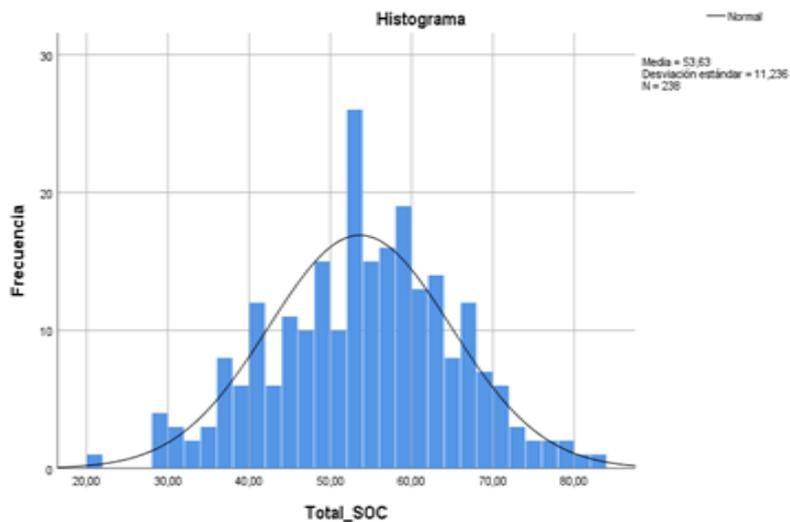
	Estadístico	Desv. Error
SOC-13	Media	53,6303 ,72833
	Mediana	54,0000
	Varianza	126,251
	Desv. Desviación	11,23614
	Asimetría	-,126 ,158
	Curtosis	-,172 ,314

Fuente. Ídem tabla 1.

En esta distribución la desviación típica fue de 11,24 y aplicando la regla empírica que aproximadamente el 68% de las observaciones se encuentra a más o a menos una desviación estándar del promedio, en este caso los puntajes serían 42,39 y 64,87; del mismo modo aproximadamente el 95% de las observaciones que se encuentran a dos desviaciones estándar de la media entonces los puntajes estarían entre 31,15 y 76,11 puntos, finalmente el 99,7%, es decir, prácticamente todas las observaciones que se encuentran a más y menos 3 desviaciones de la media, los puntajes estarían entre 19,91 y 87,35 puntos. En este estudio existe un número reducido de personas que obtuvieron valores que

escapan a esta regla, pero aun así se podría interpretar la distribución como una distribución simétrica o normal (ver figura 6).

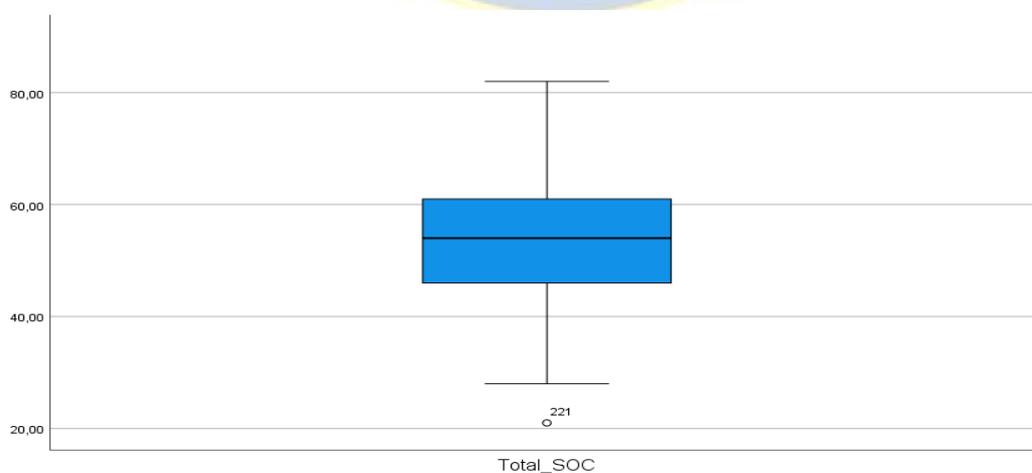
Figura 6. Histograma de SOC-13



Fuente. Ídem tabla 1.

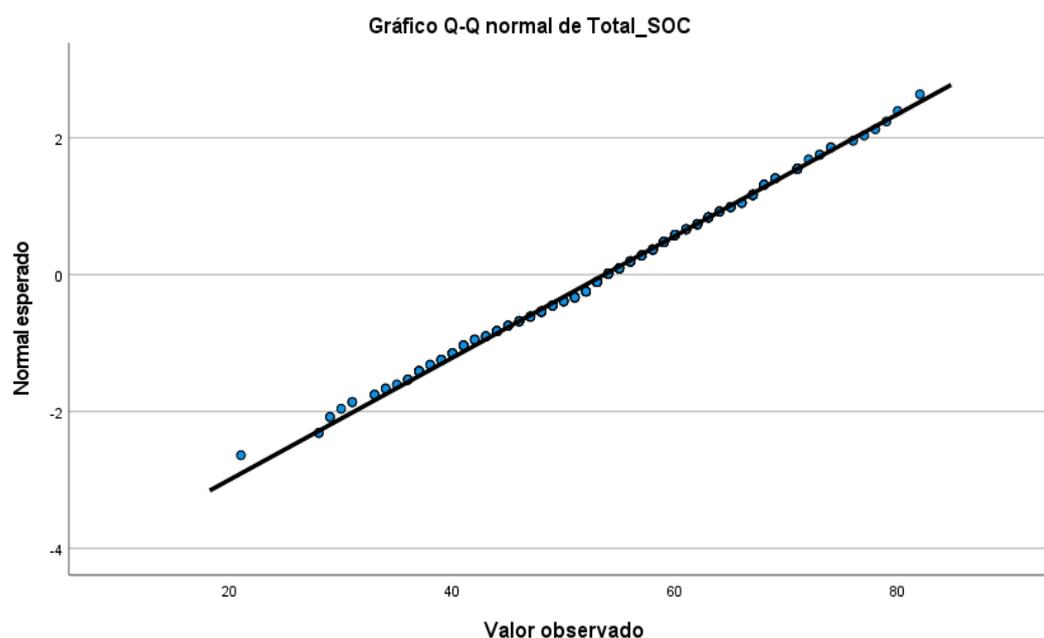
En el gráfico de Box Plot (ver figura 7) se refleja que la variable es bastante simétrica, lo cual corresponde a una característica de la distribución normal, pero al observar el gráfico Q-Q de probabilidad normal (figura 8) se aprecia que existe una mínima asimetría.

Figura 7. Gráfico Box Plot



Fuente. Ídem tabla 1.

Figura 8. Gráfico Q-Q normal



Fuente. Ídem tabla 1.

Según los análisis anteriores, esta variable es de una distribución simétrica, muy parecida a la normal, aunque la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, rechaza la hipótesis nula de normalidad ( $p=0,037$ ), ver tabla 16.

Tabla 16. Pruebas de normalidad de escala SOC-13

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SOC-13	,060	238	,037	,995	238	

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente. Ídem tabla 1.

## Escala AEG

Las medidas de tendencia central como; la media y mediana son iguales ( $M=30,0$ ;  $Me=30,0$ ), por los que puede decirse que la distribución es casi simétrica, pero con una pequeña desviación hacia la cola de la izquierda, como lo indica la asimetría mínima de  $-0,60$ , la medida del grado en que las observaciones están agrupadas en torno al punto central es pequeña de  $0,365$ . Es decir, tanto la asimetría como la curtosis son menores de 1 (ver tabla 17), valores cercanos a los correspondientes a una distribución normal.

Tabla 17. Estadísticos escala AEG

	Estadístico	Desv. Error
AEG Media	30,1807	,35090
Mediana	30,5000	
Varianza	29,305	
Desv. Desviación	5,41339	
Asimetría	-,606	,158
Curtosis	,365	,314

Fuente. Ídem tabla 1.

Según lo anterior, esta variable es de una distribución simétrica, muy parecida a la normal, aunque la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, rechaza la hipótesis nula de normalidad ( $p=0,000$ ), ver tabla 18.

Tabla 18. Pruebas de normalidad de escala AEG y escala SOC-13

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Escala AEG total	,094	238	,000	,968	238	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente. Ídem tabla 1.

## 5.4 SEGUNDA FASE (PARTE II): ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

El análisis psicométrico que consta de la confiabilidad por consistencia interna y método de Split Halves, de validez de constructo por validez convergente y análisis factorial de la escala SOC-13 se llevó a cabo en una muestra de 238 estudiantes universitarios.

### 5.4.1 Confiabilidad de la escala SOC-13

#### 5.4.1.1 Consistencia Interna

Se determinó la confiabilidad de la escala SOC-13 mediante consistencia interna, la cual evalúa la precisión en la que los ítems miden el constructo en el estudio y en relación a las cargas factoriales de ésta.

Los resultados obtenidos para la escala global establecen un  $\alpha = 0,745$  con un  $\omega = 0,763$ , considerándose como valores óptimos en su consistencia interna (ver tabla 19)

Tabla 19. Consistencia Interna escala SOC-13 mediante  $\alpha$  de Cronbach y  $\Omega$

	$\alpha$ de Cronbach	Omega
SOC-13 global	0,745	0,763

Fuente. Ídem tabla 1.

Las correlaciones ítem- total, evidencian 10 ítems con correlaciones iguales o superiores a 0,3 (ítems 1,3-4, 7-13). Los ítems 2,5 y 6 reflejan puntuaciones débiles y de baja correlación con el total de la escala, además, este último es el único que correlaciona negativamente con la escala ( $r=-0,164$ ).

Los ítems 5 y 6 si se eliminan incrementarán levemente la confiabilidad de la escala, entre 0,002 y 0,038 respectivamente, valores mínimos, quedando un alfa de 0,747 y 0,783. Como son valores mínimos, se decide mantener estos ítems (ver tabla 20).

Tabla 20. Correlación total del ítem y Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido de la escala SOC-13.

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿Tiene la sensación de que no le importa lo que sucede a su alrededor?	,381	,728
2. En el pasado ¿se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?	,269	,740
3. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado	,315	,735
4. Hasta ahora su vida:	,368	,729
5. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?	,205	,747
6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?	-,164	,783
7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:	,423	,725
8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?	,480	,716
9. ¿Le sucede que tiene sentimientos que quisiera tener?	,569	,703
10. Muchas personas, incluso las que tienen carácter fuerte, en algunas situaciones se han sentido como perdedoras. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?	,518	,712
11. Cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:	,319	,735
12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia?	,579	,702
13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos que no está seguro de poder controlar?	,523	,710

Fuente. Ídem tabla 1.

Considerando las tres dimensiones establecidas por el autor, el alfa de Cronbach se encuentra por debajo del nivel estimado 0,31 – 0,52 en la dimensión de comprensibilidad y manejabilidad respectivamente, siendo la dimensión de

significatividad la que se encuentra en un rango cercano al aceptable ( $\alpha=0,696$ ), tabla 21.

Tabla 21. Alfa de Cronbach por dimensiones según teoría

<i>Dimensiones</i>	<i>N° de ítems</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
<i>Comprensibilidad</i>	5	0,314
<i>Manejabilidad</i>	4	0,519
<i>Significatividad</i>	4	0,696

Fuente. Ídem tabla 1.

Si se elimina el ítem 6, se incrementaría la confiabilidad de la dimensión de comprensibilidad, en 0,23, quedando un alfa de 0,546 (tabla 22).

Tabla 22. Correlación total del ítem y Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido de la dimensión de comprensibilidad

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SOC2_inv	,073	,335
SOC6	-,223	,546
SOC8	,402	,029
SOC9	,433	-,055 <sup>a</sup>
SOC11	,171	,256

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio negativa entre elementos. Esto viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Podría desea comprobar las codificaciones de elemento.

Fuente. Ídem tabla 1.

#### 5.4.1.2 Método de Split- Halves

Para este método se dividió en dos mitades la escala asegurando que los ítems sean equivalentes, con la finalidad de evaluar la correlación entre ambas partes.

Dado que el número de ítems que conforman la escala son impares se consideró el coeficiente de correlación por longitud desigual puesto ambas partes contaban con número de ítems diferentes, la correlación entre ambas partes fue moderada (0,675). Por otro lado, el coeficiente de Dos mitades de Guttman fue de 0,652 (ver tabla 23). Por lo tanto, se determina que el instrumento es confiable.

Tabla 23. Método de mitades partidas en escala SOC-13

Correlación entre formularios		,508
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual	,674
	Longitud desigual	,675
Coeficiente de dos mitades de Guttman		,652

a. Los elementos son: SOC1, SOC2, SOC3, SOC4, SOC5, SOC6, SOC7.

b. Los elementos son: SOC8, SOC9, SOC10, SOC11, SOC12, SOC13.

Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3.4 Validez de Constructo

#### 5.3.4.1 Validez Convergente de SOC-13 con AEG

Se comparó la escala SOC-13 con la escala de autoeficacia general con la finalidad de evaluar si estas correlacionaban de forma significativa. Que dos escalas se correlacionen, significa que miden conceptos altamente asociados conceptualmente, los que en algunos casos podrían ser similares o converger, pero en general, lo que se evalúa es si dos constructos asociados en teoría, resultan convergentes en la práctica.

Entre ambas escalas se observa una correlación moderada ( $r=0,49$ ) significativa ( $p < 0,01$ ). La escala AEG presenta correlaciones moderadas con la dimensión manejabilidad ( $r=0,470$ ;  $p < 0,001$ ) y significatividad ( $r=0,427$ ;  $p < 0,01$ ), mientras que con comprensibilidad correlaciona de forma débil ( $r=0,299$ ;  $p < 0,01$ ), tabla 24.

Tabla 24. Correlación de la AEG con el SOC y sus dimensiones

		SOC	Comprensibilidad	Manejabilidad	Significatividad
AEG	Correlación de Pearson	,496**	,299**	,470**	,427**
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001	<,001	<,001

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3.4.2 Análisis factorial

#### 5.3.4.2.1 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Se analizó mediante AFE la dimensionalidad de la escala SOC-13. En primer lugar, se calculó el estadístico de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin, el cual resultó adecuado (KMO= 0,769) y la prueba de esfericidad de Barlett, que resultó estadísticamente significativa ( $\chi^2= 772,804$ ;  $p=0,001$ ), tabla 25. Los resultados demuestran buena adecuación de las medidas.

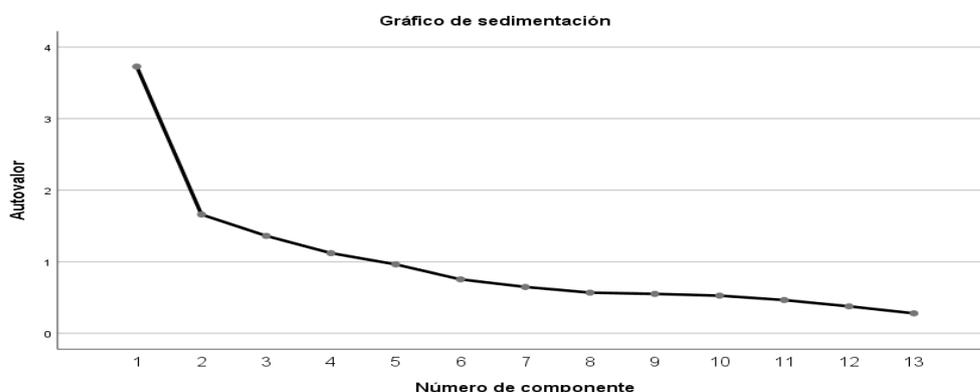
Tabla 25. Prueba de KMO y Bartlett de escala SOC-13

Medida de adecuación de muestreo	Kaiser-Meyer-Olkin	de	,769
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado		772,804
	GI		78
	Sig.		,000

Fuente. Ídem tabla 1.

Para selección del número de factores, se utilizó el gráfico de sedimentación, el cual se analizó en base a dos criterios, el de contraste de caída, que sugiere entre 1 y 2 factores, y la regla de Gutman- Kaiser, que derivan en visualizar 4 factores con autovalores mayores que 1 (ver figura 9), los cuales además explican el 60,5% de la varianza (tabla 26).

Figura 9. Gráfico de sedimentación



Fuente. Ídem tabla 1.

Tabla 26. Varianza total explicada de la Escala SOC-13

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,728	28,677	28,677	3,728	28,677	28,677	2,441	18,774	18,774
2	1,660	12,773	41,450	1,660	12,773	41,450	2,293	17,639	36,413
3	1,362	10,473	51,923	1,362	10,473	51,923	1,877	14,439	50,852
4	1,121	8,620	60,543	1,121	8,620	60,543	1,260	9,691	60,543
5	,963	7,408	67,951						
6	,754	5,799	73,750						
7	,648	4,981	78,731						
8	,568	4,370	83,102						
9	,550	4,234	87,336						
10	,526	4,044	91,380						
11	,465	3,575	94,955						
12	,377	2,899	97,854						
13	,279	2,146	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Fuente. Ídem tabla 1.

Se realizó el AFE con extracción de componentes principales de 3 y 4 factores, de acuerdo a los autovalores mayores a 1, dado que presentaban una varianza superior al 50%, según lo recomendado.

El AFE con método de extracción de componentes principales, con rotación varimax de tres componentes explica un 51,9% de la varianza. El primer componente fue conformado por los ítems 1, 4, 7, 11 y 12, el segundo componente agrupado por los ítems 5, 8, 9 y 13, por último, el tercer componente, se conforma por los ítems 2, 3, 6 y 10. Todos estos ítems presentaron cargas factoriales superiores a 3. El ítem 6 correlacionó de forma negativa con los 3 componentes (tabla 27).

Tabla 27. Matriz de componente rotado<sup>a</sup> de 3 componentes

	Componente		
	1	2	3
SOC4. Hasta ahora su vida:	,769		
SOC7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:	,657		
SOC12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia?	,646	,354	
SOC1. ¿Tiene la sensación de que no le importa lo que sucede a su alrededor?	,614		
SOC11. Cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:	,413		
SOC9. ¿Le sucede que tiene sentimientos que no quisiera tener?	,365	,721	
SOC5. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?		,711	
SOC13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos que no está seguro de poder controlar?		,657	
SOC8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?	,315	,633	
SOC2. En el pasado ¿se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?			,857
SOC3. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado?			,841
SOC10. Muchas personas, incluso las que tienen carácter fuerte, en algunas situaciones se han sentido como perdedoras. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?	,462		,492
SOC6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?			-,459

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Fuente. Ídem tabla 1.

Según el AFE con método de extracción de componentes principales y con rotación varimax de 4 componentes explica el 60,5% de la varianza, tabla 28. El primer componente está conformado por los ítems 8, 9, 11 y 13, el segundo componente agrupado por los ítems 1, 4, 7 y 12, el tercer componente por los ítems 10, 2 y 3, y por último, el cuarto componente se conforma por los ítems 5 y 6 (tabla 28).

Tabla 28. Matriz de componente rotado<sup>a</sup> de 4 componentes

	Componente			
	1	2	3	4
SOC9. ¿Le sucede que tiene sentimientos que no quisiera tener?	,823			
SOC13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos que no está seguro de poder controlar?	,746			
SOC8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?	,712			
SOC11. Cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:	,330			
SOC4. Hasta ahora su vida:		,739		
SOC7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:		,732		
SOC12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia?	,389	,641		
SOC1. ¿Tiene la sensación de que no le importa lo que sucede a su alrededor?		,636		
SOC3. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado?			,898	
SOC2. En el pasado ¿se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?			,891	
SOC10. Muchas personas, incluso las que tienen carácter fuerte, en algunas situaciones se han sentido como perdedoras. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?	,328	,412	,438	
SOC6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?				,822
SOC5. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?	,476			,630

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Fuente. Ídem tabla 1.

Los modelos desde el AFE presentan diferencias con respecto a la distribución de factores otorgada por el autor (99), en la cual los ítems se agrupan de forma diferente, siendo en la teoría 3 dimensiones; comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

En la comparación del modelo teórico con los modelos del AFE de tres y cuatro factores, se observa que algunos ítems se mantienen agrupados en los tres modelos.

En efecto, para la dimensión teórica de comprensibilidad, los ítems 8,9 y 11 se agrupan en el segundo componente del modelo de tres factores y en el primer componente del modelo de cuatro factores. En la dimensión de manejabilidad, los ítems 3 y 10 se agrupan en el 3° componente de ambos modelos del AFE. Mientras que en la dimensión de significatividad los ítems 1,4 y 7 pertenecen al primer y segundo componente del modelo de tres y cuatro factores respectivamente. Son estos ítems los que se mantienen agrupados en los tres modelos de forma consistente; mientras que los demás ítems se distribuyen de forma variada y diferente a la teórica (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Comparación de la disposición de los ítems entre la teoría y los modelos de AFE

	Teoría	AFE 3 componentes	AFE 4 componentes
SOC2. En el pasado ¿se ha sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?	Comprensibilidad	3° componente	3° componente
SOC6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?	Comprensibilidad	3° componente	4° componente
SOC8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?	Comprensibilidad	2° componente	1° componente
SOC9. ¿Le sucede que tiene sentimientos que no quisiera tener?	Comprensibilidad	2° componente	1° componente
SOC11. Cuando algo le ha sucedido, en general, ha sentido que:	Comprensibilidad	2° componente	1° componente
SOC3. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado?	Manejabilidad	3° componente	3° componente

SOC5. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente?	Manejabilidad	2° componente	4° componente
SOC10. Muchas personas, incluso las que tienen carácter fuerte, en algunas situaciones se han sentido como perdedoras. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?	Manejabilidad	3° componente	3° componente
SOC13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos que no está seguro de poder controlar?	Manejabilidad	2° componente	1° componente
SOC1. ¿Tiene la sensación de que no le importa lo que sucede a su alrededor?	Significatividad	1° componente	2° componente
SOC4. Hasta ahora su vida:	Significatividad	1° componente	2° componente
SOC7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:	Significatividad	1° componente	2° componente
SOC12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia?	Significatividad	2° componente	2° componente

Fuente. Ídem tabla 1.

Dado que la norma general, indica que por factor se debe tener mínimo entre 3 a 4 ítems para determinar a dicho factor y darle estabilidad factorial (96), se descarta el modelo de 4 factores para el AFC, puesto que su 4° factor solo está compuesto por 2 ítems.

### 5.3.4.2.2 Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

En el AFE se observa que la escala SOC-13 es multifactorial, y no unifactorial como lo describe la teoría, por ello, se realizó el AFC, aun cuando este estudio no cumple con el tamaño de muestra recomendado. Este proceso se llevó a cabo de igual forma, tomando ejemplo en las investigaciones en que no se realiza el procedimiento de dividir la muestra para proceder a realizar ambos análisis factoriales.

Se analizó la normalidad multivariada mediante el coeficiente de Mardia, y esta fue rechazada, tabla 29.

Tabla 29. Coeficiente de Mardia

	<b>Coefficient</b>	<b>z</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Skewness	15.506		615.084	455	< .001
Kurtosis	205.526	4.111			< .001

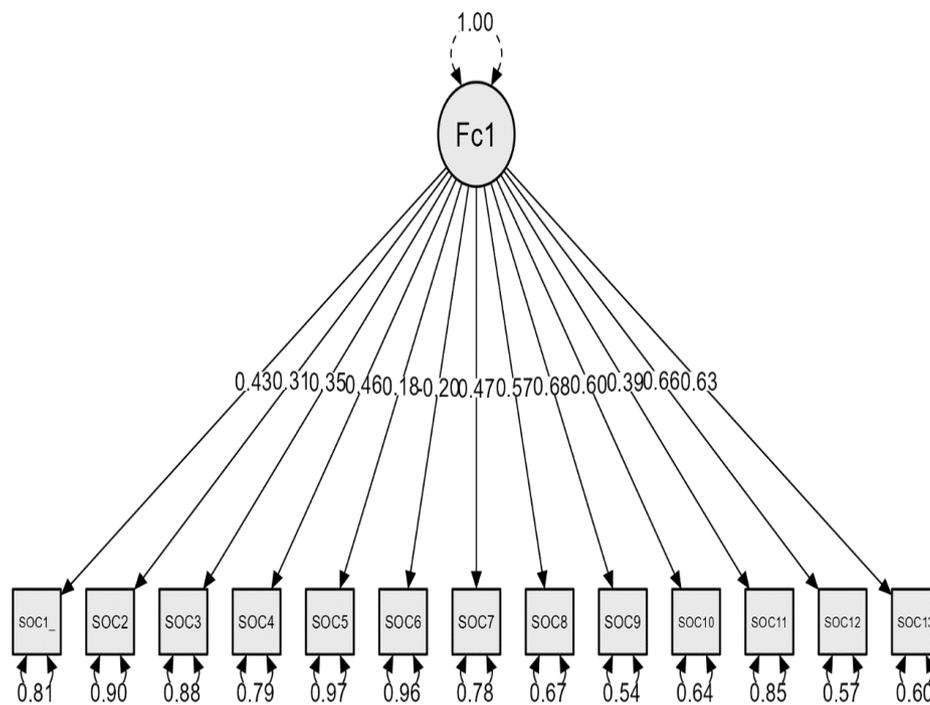
Fuente. Ídem tabla 1.

Se contrastaron diferentes modelos, dos extraídos de la teoría, uno del marco empírico (103) y el modelo de 3 factores sugeridos por la regla de Kaiser.

### 5.3.4.2.2.1 Modelo unifactorial desde la teoría

Se realizó el AFC con el modelo unifactorial extraído desde la teoría, se utilizó el método de estimación Diagonally weighted least squares (DWLS), la razón de  $\chi^2$  es  $\chi^2/df=2,88 < 3$ . Los índices de ajuste no fueron adecuados en este modelo (CFI=0,879; TLI=0,854; RMSA=0,089; SRMR=0,098). En el AFC del modelo unifactorial se observó que los ítems 5 y 6 presentan baja carga factorial (<0,3) y este último con carga negativa. Figura 10.

Figura 10. Path Diagram de los resultados del AFC del modelo unifactorial



Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3.4.2.2 Modelo trifactorial desde lo empírico

En el AFC de 3 factores desde lo empírico, se utilizó el método de estimación de máxima verosimilitud, donde el factor 1 (comprensibilidad) está conformado por los ítems 5, 6, 8, 9, 11 y 13, el factor manejabilidad por los ítems (1, 4, 7, 10 y 12) y el factor 3 (significatividad) por los ítems 2 y 3. La razón de  $\chi^2$  es  $\chi^2/df=2,22 < 3$ . Los índices de ajustes fueron cercanos a lo aceptable (CFI=0,894; TLI=0,866; RMSA=0,072; SRMR=0,071). Al igual que en el modelo unifactorial, los ítems 5 y 6 presentaron baja carga factorial ( $< 0,3$ ), y éste último cargó de forma negativa, los demás ítem presentaron cargas factoriales mayores a 0,3 (0,34 - 0,91), figura 11.

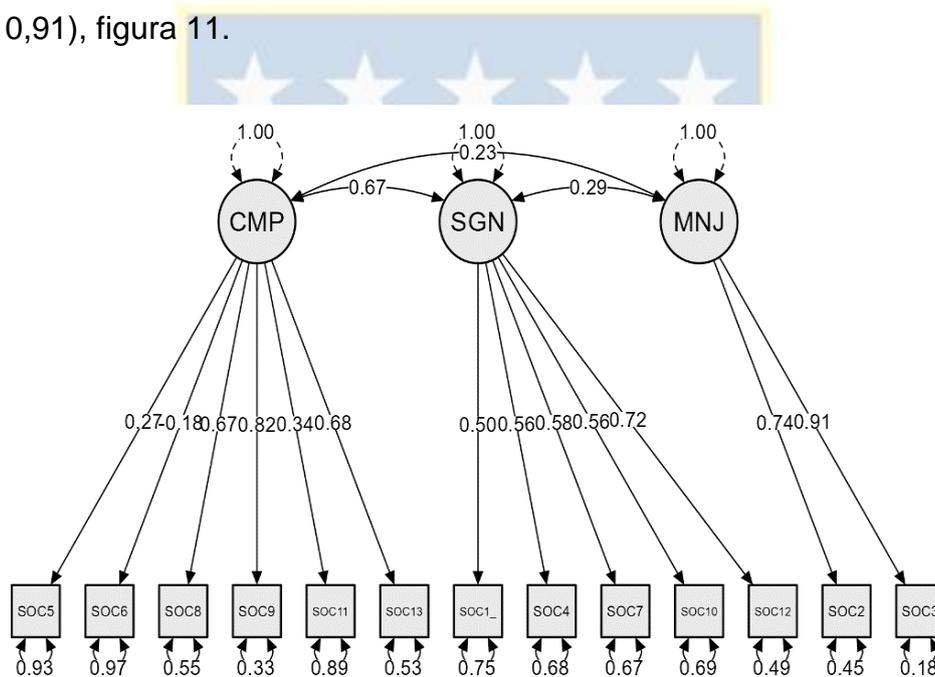
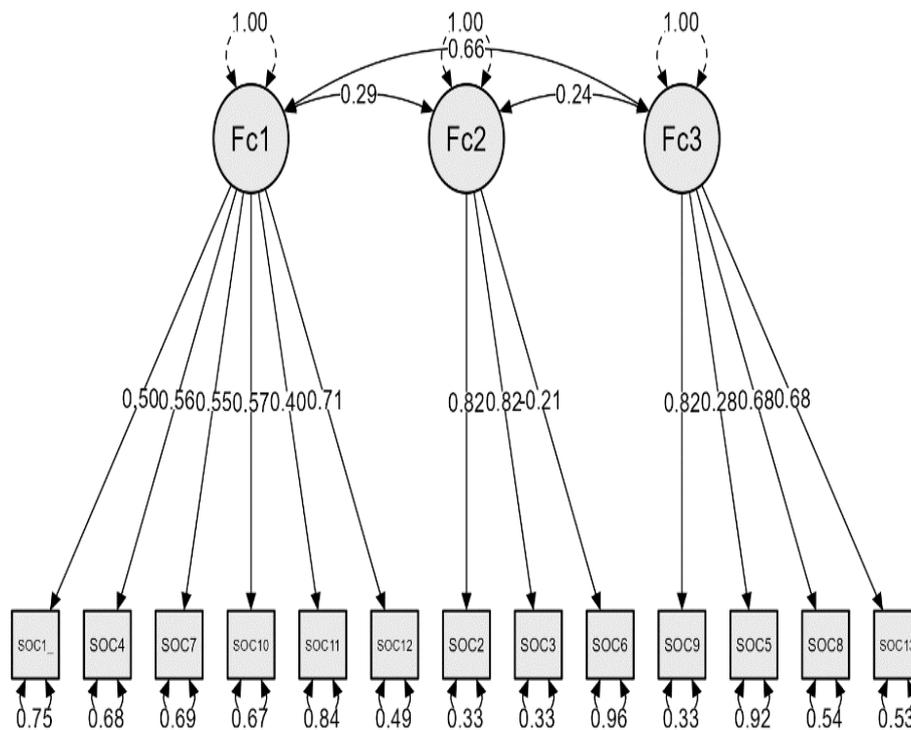


Figura 11. Path Diagram de los resultados del AFC del modelo trifactorial desde lo empírico  
Fuente. Ídem tabla 1.

### 5.3.4.2.2.3 Modelo trifactorial desde el AFE

La solución confirmatoria del modelo de 3 factores extraído desde el AFE, evidenció una razón de  $\chi^2$  es  $\chi^2/gl=2,06 < 3$ . Los índices de ajustes fueron cercanos a lo aceptable (CFI=0,908; TLI=0,884; RMSA=0,067; SRMR=0,066). Los ítems 5 y 6 presentaron baja carga factorial ( $< 0,3$ ), y éste último cargó de forma negativa, el resto de los ítems presentaron cargas factoriales que iban desde 0,40 a 0,82, figura 12.

Figura 12. Path Diagram de los resultados del AFC del modelo trifactorial desde AFE



Fuente. Ídem tabla 1.

Al analizar las medidas de ajuste de los 3 modelos (ver tabla 30), el modelo de tres factores desde el AFE, presenta un ajuste aceptable.

Tabla 30. Análisis comparativo de los 3 modelos factoriales

Modelo	p*	X <sup>2</sup> /gl	CFI	TLI	RMSEA (IC 90%)	SRMR	GFI	AIC	BIC
<b>1 factor</b>	<0,001	2,88	0,879	0,854	0,089 (0,074- 0,104)	0,098	0,954		
<b>3 factores</b>	<0,001	2,22	0,894	0,866	0,072 (0,056- 0,088)	0,071	0,918	11566,9	11667,7
<b>3 factores AFE</b>	<0,001	2,06	0,908	0,884	0,067	0,066	0,925	11556,8	11657,5

\*Test chi-cuadrado

Fuente. Ídem tabla 1.



## 5. DISCUSIÓN

La población de este estudio la conformaron 238 estudiantes universitarios con un promedio de 22 años, rango similar a la de otros estudios que presentaban una media entre 20 (105,121-123) y 21 años (22, 101, 104,124). Hubo una mayor participación de mujeres (Mujeres= 55,5%, Hombres= 44,5%), patrón que también se dio en otros estudios (22, 99-101,125-126). Entre las áreas de conocimiento predominó el área de las ciencias de la salud, resultados similares se observaron en otras validaciones del SOC realizadas en universitarios, ya sea, por un enfoque dirigido intencionalmente a estas (101, 121) o efectivamente por mayor respuesta por parte de los estudiantes de esta área (122).

El propósito de esta investigación fue validar un instrumento para evaluar el sentido de coherencia en estudiantes universitarios. Para esto fue complejo encontrar las etapas que incluyen el proceso de validación, como no existe consenso en los criterios para realizar una validación, en este estudio se siguieron las siguientes etapas: en primer lugar, se realizó una adaptación transcultural siguiendo los lineamientos de Ramada-Rodilla (66), luego, la validación de contenido por análisis de criterios y coeficiente de validez de Aiken (85-88), posteriormente, confiabilidad de la escala (68,75) y validez de constructo (63).

Posterior a la fase de traducción y retrotraducción, se llevaron a cabo modificaciones en la escala SOC-13 con finalidad de adaptarla a nuestra cultura, al igual que en estudios realizado en España (99-101), sin embargo, en estos no se menciona el proceso de revisión por expertos, con el objetivo de analizar discrepancias, para obtener una versión comprensible y equivalente a la versión original (68,71).

En el proceso de revisión, los expertos realizaron sugerencias a 4 ítems de la escala: el ítem 2 “¿le ha sucedido en el pasado que estuviera sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?”; ítem 6 “¿tiene la sensación de estar en una situación extraña y no saber qué hacer?”, ítem 10 “Muchas personas, incluso las que tienen carácter fuerte, a veces se han sentido

*perdedoras en algunas ocasiones ¿con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?” y ítem 11 “Cuando algo ha pasado, en general, ha sentido que: sobrevaloró o subvaloró su importancia o valore las cosas en justa dimensión”*, estos se modificaron en base al aporte de los expertos. Rajesh et al (105) reportó la modificación solo del ítem 9.

La validez de contenido de la escala fue llevada cabo por 6 expertos de diferentes áreas, y se cuantificó el acuerdo entre ellos mediante el coeficiente de validez V de Aiken (87-88), estadístico pertinente para estimar la validez de contenido (126), obteniendo una V de Aiken de 0,83 [IC 0,55-0,95], rango aceptable a la cantidad de jueces (90). Esto significa que los diferentes ítems de la escala reflejan los dominios que miden (34,73). Con respecto a este estadístico no se encontraron estudios para comparar.

La escala mostró niveles adecuados de confiabilidad, según alfa de Cronbach, coeficiente omega, Spearman-brown y coeficiente de Guttman. Para la consistencia interna, el alfa de Cronbach del puntaje total de la escala fue de 0,74, valor dentro de los rangos de confiabilidad hallados en validaciones realizadas en población colombiana, árabes, española, y otras, que fluctuaban entre 0,70-0,92 (98, 126, 127-128). Un coeficiente de omega de 0,76, similar a la omega de 0,78 encontrado en población general colombiana (128). Cabe señalar que el ítem 6 “¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?” correlacionó negativamente con la escala y al extraerlo aumentaba en 0,004 el alfa de Cronbach de la puntuación global, comportamiento que no se ha presentado en otros estudios.

En cuanto a la consistencia interna de las dimensiones del SOC, en esta muestra resultó baja, los valores fluctuaron entre 0,31 a 0,69, resultados similares en otras investigaciones (99, 100, 104, 126-128). En particular, se observó en manejabilidad ( $\alpha=0,52$ ) y comprensibilidad ( $\alpha=0,31$ ) una baja confiabilidad, cabe señalar que en otros estudios comprensibilidad poseía alfas entre  $\alpha=0,62-0,69$  (100,104, 126-127). La baja confiabilidad por dimensión, indicaría que la escala SOC-13 debe utilizarse como una escala global y no separada por dimensiones. Esto es concordante con lo planteado por

Antonovsky, quien refería que la escala se debe calificar con un puntaje total único y no por el puntaje de sus dimensiones. Según la teoría, es el sentido de coherencia en su totalidad lo que influye en el movimiento a lo largo del continuo de bienestar/ malestar (53).

También se analizó Split- Halves, obteniendo un coeficiente Spearman-Brown de 0,675, y un coeficiente de Guttman de 0,652. En relación a este último, en otros estudios se han obtenido valores entre 0,70 a 0,83 (100,105, 126). De acuerdo a los resultados encontrados, se puede afirmar que existe correlación entre ambas mitades, es decir, los ítems de la escala son equivalentes, y por ende, la escala es confiable.

Respecto a la validez convergente entre los constructos SOC y autoeficacia, se observó una correlación positiva y moderada entre ambos ( $r=0,49$ ;  $p < 0,01$ ). De igual manera, estudios previos en población general (109), adolescente (110), universitaria (124), y pacientes con enfermedades específicas (111, 129) han hallado relación entre el SOC y la AEG, con correlaciones que van desde 0,31 a 0,54. Puede que la asociación con autoeficacia, se deba a que poseen elementos en común, tales como; componentes cognitivos, afectivos y conductuales (58,109), estas similitudes también las menciona Antonovsky, en que analiza las dimensiones del SOC (significancia, comprensibilidad y manejabilidad), con las condiciones para un comportamiento eficaz en la autoeficacia de Bandura (2). Ambos conceptos están bajo el paraguas salutogénico, por lo que están relacionados al contribuir a la salud y por ende al bienestar de las personas. Además, es necesario mencionar que existe cierto grado de influencia de la autoeficacia como recurso sobre el fortalecimiento del SOC, dado que la esta influye en las elecciones y comportamiento de los individuos (129).

Con respecto al análisis factorial, en el AFE se determinó una estructura de 3 factores, que explicaba un 50,85% de la varianza, confirmando lo expuesto en una revisión sistemática, que señala el carácter multidimensional de la escala (98) y contrastando lo descrito por Antonovsky sobre la unidimensionalidad de esta (49). De igual forma, estudios recientes han obtenido hallazgos similares a los encontrados en esta investigación sobre la disposición del SOC en 3 factores (100-101,105,128). Los ítems no corresponden en su totalidad con la distribución

teórica en las dimensiones que compone el SOC (54, 99), al igual que en otras validaciones (99-101, 105, 127). Así, Lizarbe- Chacarro et al (100) encontró que, el primer factor engloba a los ítems 5, 6, 8, 9, 11 y 13; el segundo factor estaría compuesto por los ítems 1, 4, 7,10 y 12 y el tercer factor por los ítems 2 y 3. Rajesh et al (105), encontró otra distribución, en el primer factor se agruparon los ítems 4,5,6 y 11; el segundo factor los ítems 8,9,12 y 13 y en el tercer factor los ítems 1, 2 y 3. Es decir, se ha reportado que los ítems por factor se disponen de forma diferente.

Dado que en el AFE se obtuvo un modelo de 3 factores se realizó el AFC para analizar el ajuste del modelo. Se compararon 3 modelos, el primero según la propuesta de Antonovsky como modelo de 1 factor (49), el segundo modelo de 3 factores planteado por Vega M et al (101) elegido puesto que fue realizado en una población similar a la de esta investigación y el tercer modelo de 3 factores desde el AFE. Para esta muestra el modelo de 3 factores del AFE fue el que presentó medidas de ajuste aceptable (CFI=0,908; RMSEA=0,067; SRMR=0,066). En comparación a otros estudios (101, 104, 125-126, 128), se encontraron bajas medidas de ajuste en el modelo analizado.

Es importante señalar, que para esta muestra el ítem 6 “¿*Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?*” tuvo un comportamiento problemático, pues cargó de forma negativa tanto en el AFE como en el AFC. Lo que haría suponer que es un ítem que debe ser revisado de forma sintáctica y semántica, dado que también afecta la confiabilidad de la escala. Hallazgos similares a este no se han encontrado en la literatura.

Dado al análisis realizado, a pesar de la multidimensionalidad hallada en la escala SOC-13, se recomienda trabajarla como un puntaje global más que por dimensiones.

## 7. CONCLUSIÓN

La escala SOC-13, es de fácil administración y comprensión, adaptada a la cultura chilena, es confiable y válida en población universitaria.

La escala presentó una excelente validez de contenido, una buena confiabilidad, correlacionó positivamente con autoeficacia, y se demostró el carácter multidimensional de esta, sin embargo, se recomienda la puntuación global de la escala debido a la baja confiabilidad por dimensiones.

La escala SOC, al presentar un enfoque positivo, permite desarrollar investigaciones con un foco promotor de la salud, ya que es un medio tangible para medir el sentido de coherencia, concepto que determina la habilidad de las personas para adoptar las estrategias adecuadas para afrontar diferentes situaciones de la vida.

En Chile, no se encontraron publicaciones que midan el sentido de coherencia, por ello, es un desafío, integrarnos a la visión salutogénica y sumarnos a quienes ya han iniciado este trabajo al validar la escala con el fin de medir el SOC en sus poblaciones.

Por tanto, el presente estudio, podría abrir nuevas perspectivas para investigación relacionada con la salutogénesis en diferentes ámbitos en el contexto chileno, por ello, se insta a la realización de nuevos estudios con esta u otras versiones del SOC, ampliando la población de estudio a diferentes rangos etarios y a analizar su estabilidad a largo plazo en población chilena, dado que, el análisis psicométrico es un proceso continuo que requiere constante evaluación.

## 8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presentó algunas limitaciones, las que se mencionan a continuación.

En primer lugar, dado al escenario de restricciones por la pandemia del covid-19, se realizaron modificaciones a la recolección de datos del estudio, transformándolo desde una modalidad presencial a una online.

En segundo lugar, la fase de adaptación transcultural de la escala, tomo más tiempo del esperado, dado a la demora en la respuesta de los dos grupos de expertos, por lo que se tuvo que insistir constantemente para acceder a esta información esencial para poder proseguir con las otras fases de la investigación.

El mismo caso sucedió, con la autorización de las facultades, dado al trabajo remoto a inicios de pandemia tuvo que enviarse las solicitudes vía correo electrónico, lo que significó una demora en el tiempo de respuesta, además, algunas de ellas de acuerdo a sus normativas, requerían de presentación presencial para autorizar una investigación en sus estudiantes.

También fueron mayores los tiempos estimados para la recolección de datos, y a pesar del aumento de este, hubo una respuesta menor a la esperada. Por ello, dado a la gran cantidad de tiempo de espera acumulado en fases previas, se tuvo que terminar el proceso de recolección de datos con los datos recabados, obteniendo una población menor a la propuesta.

Finalmente, dado a la modalidad de la recolección de datos en un instrumento de autoinforme, puede existir sesgos de deseabilidad social, aún cuando se establecía total anonimato en sus respuestas.

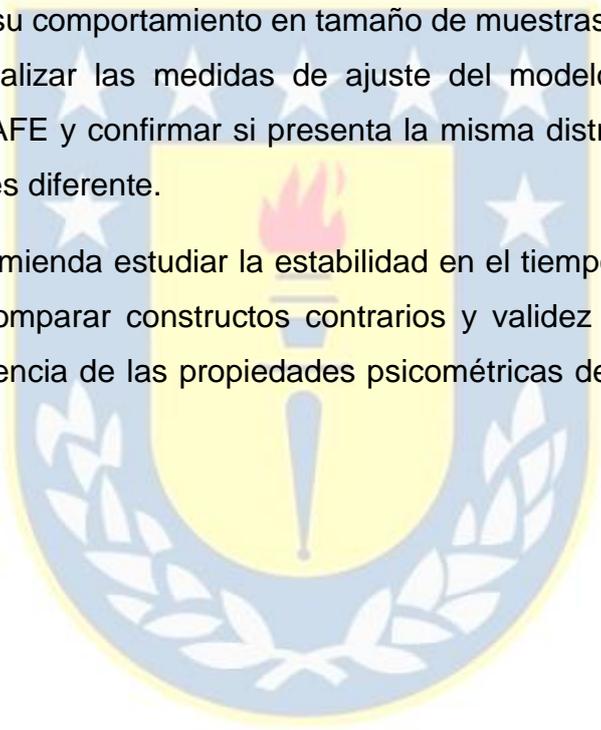
## 9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, es esencial mencionar las siguientes sugerencias:

Se deben socializar los resultados obtenidos en este estudio, para que la escala sea utilizada como herramienta para analizar el SOC en la población chilena. De igual forma, aplicar la escala a personas de diferentes rangos etarios y étnicos, con la finalidad de analizarlo en otras poblaciones.

Se sugiere utilizar la escala como puntaje global, más que por dimensiones. Además, estudiar su comportamiento en tamaño de muestras más grandes, con la finalidad de analizar las medidas de ajuste del modelo de tres factores encontrado en el AFE y confirmar si presenta la misma distribución observada en este estudio o es diferente.

Asimismo, se recomienda estudiar la estabilidad en el tiempo del SOC, validez divergente para comparar constructos contrarios y validez de criterio, lo que aumentará la evidencia de las propiedades psicométricas de esta escala en la cultura chilena.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Juvinya-Canal D. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm Clin.* 2013; 23(3):87-88.
2. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1986 [citado 20 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Promoción de Salud: Glosario [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/cgi-bin/repository.pl?url=/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/cgi-bin/repository.pl?url=/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
5. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene* [Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 29]; 10(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es).
6. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Documentia Universitaria. Girona. Universitat de Girona. 2011.
7. Rodríguez M, Couto M, Díaz N. Modelo Salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odont. Venez.* [Internet]. 2015 [citado enero 2020]; 53(3). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/#>
8. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* [Internet]. 1996 [citado 30 septiembre 2019]; 11(1): 11-18. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

9. Organización Mundial de la Salud. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; SF [citado 20 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>
10. López-Fernández L, Solar Hormazábal O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. Gaceta Sanitaria [online]. 2017 [citado 14 octubre 2019]; 31(6):443-445. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.013>.
11. Cuba M, Albrecht C. A 30 años de la Carta de Ottawa. Acta méd. Peru [Internet]. 2017 [citado 14 octubre 2019]; 34(1): 66-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000100012&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000100012&lng=es)
12. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado 20 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
13. Ministerio de salud (MINSAL). Enfermedades no transmisibles [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015 [citado 20 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/enfermedades-no-transmisibles/>
14. Departamento de Promoción de Salud. Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2013 [citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
15. Cid P, Merino J, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev Méd Chile [Internet]. 2006 [citado 20 septiembre 2019]; 134:1491-1499. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872006001200001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200001)
16. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010. [citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

17. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MINDES). Elige vivir sano [Internet]. Santiago: MINDES; SF [citado 20 diciembre 2019]. Disponible en: <http://eligevivirsano.gob.cl/sobre-nosotros/>
18. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Primeros resultados [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [citado 20 septiembre 2019]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
19. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009-2010 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010 [citado 20 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
20. Gómez Z, Landeros P, Romero E, Troyo R. Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. Revista de Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2016 [citado 21 Septiembre 2019]; 15 (2): 15-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>
21. Bastías E, Stieповich J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 [citado 21 Septiembre] 20 (2): 93-101. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000200010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010)
22. Escobar-Castellanos B, Cid P, Juvinyà D, Sáez K. Estilo de vida promotor de salud y sentido de coherencia en adultos jóvenes universitarios. Hacia. Prom. Salud. 2019; 24 (2): 107-122. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.9
23. Varela-Arévalo MT, Ochoa-Muñoz AF, Tovar-Cuevas JR. Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. Rev Univ. Salud [Internet]. 2016 [citado 21 septiembre 2019]; 18(2):246-256. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a06.pdf>
24. Instituto Nacional de la Juventud. Octava encuesta Nacional de la Juventud. [Internet]. Santiago: INJUV; 2015 [Citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro\\_Octava\\_Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Juventud.pdf](http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf)

25. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Resultados Jóvenes, Casen 2017. [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2017. [citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimension/al/casen/docs/Casen\\_2017\\_Jovenes.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimension/al/casen/docs/Casen_2017_Jovenes.pdf)
26. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado 30 octubre 2019]. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wpcontent/uploads/2018/12/2018.12.13\\_PROGRAMA-ADOLESCENTES\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wpcontent/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf)
27. Ministerio de Educación. Mineduc informa datos oficiales de Matrícula 2018 en Educación Superior. [Internet]. Santiago: Mineduc; 2018 [Citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.mineduc.cl/2018/06/26/mineduc-informa-datos-oficiales-de-matricula-2018-en-educacion-superior/>
28. Universidad de Concepción. Modelo educativo [Internet]. Concepción: Universidad de Concepción; 2011 [Citado 21 septiembre 2019]. Disponible en: [http://docencia.udec.cl/wpcontent/uploads/2014/05/Modelo\\_educativo\\_opti.pdf](http://docencia.udec.cl/wpcontent/uploads/2014/05/Modelo_educativo_opti.pdf)
29. Universidad de Chile [Internet]. Santiago: Kahn S; 2016 [citado 30 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/noticias/119017/universidades-promotoras-de-la-salud-se-reunieron-en-casa-central>
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas [Internet. Pamplona: OPS; 2011 [citado 30 septiembre 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_docman&view=document&layout=default&alias=247-una-nueva-mirada-al-movimiento-universidades-promotoras-salud-las-americas-7&category\\_slug=guias-973&Itemid=1031](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=247-una-nueva-mirada-al-movimiento-universidades-promotoras-salud-las-americas-7&category_slug=guias-973&Itemid=1031)

31. Ministerio de Salud. Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015 [citado 30 septiembre 2019], Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/JORNADA%20IESPS%20%20AGOSTO%202015%20MINSAL.pdf>
32. Mittelmark M, Bauer G. The meanings of salutogenesis. En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. The Handbook of salutogénesis. 1a ed. Cham: Springer Internacional Publisher; 2017.p 7-13
33. Lujan- Tangarife J, Cardona- Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Arch. Med [Internet] 2015 [citado 02 octubre 2019]; 11(3). Doi:10.3823/1251
34. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. Rev. Salud pública. 2004; 6(3): 302-318. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/>
35. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2010 [citado 27 diciembre 2019]; 138 (5): 551-557. 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)
36. Álvarez E, Barra E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [citado 23 abril 2020]; 16(3): 63-72. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300008&lng=es).
37. Chavarría M, Barra E. Satisfacción Vital en Adolescentes: Relación con la Autoeficacia y el Apoyo Social Percibido. *Ter Psicol* [Internet]]. 2014 [citado 23 abril 2020]; 32(1): 41-46. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0718-48082014000100004&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0718-48082014000100004&script=sci_arttext).
38. Canales S, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud* [Internet] 2014 [citado 23 abril 2020]; 24 (2): 167-173. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922>

39. Schwarzer R. General Self- Efficacy Scale (GSE) [Internet]. Poland: Ralf Schwarzer; 2012 [citado 30 diciembre 2019]. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>
40. Arco-Canoles O, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018; 20(2):171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
41. Colomer-Pérez N, Gea-Caballero V, Chover-Sierra E, Paredes-Carbonell J. Salutogénesis y autocuidado comunitario: también responsabilidad enfermera. Rev Esp Salud Pública. 2018; 92 (19). Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/re\\_sp/revista\\_cdrom/VOL92/CARTA/RS92C\\_201812088.doc.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/re_sp/revista_cdrom/VOL92/CARTA/RS92C_201812088.doc.pdf)
42. Ministerio de Salud. Código Sanitario [Internet] modificación 14 febrero 2014 [citado 26 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.leychile.cl>
43. Benito J, Bueno C. Educar para sanar: Ciencia y Conciencia del nuevo paradigma educativo. Mindful Science Corporation, Estados Unidos. 2015
44. Rodríguez A, Casas D, Contreras G, Ruano L. De la enfermología a la Salutogénesis: conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. Revista Médica de la UCR [Internet]- 2015 [citado 26 septiembre 2019]; 9(2): 1-8. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/21988>
45. Forbech H, Langeland E, Bul T. Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. The Handbook of Salutogénesis. 1a ed. Cham: Springer Internacional Publisher; 2017. p. 25-40.
46. Antonovosky A. Health, stress and coping. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1979
47. Antonovsky A, Dowty N, Maoz B, Wijsenbeek H. Twenty-Five Years Later: A Limited Study of Sequelae of the Concentration Camp Experience Social Psychiatry. 1971; 6 (4): 186-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00578367>
48. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo Salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85: 129-139

49. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Sot. Sri. Med* [Internet]. 1993 [citado 5 noviembre 2019]; 36 (6):125-733. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369390033Z>
50. Idan O, Eriksson M, Al-Yagon M. The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources, En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. *The Handbook of salutogénesis*. 1a ed. Suiza: Springer Internacional Publisher; 2017. p. 57-69.
51. Menezes V, Vilela M. Senso de coerência e adolescência: uma revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2014 [citado 10 noviembre 2019]; 19(3):819-827. Doi: 0.1590/1413-81232014193.20712012
52. Eriksson M. The Sense of Coherence in the salutogenic Model of Health. En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. *The Handbook of salutogénesis*. 1a ed. Cham: Springer Internacional Publisher; 2017. p. 91-95.
53. Eriksson M, Mitelmark M. The sense of coherence and its Measurement. En: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. *The Handbook of salutogénesis*. 1a ed. Cham: Springer Internacional Publisher; 2017. p. 97-106.
54. Velásquez A. Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Revista Pequén* [Internet]. 2012 [citado 28 diciembre 2019]; 2 (1): 148 - 160. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISI%C3%93N%20HIST%C3%93RICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf>
55. Busot I. Teoría de la autoeficacia (A.Bandura): Un basamiento para el proceso instruccional. *Encuentro educacional* [Internet].1997 [citado 20 abril 2020]; 4(1): 53-63. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/dac1/78067bd399baf31ba5c9dbdf98d05280fa86.pdf>
56. Bandura A. Pensamiento y acción. *Fundamentos sociales* [Thought and action. Social foundations]. Barcelona: Martínez Roca. 1987.

57. Brenlla M, Aranguren M, Rossaro M, Vázquez N. Adaptación para buenos aires de la Escala de Autoeficacia General. Interdisciplinaria [Internet]. 2010 [citado 28 diciembre 2019]; 27 (1): 77-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272010000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272010000100006&script=sci_arttext&tlng=pt)
58. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. Cienc enferm [internet]. 2007 [citado 10 enero 2020], 13 (1): 9 - 15. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002)
59. Roca M. Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. Revista cubana de psicología [Internet]. 2002 [citado 20 abril 2020]; 19(3): 19-200. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/01.pdf>
60. Bandura A. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. Educational Psychologist. 1993; 28 (2):117-148.
61. Covarrubias C. El sentimiento de autoeficacia en una muestra de profesores Chilenos [Tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2014 [citado 20 abril 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/24947/1/T35284.pdf>
62. Jerusalem M, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En: Schwarzer R (Ed.). Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere; 1992. p. 195-213.
63. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Abr [citado 2020 Ene 22]; 34 (1): 63-72. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es)
64. Nunnally J. Introducción a la medición psicológica. Buenos Aires: Paidós y Centro Regional de Ayuda Técnica, Agencia para el Desarrollo Internacional; 1970.
65. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Análisis de los datos en la ruta cuantitativa. En: Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la Investigación: Las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. 1ª edición. México: Mc Graw Hill; 2018. p. 310-385.

66. Ramada-Rodilla J, Serra-Pujadas C, Delchós-Clanchet G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Mex* [Internet. 2013; 55(1):57-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009)
67. Beaton D, Bombardier C, MD, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE* [Internet]. 2000 [citado 2 enero 2020]; 25 (24): 3186–3191. Disponible en: <https://lab.research.sickkids.ca/pscoreprogram/wpcontent/uploads/sites/7/2/2017/12/Beaton2000-GuidelinesCrossCulturalAdaptation.pdf>
68. Hambleton R, Zenisky A. Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. En: D. Matsumoto y F.J.R. van de Vijver, Editors. *Cross-cultural research methods in psychology*. Nueva York: Cambridge University Press; 2011. p. 46-70.
69. Muñiz J, Elousa P, Hambleton R. Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición. *Psicothema* [Internet]. 2013 [citado 20 octubre 2020]; 25(2): 151-157. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4093>
70. Costa N, De Brito E. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Pan Am J Public Health* [Internet]. 2002 [citado 20 octubre 2020]; 11(2): 109-11. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n2/109-111/>
71. Lira M, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *REV. MED. CLIN. CONDES* [Internet]. 2020 [citado 20 octubre 2020]; 31(1) 85-94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301166>
72. Hernández- Sampieri R, Mendoza C. Recolección de datos en la ruta cuantitativa. En: Hernández- Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación: Las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. 1ª edición. México: Mc Graw Hill; 2018. p.224-309
73. Campo-Arias A, Oviedo H. Propiedades Psicométricas de una Escala: La Consistencia Interna. *Rev salud pública* [Internet]. 2008 [citado 29

- Noviembre 2019]; 10(5):831-839. Disponible en:  
<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10n5/831-839/es>
74. Argibay J. Técnicas psicométricas. cuestiones de validez y confiabilidad .Subjetividad y Procesos Cognitivos [Internet]. 2006 [citado 30 Noviembre 2019]; 8: 15-33. Disponible:  
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630247002.pdf>
75. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon, 2003.
76. Ventura-León J; Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [internet].2017 [citado 20 marzo 2022]; 15(1): 625-627. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>
77. Oviedo H, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría.2005[ citado 20 marzo del 2022]; 34 (4): 572-580. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502005000400009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502005000400009&script=sci_abstract&tlng=es)
78. Meneses J, Barrios M, Bonillo A, Cosculluela A, Lozano L, Turbany J, Valero S. Psicometría. Barcelona: Editorial UOC; 2013.
79. Reidl-Martínez L. Confiabilidad en la medición. Inv Ed Med [Internet]. 2013[citado 20 diciembre 2019]; 2(6):107-11. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713726954>
80. Restrepo L, González J. De Pearson a Spearman. Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias [Internet]. 2007 [citado 20 abril 2020]; 20(2): 183-192. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=295023034010>
81. Dagnino J. Correlación. Rev Chil Anest [Internet].2014 [citado 20 abril 2020]; 43 (2): 150-153 Disponible en:  
<https://revistachilenadeanestesia.cl/correlacion/>
82. Mokkink L, Terwee C, Patrick D, Alonso J., Stratford P, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. Qual Life Res [Internet]. 2010[citado 30

- Noviembre 2019]; 19: 539-549. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852520/>
83. Lamprea J, Gómez-Restrepo C. Validez en la evaluación de escalas. Rev. Colomb. Psiquiat [Internet]. 2007; 36 (2): 340-348. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a13.pdf>
84. Urrutia M, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educ Med Super [Internet]. 2014 [citado 20 enero 2020];28(3):547-558. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412014000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014)
85. Escobar- Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Av En Medición. 2008; 6: 27-36. Disponible:  
[http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf)
86. Bernal- García M, Salamanca D, Pérez N, Quemba M. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. Educ Med [Internet]. 2018 [citado 20 octubre 2020]; 414: 1-8. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302584>
87. Aiken L. Content validity and reliability of single items or questionnaires. Educ Psychol Meas. 1980; 40: 955-959.
88. Aiken L. Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. Educ Psychol Meas. 1985; 45: 131- 142.
89. Domínguez-Lara S. Validez de contenido usando la V de Aiken con intervalos de confianza: aportes a Rodríguez et al. (Carta al editor). Arch Argent Pediatr. 2016 [citado 28 octubre 2020]; 114(3): 221-223. Disponible en:  
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n3a33.pdf>
90. Merino C, Livia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. An.

- Psicol [Internet]. 2009 [citado 28 octubre 2020]; 25 (1): 169-171. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2973711>
91. Penfield R, Giacobbi P. Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. *Meas Phys Educ Exerc Sci*. 2004; 8(4): 213-225. DOI: 10.1207/ s15327841mpee0804\_3
92. Wilson E. Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *J Am Stat Assoc*. 1927; 22: 209–212.
93. Charter R. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *J Gen Psychol*. 2003; 130(3), 290-304.
94. Pérez-Gil J, Chacón S, Moreno R. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema* [Internet]. 2000 [citado 01 diciembre 2019]; 12 (2): 442-446. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/601.pdf>
95. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2014 [citado 20 diciembre 2019]; 30(3): 1151-1169. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000300040&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300040&lng=es).
96. Anderson J, Gerbing, D. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*. 1988; 103(3), 411-423.
97. Stevens J. *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey Lawrence Erlbaum, 1992.
98. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2005 [citado 20 noviembre 2019]; 59:460–466. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757043/>
99. Virués-Ortega J, Martínez-Martina P, Del Barrio J, Lozano L. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin* [Internet]. 2007 [citado 10 enero 2020]; 128(13):486-492. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1157/13100935>

100. Lizarbe-Chocarro M, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I, Canga Armayor N. Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. An. Sist. Sanit. Navar [Internet]. 2016 [citado 14 Octubre 2019]; 39 (2): 237-248. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200006)
101. Vega M, 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 10 noviembre 2019]; 33(4):310–316. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-validez-confiabilidad-escala-sentido-coherencia-S0213911118300888>
102. Spadoti Dantas R, Silva F, Ciol M. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. J Clin Nurs [Internet]. 2014 [citado 10 enero 2020]; 23: 156-165. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.1215>
103. Velázquez H, Cárdenas V, Chávez A, Montes V, Hernández P, Pulido M. Comparación de dos formas de una escala de sentido de coherencia. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet]. 2014 [citado 10 enero 2020]; 16 (2): 51-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80231541004.pdf>
104. Saravia JC, Iberico C, Yearwood K. Validation of sense of coherence (SOC) 13-item scale in a peruvian sample. J. Behav. Health Soc. Issues [Internet]. 2015 [citado 10 noviembre 2019]; 6(2): 35-44. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007078015300031?token=129882866679CD2814B58038140D5CE4DF49F8F907CC8B54260412A7E6DC54B47BEAA399F3A4030045D8563362B0707A>
105. Rajesh G, Eriksson M, Pai K, Seemanthini S, Naik D, Rao A. The validity and reliability of the Sense of Coherence scale among Indian university students. Glob Health Promot [Internet]. 2016 [citado 12 noviembre 2019]; 23(4): 16–26. Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975915572691?url\\_ver](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975915572691?url_ver)

[=Z39.88-](#)

[2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed#articleCitatio  
nDownloadContainer](#)

106. Guerrero J. Sentido de coherencia y estilos de vida saludable en estudiantes de una universidad pública venezolana. SAC [Internet]. 2018 [citado 27 septiembre 2019]; 11 (1): 21-32. Disponible en: <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/sac/article/view/2067>
107. Fernández-Martínez E, Liébana-Presa C, Morán C. Sentido de coherencia y cansancio emocional en estudiantes. Psychol. Soc. Educ. [Internet]. 2017 [citado 10 noviembre 2019]; 9(3): 393-403. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360162>
108. Hochwälder J, Saied V. The relation between sense of coherence and daily hassles among university students. Health Psychol Behav Med [Internet]. 2018 [citado 28 septiembre 2019]; 6(1): 329-339. DOI: 10.1080/21642850.2018.1538802
109. Trap R, Rejkjær L, Holme E. Empirical relations between sense of coherence and self-efficacy, National Danish Survey. Health Promot Int [Internet]. 2016 [citado 10 enero 2020]; 31(3): 635–643. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article/31/3/635/1751686>
110. Grevenstein D, Bluemke M, Kroeninger-Jungaberle H. Incremental validity of sense of coherence, neuroticism, extraversion, and general self-efficacy: longitudinal prediction of substance use frequency and mental health. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2016 [citado 10 enero 2020]; 14 (9). Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0412-z#citeas>
111. Orejudo-Hernández S, Aparicio-Moreno L, Cano-Escoriaza J. Personal competencies of spanish students pursuing different academic careers: Contributions and reflections from positive psychology. J. behav. health soc. ISSUES [Internet]. 2013 [citado 10 enero 2020]; 5(2), 63-78. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-07802013000200005&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07802013000200005&lang=pt)

112. Krok D, Kleszczewska-Albańska A. Sense of coherence and psychological well-being in cardiac patients: Is the association mediated by self-efficacy? *Archives P.P* [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2020]; 21(3): 15–24. Disponible en: [http://archivespp.pl/uploads/images/2019\\_21\\_3/15Krok\\_Archives\\_PP\\_3\\_2019.pdf](http://archivespp.pl/uploads/images/2019_21_3/15Krok_Archives_PP_3_2019.pdf)
113. Hernández- Sampieri R, Mendoza C. Definición del alcance de la investigación en la ruta cuantitativa: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En: Hernández- Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación: Las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. 1ª edición. México: Mc Graw Hill; 2018. p. 104-121
114. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol* [Internet]. 2017 [citado 110 septiembre 2020]; 35(1):227-232. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
115. Aguirre J, Blanco J, Rodríguez-Villalobos J, Ornelas M. Autoeficacia General Percibida en Universitarios Mexicanos, Diferencias entre Hombres y Mujeres. *Form. Univ* [Internet]. 2015 [citado 26 diciembre 2019]; 8(5): 97-102. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-50062015000500011&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-50062015000500011&script=sci_arttext)
116. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés* 1996; 2 (1): 1-8.
117. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. En: J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, England: NFER-NELSON; 1995. p. 35-37.
118. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *EJBRM* [Internet]. 2008 [citado 20 marzo 2021]; 6:53–60. Disponible en: <https://arrow.tudublin.ie/buschmanart/2/>
119. Cohen J. Multiple regression and correlation análisis. En: *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates; 1988. p. 407-414

120. Suárez Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *pers.bioét.* 2015; 19(2): 182-197. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.2
121. Fernández-Martínez E, López-Alonso A, Marqués-Sánchez P, Martínez-Fernández M, Sánchez-Valdeón L, Liébana-Presa C. Emotional Intelligence, Sense of Coherence, Engagement and Coping: A Cross-Sectional Study of University Students' Health. *Sustainability* [Internet]. 2019 [citado 02 agosto 2020]; 11: 6953. Doi: <https://doi.org/10.3390/su11246953>
122. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P, Sáez Carrillo K, Buelna-Barrueta V, Contreras-Murrieta D, Godínez-Morales B, Franco-García F. Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud en estudiantes del noroeste de México. *Av Enferm* [Internet]. 2019 [citado 03 agosto 2020]; 37(3): 313-322. Doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78060>
123. Yano K, Kase T, Oishi K. The effects of sensory-processing sensitivity and sense of coherence on depressive symptoms in university students. *Health Psychol Open* [Internet]. 2019 [citado 03 agosto 2021]; 6(2): 2055102919871638. Doi: <https://doi.org/10.1177/2055102919871638>
124. Mato M, Tsukasaki K. Factors promoting sense of coherence among university students in urban areas of Japan: individual-level social capital, self-efficacy, and mental health. *Glob Health Promot* [Internet]. 2019 [citado 01 septiembre 2022]; 26(1):60-68. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975917691925>
125. Stern B, Socan G, Rener-Sitar K, Kukec A, Zaletel-Kragelj L. Validation of the Slovenian Version of Short Sense of Coherence Questionnaire (SOC-13) in Multiple Sclerosis Patients. *Zdr Varst* [Internet]. 2019 [citado 02 septiembre 2022]; 58(1):31-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6368672/>
126. Alharbi F, Aljemaiah A, Osman M. Validation of the factor structure and psychometric characteristics of the Arabic adaptation of the sense of coherence SOC-13 scale: a confirmatory factor analysis. *BMC*

- Psychology [Internet].2022 [citado 02 septiembre 2022];10:115. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505411/>
127. Domínguez-Salas S, Andrés-Villas2 M, Riera-Sampol A, Tauler P, Bennasar-Veny M, Aguilo A, Rivera F. Analysis of the psychometric properties of the Sense of Coherence scale (SOC-13) in patients with cardiovascular risk factors: a study of the method effects associated with negatively worded ítems. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2022 [citado 02 septiembre 2022]; 20:8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35012547/>
128. Mafla AC, Herrera-López M, España-Fuelagan K, Ramírez-Solarte I, Gallardo Pino C, Schwendicke F. Psychometric Properties of the SOC-13 Scale in Colombian Adults. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2021 [citado 02 septiembre 2022]; 18(24):13017. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/13017>
129. Opheim R, Fagermoen MS, Jelsness-Jørgensen LP, et al. Sense of coherence in patients with inflammatory bowel disease. Gastroenterol Res Pract [Internet]. 2014 [citado 03 septiembre 2022]; 2014: 989038. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2014/989038/>

## 11. ANEXOS

### A. Definición Nominal y Operacional de las variables de estudio.

#### Variable Dependiente:

##### Sentido de Coherencia

- **(D.N):** 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 (6).
- **(D.O):** La variable cuantitativa discreta, será medida a través del puntaje global obtenido en de la escala SOC-13, compuesta por 13 items, 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.

## Dimensiones

### Comprensibilidad (componente cognitivo)

- **(D.N):** Capacidad para percibir de forma ordenada, consistente y clara la estimulación procedente del ambiente interno o externo del individuo.
- **(D.O):** La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 5 ítems (2, 6, 8,9, 11) de la dimensión comprensibilidad del SOC-13. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 5 a 35 puntos. Esta dimensión es una variable cuantitativa discreta.

La dimensión de la variable se categorizará para fines interpretativos según el puntaje obtenido en:

- Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión comprensibilidad del SOC-13
- Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión significatividad del SOC-13.

### Manejabilidad (componente comportamental)

- **(D.N):** Medida en que uno percibe que posee los recursos disponibles para afrontar las demandas del ambiente.
- **(D.O):** La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 4 ítems (3, 5,10, 13) de la dimensión manejabilidad del SOC-13. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 4 a 28 puntos. Esta dimensión es una variable cuantitativa discreta.

La dimensión de la variable se categorizará para fines interpretativos según el puntaje obtenido en:

- Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión manejabilidad del SOC-13
- Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión manejabilidad del SOC-13.

## **Significatividad (componente motivacional)**

- **(D.N):** Elemento motivacional que conduce al individuo a buscar los recursos para afrontar las demandas de la vida, dado que las percibe como desafíos dignos de esfuerzo.
- **(D.O):** La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 4 ítems (1, 4, 7,12) de la dimensión a significatividad del SOC-13. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 4 a 28 puntos. Esta dimensión es una variable cuantitativa discreta.

La dimensión de la variable se categorizará para fines interpretativos según el puntaje obtenido en:

- Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión manejabilidad del SOC-13
- Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión manejabilidad del SOC-13.

## **Variable Independiente**

### **Autoeficacia Percibida General**

- **(D.N):** Creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana.
- **(D.O):** La variable cuantitativa discreta, será medida a través del puntaje global obtenido en de la escala Autoeficacia general, compuesta por 10 ítems, con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert de 1 a 4.

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

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

## Variables Intervinientes

### Edad:

- (D.N): Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la aplicación del instrumento.
- (D.O): Variable cuantitativa discreta. Información aportada por los estudiantes expresada en años cumplidos.

### Sexo:

- (D.N): Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.
- (D.O): La variable cualitativa nominal, se categorizará en;
  - Hombre
  - Mujer

### Carrera

- **(D.N)**: Nombre de la carrera profesional que el estudiante cursa al momento de la aplicación del instrumento.
- **(D.O)**: La variable cualitativa nominal, se medirá a través de una pregunta abierta, donde el estudiante encuestado informe que carrera cursaba al momento del estudio.

### Nivel académico

- **(D.N)**: Año o nivel de la carrera que el estudiante cursa de manera regular al momento de la encuesta.
- **(D.O)**: La variable cualitativa ordinal, será medida a través de una pregunta abierta, en la que el estudiante declare el año que cursa de su carrera al momento de la encuesta. Se categorizó considerando los años del 1 al 7.

### Área de conocimiento

- **(D.N):** Conjunto de carreras profesionales agrupadas por áreas impartidas por una institución de educación superior.
- **(D.O):** La variable cualitativa nominal, será medida a través de una pregunta cerrada donde la persona encuestada selecciona el área de conocimiento a la cual pertenece su carrera, considerando las opciones de:
  - Ciencias sociales y humanidades
  - Ciencias de la salud
  - Ciencias biológicas y ciencias silvoagropecuarias
  - Ciencias exactas

### Diagnóstico de patología mental

- **(D.N): Presencia de** diagnóstico médico de alguna patología mental al momento de la aplicación del instrumento.
- **(D.O):** La variable cualitativa nominal, se medirá por medio de una pregunta cerrada categorizada en:
  - SI
  - NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, se le consultará cuál es la enfermedad que padece.

- **Diagnóstico de patología Física**
- **D.N):** Presencia de diagnóstico médico de alguna patología física al momento de la aplicación del instrumento.
- **(D.O):** La variable cualitativa nominal, se medirá por medio de una pregunta cerrada categorizada en:
  - SI
  - NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, debe especificar cuál es la enfermedad que padece.

## B. Cuestionario de Antecedentes Biológicos, Sociales y de Salud

A continuación, se exponen preguntas que se relacionan con antecedentes bio-sociodemográficos y de salud, importantes en el proceso investigativo llevado a cabo por la investigadora. Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda con sinceridad, sus respuestas son confidenciales.

**Instrucciones: Complete la siguiente información, seleccionando la alternativa según corresponda.**

1. ¿Cuál es su sexo?:

a) Mujer \_\_\_\_\_

b) Hombre \_\_\_\_\_

2. ¿Qué edad tiene?:

\_\_\_\_\_ años de edad

3. ¿Qué Carrera estudia?

\_\_\_\_\_

4. Actualmente, ¿Cuál es el nivel académico que está cursando en su carrera? (registre el nivel en el que esté cursando más asignaturas)

\_\_\_\_\_

—

5. ¿A qué área de conocimiento pertenece?

a) Ciencias sociales y humanidades \_\_\_\_\_

b) Ciencias de la salud \_\_\_\_\_

c) Ciencias biológicas y ciencias silvoagropecuarias \_\_\_\_\_

d) Ciencias exactas \_\_\_\_\_

6. Actualmente presenta diagnóstico médico de alguna patología mental

a) Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b) No

7. Actualmente presenta diagnóstico médico de alguna patología crónica, entendiéndose por crónica, una enfermedad de larga duración, de progresión lenta que requiere de tratamiento y control médico.

c) Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_

d) No



## Formato online: Cuestionario de Antecedentes Biológicos, Sociales y de Salud

\* Obligatorio

### CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BIOSOCIO-DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD

A continuación se exponen preguntas que se relacionan con antecedentes bio-sociodemográficos y de salud, importantes en el proceso investigativo llevado a cabo por la investigadora. Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda con sinceridad, sus respuestas son confidenciales.

2. ¿Cuál es su sexo ? \*

Hombre

Mujer

3. ¿Qué edad tiene ? \*

Escriba su respuesta

4. ¿Qué carrera estudia? \*

Escriba su respuesta

5. Actualmente, ¿Cuál es el nivel académico que esta cursando en su carrera? (registre el nivel en el que esté cursando más asignaturas) \*

1° año

2° año

3° año

4° año

5° año

6° año

7° año

6. ¿A qué área de conocimiento pertenece? \*

Ciencias sociales y humanidades

Ciencias de la salud

Ciencias biológicas y ciencias silvoagropecuarias

Ciencias exactas

7. Actualmente ¿tiene diagnóstico médico de alguna patología mental? \*

- Si  
 No

8. ¿Cuál? \*

Escriba su respuesta

Esta pregunta es obligatoria.

9. Actualmente presenta diagnóstico médico de alguna patología crónica, entendiéndose por crónica, una enfermedad de larga duración, de progresión lenta que requiere de tratamiento y control médico. \*

- Si  
 No

10. ¿Cuál? \*

Escriba su respuesta

Esta pregunta es obligatoria.





**C. Escala SOC-13 original**

**ORIENTATTION TO LIFE QUESTIONNAIRE**

Here is a series of questions relating to various aspect of our lives. Each question has seven possible answers. Please mark the number which expresses your answer, with numbers 1 to 7. If the words under 1 are right for you, circle 1; if the words under 7 are right for you, circle 7. If you feel differently. Circle the number which best expresses your feeling. Please give only one answer to each question.

1. Do have the feeling that you don't really care about what goes on around you?

Very sheldom or never	1	2	3	4	5	6	7	Very often
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

2. Has it happened in the past that you were surprised by the behaviour of people whom you thought you knew well?

Never happened	1	2	3	4	5	6	7	Always happened
----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Has it happened that people whom you counted on disappointed you?

Never happened	1	2	3	4	5	6	7	Always happened
----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. Until now your life has had:

No clear goals or purpose at all	1	2	3	4	5	6	7	Very clear goals and purpose
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

5. Do you have the feeling that you're being treated unfairly?

Very Often	1	2	3	4	5	6	7	Very sheldom or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

6. Do you have the feeling that you are in an unfamiliar situation and don't know what to do?

Very Often	1	2	3	4	5	6	7	Very sheldom or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

7. Doing the things you do every day is:

A source of deep pleasure and satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	A source of pain and boredom
--------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

8. Do you have very mixed-up feelings and ideas?

Very Often	1	2	3	4	5	6	7	Very sheldom or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

9. Does it happen that you have feelings inside you would rather not feel?

Very Often	1	2	3	4	5	6	7	Very sheldom or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

10. Many people- even those with a strong character- sometimes feel like sad sacks (losers) in certain situations. How often have you felt this way in the past?

Never	1	2	3	4	5	6	7	Very Often
-------	---	---	---	---	---	---	---	------------

11. When something happened have you generally found that:

You overestimated or underestimated its importance	1	2	3	4	5	6	7	You saw things in the right proportion
----------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------------

12. How often do you have the feeling that there's little meaning in the things you do in your daily life?

Very Often	1	2	3	4	5	6	7	Very sheldom or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

13. How often do you have feelings that you're not sure you can keep under control?

Very Often	1	2	3	4	5	6	7	Very sheldom or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

#### D. Escala de Autoeficacia General

Instrucciones: 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.

DECLARACIONES	1	2	3	4
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga				
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
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				

## E. Autorización Escala Original de Autoeficacia General



Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (PF 10),  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-  
wissenschaft und Psychologie  
- Gesundheitspsychologie -

Professor Dr. Ralf Schwarzer  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin, Germany

Fax +49 30 838 55634  
health@zedat.fu-berlin.de  
www.fu-berlin.de/gesund

### Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer  
[www.ralfschwarzer.de](http://www.ralfschwarzer.de)

## F. Autorizaciones CEC, VRDI y Vicerrectoría

### Aprobación del Proyecto por el CEC de la Facultad de Enfermería



Universidad de Concepción  
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción, 10 noviembre 2020

Ref: Resolución N°120-20

Mackarena Álvarez R.  
Investigadora Responsable  
Presente.

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por los académicos Maritza Espinoza V. Luis Luengo M., Sara Mendoza P., y Adriana Ribeiro, en reunión por Teams el día 10 de noviembre, ha revisado la cuarta versión del proyecto de investigación "*Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020.*"

Vistos los nuevos antecedentes, este comité ha resuelto **Aprobar** el proyecto y desea éxito en el proceso que sigue.

Atentamente,



  
Maritza Espinoza V.  
Presidenta CEC  
Facultad Enfermería

# Aprobación del Proyecto por el 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 836-2020

Concepción, diciembre de 2020.

## 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 **“VALIDACIÓN DE LA ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA-13 EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE CONCEPCIÓN, CHILE, 2020”** presentado por la enfermera **SRTA. MACKARENA EDITH ÁLVAREZ RODRÍGUEZ**, en calidad de candidata al grado de Magíster en Enfermería, junto a su Profesora Guía **DRA. PATRICIA CID HENRÍQUEZ**, docente adscrita al Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de 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.

El objetivo general que se propone en este Proyecto de Tesis es analizar las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción. Para ello, las actividades metodológicas están descritas en base a 08 (ocho) objetivos específicos, cuya ejecución contempla inicialmente, (1) describir las características bio-sociodemográficas (edad, sexo, carrera, año académico, área de conocimiento) y de salud (diagnóstico de enfermedad mental o física) de estudiantes universitarios participantes del estudio; después (2) realizar la traducción y retrotraducción de la escala SOC con traductores expertos y (3) determinar la confiabilidad por consistencia interna de la escala SOC en estudiantes universitarios, así también (4) de la escala SOC en estudiantes universitarios, por método de mitades partidas; a continuación, con los resultados preliminarmente obtenidos, pretende evaluar (5) la validez de contenido de la Escala SOC por medio de expertos, (6) la validez convergente de la Escala SOC en estudiantes universitarios con la Escala de Autoeficacia General, (7) la estructura factorial de la Escala SOC en estudiantes universitarios y, por último, (8) evaluar el SOC y la Autoeficacia general en estudiantes universitarios.

Este es un estudio psicométrico, con enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional.

La participación de cada sujeto – la totalidad de estudiantes, mayores de 18 años, en situación de alumno regular de una universidad de la ciudad de Concepción- estará basada en el proceso de Consentimiento Informado. Este proceso será documentado, conforme modelos presentados a este Comité institucional, aceptando sus términos y condiciones.

Se describe que la prueba piloto, bajo la modalidad online, tendrá como finalidad determinar la comprensión y tiempo requerido para la administración del instrumento recolector de datos. Ésta será aplicada a 40 estudiantes universitarios elegidos por conveniencia y les será aplicado el proceso de Consentimiento Informado.

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



100 AÑOS  
DE  
DESARROLLO  
LIBRE DEL  
ESPIRITU



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

Con los resultados del estudio propuesto, se establecerá la Escala SOC-13 válida y confiable para la población universitaria chilena.

La custodia de la información recolectada será de responsabilidad de la candidata al grado de Magíster en Enfermería, Srta. Mackarena Edith Álvarez Rodríguez.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis 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 sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución 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" y la Ley N°19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada". 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 "**VALIDACIÓN DE LA ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA-13 EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE CONCEPCIÓN, CHILE, 2020**" presentado por la enfermera **SRTA. MACKARENA EDITH ÁLVAREZ RODRÍGUEZ**, en calidad de candidata al grado de Magíster en Enfermería, junto a su Profesora Guía **DRA. PATRICIA CID HENRIQUEZ**, 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, este Comité resuelve aprobarlo, confirmando el presente Certificado.



  
**DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS**  
**PRESIDENTA**

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

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



100 AÑOS  
DE  
DESARROLLO  
LIBRE DEL  
ESPIRITU

## Autorización de Proyecto de investigación por Vicerrectoría



Vicerrectoría  
Universidad de Concepción

Campus Concepción  
Victor Lamas 1290, Concepción  
Casilla 160 C – Correo 3  
T: (56-41) 2204578 – 2204648  
e-mail: [vicerrectoria@udec.cl](mailto:vicerrectoria@udec.cl)

CONCEPCIÓN, 04 de junio de 2021.  
VR N° 464-2021

Señora  
Mackarena Álvarez Rodríguez  
Enfermera Universidad de Concepción  
Candidata a Magister en Enfermería UdeC  
Presente.-

Estimada señora Álvarez:

En atención a su nota de fecha 4 de junio, en la que solicita autorización para realizar una investigación de su proyecto de tesis de postgrado titulado "*Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020*", cuyo objetivo es analizar las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en población universitaria de la ciudad de Concepción y acceder a los datos de los estudiantes de la Universidad de Concepción Campus Concepción para realizar tanto la prueba piloto como la recolección de los datos, previa coordinación con el encargado correspondiente de la Dirección de Tecnologías de Información (DTI) y comunicando el Proyecto a Jefes de Carrera y autoridades respectivas del Campus Concepción, informo a usted que esta Vicerrectoría aprueba lo solicitado.

Le saluda cordialmente,



**DR. CARLOS VON PLESSING ROSSEL**  
VICERRECTOR

c.c.: - Sr. Gustavo Anabalón G., Director DTI  
CVPR/mmp.-

## G. Autorización de Facultades seleccionadas

### Facultad de Odontología

Campus Concepción  
Avda. Roosevelt 1550, Concepción  
Casilla 160 C – Correo 3  
T: (56-41) 2204386



Universidad  
de Concepción



Facultad de  
Odontología

F.O. N° Ext. 153/21

CONCEPCION, 06 de octubre de 2021

Señora  
VIVIANE JOFRÉ ARAVENA  
Decana  
Facultad de Enfermería  
Universidad de Concepción  
Presente.-

Estimada Dra. Jofré:

*Junto con saludar cordialmente, solicito a usted hacer llegar mis felicitaciones a la SRTA. MACKARENA ALVAREZ RODRÍGUEZ por la excelente presentación de su trabajo "Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile 2020, conducente al grado de Magister en Enfermería que expuso al Consejo de Facultad el día de hoy, ya que seremos partícipes de su proyecto mediante la encuesta piloto que se aplicará a nuestros estudiantes.*

*Agradeciendo su atención, le saluda atentamente.*

  
**DR. ALEX BUSTOS LEAL**  
**Decano**

Cc.: Srta. Mackarena Alvarez R., Candidata a Magister en Enfermería  
Archivo.-

ABL/nat.-

## Facultad de Medicina



Universidad  
de Concepción



Facultad de  
Medicina

Campus Concepción  
Chacabuco esq. Janequeo S/N, Concepción  
Casilla 160 C – Correo 3  
T: (56-41) 2204407

DM/072/2022.

CONCEPCIÓN, 22 de marzo de 2022

Señora  
Mackarena Álvarez Rodríguez  
Enfermera  
Universidad de Concepción  
Candidata a Magister en Enfermería UdeC  
Presente.-

Estimada Señora Álvarez:

En atención a su nota de fecha 22 de marzo de 2022 y a Nota VR N° 464-2021, de fecha 4 de junio de 2021, que la autoriza a realizar una investigación del proyecto de tesis de postgrado titulado *“Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020”*, cuyo objetivo es analizar las propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en población universitaria de la ciudad de Concepción y acceder a los datos de los estudiantes de las Carreras de Fonoaudiología, Medicina y Obstetricia y Puericultura de nuestra Facultad, para realizar tanto la prueba piloto como la recolección de los datos, previa coordinación con el encargado correspondiente de la Dirección de Tecnologías de Información (DTI) y comunicando el Proyecto a los(as) Jefes(as) de Carrera respectivos(as), informo a usted que este Decanato aprueba lo solicitado; ya que contaría, además, con la aprobación del Comité Científico de la Facultad de Enfermería y del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la VRID.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

**DR. MARIO VALDIVIA PERALTA**  
DECANO

Adj.: Lo Mencionado.

C.c.: Dr. Hernán León V., Vicedecano.  
Dra. Ana María Moraga P., Jefa Carrera Medicina.  
Prof. Marcela Cid A., Jefa Carrera Obst. Y Puericultura.  
Prof. Pablo Espinoza M., Jefe Carrera Fonoaudiología.

MVP/asr.-

## Facultad de Farmacia



F.N° 251/2021

Concepción, 09 de noviembre de 2021

Señorita  
**Mackarena Álvarez Rodríguez**  
Estudiante Magister en Enfermería  
Presente

Estimada alumna:

En respuesta a vuestra solicitud, me permito informar a usted, **que cuenta con mi autorización y de las Jefas de Carreras de Química y Farmacia y Nutrición y Dietética**, para aplicar la encuesta a nuestros estudiantes, en el marco de su proyecto de tesis del Programa de Magister en Enfermería: *"Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una Universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020"*.

Cualquier consulta adicional, respecto de la aplicación de la encuesta, agradeceré contactar a las Profesoras: Javiana Luengo C., ([jluego@udec.cl](mailto:jluego@udec.cl)), Jefa Carrera Química y Farmacia y Dámaris Zapata F., ([damzapata@udec.cl](mailto:damazapata@udec.cl)), Jefa Carrera Nutrición y Dietética.

Deseándole éxito en la finalización de sus estudios de postgrado, y solicitándole nos pueda compartir a futuro un resumen ejecutivo de sus resultados, le saluda cordialmente,

**DR. RICARDO GODOY RAMOS**  
DECANO

c.c.: Dra. Patricia Cid H., Docente Guía  
Prof. Javiana Luengo C., Jefa Carrera Química y Farmacia  
Prof. Dámaris Zapata F., Jefa Carrera Nutrición y Dietética

RGR/vpv.

Campus Universitario s/n, Concepción, Chile  
Fono: +56-41 220 4208 - 220 4406  
[farmacia@udec.cl](mailto:farmacia@udec.cl)

## Facultad de Ciencias Químicas

Señorita

Mackarena Alvarez R.

Enfermera Universidad de Concepción, Chile

Candidata a Magister en Enfermería, Universidad de Concepción.

Presente

Estimada Srta. Alvarez,

Junto con saludar, y por especial encargo del Señor Decano, cumpla con informar a usted que consultados ambos Jefes de Carrera así como también la Vicedecana de la Facultad, no hay inconveniente alguno en aplicar la escala en modalidad online a los estudiantes de las carreras de PREGRADO de Geología y Químico Analista para proyecto de tesis titulado "Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020".

Con atentos saludos,

 Fabiola Flores C  
Secretaría Decanato  
Facultad de Ciencias Químicas  
**Universidad de Concepción**  
Teléfono: 56 41 2204109



## Facultad de Ingeniería



Concepción, 15 de noviembre de 2021  
F.I. 2021-503

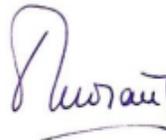
Señora  
Mackarena Álvarez Rodríguez  
Enfermera Universidad de Concepción  
Candidata a Magíster en Enfermería  
Universidad de Concepción  
Presente

Estimada señora Álvarez:

He tomado conocimiento de su nota, solicitando la autorización de este Decanato para que estudiantes de algunas de las carreras impartidas por la Facultad de Ingeniería **participen** en el proceso de recolección de datos del proyecto de tesis titulado "Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020".

Tengo el agrado de comunicarle que no tengo inconvenientes en la aplicación de la encuesta indicada.

Le saluda atentamente,

  
  
**LUIS MORÁN TAMAYO**  
**DECANO**

cc.: Correlativo  
LMT/xvc

## Facultad de Ciencias Sociales



Universidad de Concepción  
Facultad de Ciencias Sociales  
Decanato

Concepción, 31 de marzo de 2022.  
D 118/2022.

Señorita  
**Makarena Álvarez Rodríguez**  
Candidata a grado de Magister en Enfermería  
Facultad de Enfermería  
Presente

De mi consideración:

En relación a su solicitud de fecha 22 de marzo del año en curso, informo que, realizadas las consultas con los respectivos Jefes de Carreras de las carreras de Psicología, Sociología y Antropología de nuestra facultad, me permito comunicar a usted que, se autoriza la aplicación del proceso de recolección de datos para la investigación de su proyecto de tesis *titulado:* **“Validación de la Escala Sentido de Coherencia – 13 en estudiantes de la Universidad de Concepción, Chile, 2020”.**

Le saluda cordialmente,



**DR. BERNARDO CASTRO RAMIREZ**  
DECANO  
Facultad Ciencias Sociales

BCR/lhs.

c.c.: Vicedecano.  
Jefe de Carrera de Psicología.  
Jefe de Carrera de Antropología.  
Jefe de Carrera de Sociología.  
Archivo.

Campus Concepción - Barrio Universitario s/n  
Fono (56-41) 2204244-2204257  
www.sociales.cl  
Casilla 160 C – Correo 3, Concepción, Chile

## Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Señorita

**Mackarena Alvarez**

Presente

Estimada Srta.:

Con respecto a su solicitud, consultados el Sr. Vicedecano y la Sra. Secretaria Académica han expresado en que no hay inconveniente en acceder a lo solicitado.

Agradecería indicarnos cómo se materializará la actividad.

Muy cordialmente,



**Rodolfo Walter Díaz**

Decano Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Universidad de Concepción

Concepción - Chile

twalter@udec.cl / decjuridicas@udec.cl

Tel: +56-41-2203291

c.c.: Sr. Vicedecano, Sra. Secretaria Académica.





UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAGISTER EN ENFERMERIA



Facultad de Ciencias Ambientales



CONCEPCIÓN, noviembre 09 de 2021  
**FCA DEC N° 245/2021**

Señora  
Mackarena Álvarez Rodríguez  
Candidata a Magíster en Enfermería  
Universidad de Concepción.

**PRESENTE**

Estimada señorita Álvarez:

De acuerdo a lo solicitado en su carta de fecha 02 de noviembre, quisiera indicarle que esta Decanatura la autoriza para que los estudiantes de la carrera de Ingeniería Ambiental de nuestra Facultad participen en el proceso de recolección de datos de su proyecto de tesis titulado: "Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, 2020".

Cabe destacar que nuestros alumnos, se reservarán el derecho a participar.

Le saluda cordialmente,

  
**DR. ROBERTO URRUTIA P.**  
Decano



c.c.: - Dr. Alberto Araneda, Jefe de Carrera Ingeniería Ambiental  
- Correlativo  
RUP/lvp.

---

Por el desarrollo libre del espíritu  
Casilla 160 C - Correo 3 - Fono (56-41) 204002 - Fax (56-41) 2207076 - Ciudad Universitaria - Concepción - Chile - <http://www.eula.cl>

## Facultad de Agronomía



Campus Chillán  
Av. Vicente Méndez 595  
Casilla 537  
Teléfono 56 42 2208817  
Celular +56 9 96316530  
Email: [gmatamor@udec.cl](mailto:gmatamor@udec.cl)

Chillán, noviembre 03 de 2021  
D.Ag.185

Señorita  
MACKARENA ALVAREZ RODRIGUEZ  
Estudiante Magister en Enfermería  
Universidad de Concepción  
Presente

Estimada señorita Alvarez:

En mi poder su carta de fecha 02 de noviembre en donde solicita autorización para desarrollar el proyecto de tesis del programa Magister en Enfermería.

Al respecto me permito informar a usted que se ha compartido su solicitud y carta del Vicerrector von Plessing con los Jefes de Carrera de Concepción como de Chillán, Sra. Karín Albornoz y Leandro Paulino, respectivamente.

Reciba mis deseos de éxito en su gestión y culminación del proyecto.

Atentamente,



GUILLERMO WELLS MONCADA  
Decano  
Facultad de Agronomía

GWM/gmf

## H. Proceso de Adaptación transcultural: Invitación a comité de expertos

### Estimado/a:

Saludo atentamente y a través de la presente me permito contactarlo/a dado a su amplia experiencia, con la intención de extender a usted una invitación a formar parte como evaluador experto en el proceso de adaptación transcultural de la escala sentido de coherencia en población universitaria. Proceso enmarcado en la tesis de Magister titulado “Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile, 2020”.

De esta manera, participará en la adaptación y validación de esta escala, utilizada a nivel internacional, que forma parte de la teoría salutogénica y que pretende medir la orientación de las personas frente a su salud, desde un enfoque positivo.

Por lo antes expuesto, apreciaré contar con su participación y compromiso en este proyecto.

De contar con su participación, agradeceré recibir su evaluación en un tiempo no mayor a diez días, dado a los tiempos contemplados para la realización de la tesis.

Se adjunta la escala, y pauta, la cual contempla las indicaciones para la evaluación. Frente a consultas, es posible contactarme por esta vía o telefónicamente en el número +56945444785.

Agradecida de su colaboración y atenta a sus comentarios, le saluda cordialmente,



Mackarena Álvarez Rodríguez  
Candidata a Magíster en Enfermería,  
Universidad de Concepción

## I. Formulario de revisión por experto de la Escala SOC-13

### Adaptación transcultural

Perfil del Evaluador	
Profesión:	Grado académico:
Años de profesión:	Institución:

Estimado/a evaluador a continuación se adjunta la traducción, retro-traducción de la escala SOC-13 al español y su versión original.

**Objetivo:** Identificar errores gramaticales, problemas de comprensión o coherencia, con el fin de obtener una versión pre-final de la escala adaptada a la cultura chilena, la cual debe ser comprensible y equivalente a la escala original.

Solicitamos a usted evalúe cada ítem, de acuerdo a las siguientes preguntas, que comprenden 4 áreas (generales; formato de ítem; gramática y redacción; y cultura), usted debe marcar con una X la opción que considere correcta en respuesta a cada pregunta.

Registre su apreciación si cree que es necesario mejorar la formulación del ítem, u otra propuesta al final de la cada área hay un espacio para observaciones.



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAGISTER EN ENFERMERIA**



Generales  ítems	¿El ítem tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?		¿El tipo de lenguaje del ítem traducido tiene una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?		¿Introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?		¿Hay diferencias entre la versión original del ítem y la traducida en relación con el uso de metáforas, giros o expresiones coloquiales?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								

Observaciones:

<b>Formato Del ítem</b>	¿El formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?		¿La longitud del enunciado tiene una longitud similar en ambas versiones?		¿El formato del ítem y la tarea a realizar por la persona evaluada son de una familiaridad similar en las dos versiones?	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ítems</b>						
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						
<b>5</b>						
<b>6</b>						
<b>7</b>						
<b>8</b>						
<b>9</b>						
<b>10</b>						
<b>11</b>						
<b>12</b>						
<b>13</b>						

Observaciones:

Gramática y redacción  ítems	¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical del ítem, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer el ítem más o menos complejo en una versión que en otra?		¿Existen estructuras gramaticales en la versión original del ítem que no tienen equivalente en la versión traducida?		¿Hay palabras en el ítem que tengan un significado unívoco, pero que en la versión traducida puedan tener más de un significado?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

Observaciones:

## J. Proceso de Validación de contenido: Carta de invitación a expertos

### Estimado/a:

Saludo atentamente y a través de la presente me permito contactarlo/a dado a su amplia experiencia, con la intención de extender a usted una invitación a formar parte como evaluador experto en el proceso de validación de contenido de la escala sentido de coherencia en población universitaria. Proceso enmarcado en la tesis de Magister titulado “Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile, 2020”.

De esta manera, participará en la adaptación y validación de ésta escala, utilizada a nivel internacional, que forma parte de la teoría salutogénica y que pretende medir la orientación de las personas frente a su salud, desde un enfoque positivo.

Por lo antes expuesto, apreciaré contar con su participación y compromiso en este proyecto.

De contar con su participación, agradeceré recibir su evaluación en los próximos siete días. Se adjunta la escala, y pauta, la cual contempla las indicaciones para la evaluación. Frente a consultas, es posible contactarme por esta vía o telefónicamente en el número +56945444785.

Agradecida de su colaboración y atenta a sus comentarios, le saluda cordialmente,



Mackarena Álvarez Rodríguez  
Candidata a Magíster en Enfermería,  
Universidad de Concepción

## K. Formulario validación de contenido

### FORMULARIO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR EXPERTO

Perfil del Evaluador	
Profesión:	Grado académico:
Años de profesión:	Institución:

Estimado/a evaluador/a, a continuación, se presentan la Escala Sentido de Coherencia-13 para su revisión.

Para clarificar conceptos, se presentan las dimensiones de la variable: Sentido de coherencia.

**Sentido de coherencia:** 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

#### Dimensiones:

- **Comprensibilidad:** Capacidad para percibir de forma ordenada, consistente y clara la estimulación procedente del ambiente interno o externo del individuo.
- **Manejabilidad:** Medida en que uno percibe que posee los recursos disponibles para afrontar las demandas del ambiente.
- **Significatividad:** Elemento motivacional que conduce al individuo a buscar los recursos para afrontar las demandas de la vida, dado que las percibe como desafíos dignos de esfuerzo.

Solicitamos que evalúe cada ítem de las dimensiones de la variable en estudio, de acuerdo a tres criterios (*Claridad, Pertinencia e Imparcialidad*), mediante una escala tipo Likert de 1 a 3, en la cual **3 está de acuerdo; 2 medianamente de acuerdo y 1 no está de acuerdo**, para ello deberá marcar con una X la opción que estime adecuada.

Registre sus comentarios o propuestas, si lo considera necesario, para perfeccionar la formulación del ítem.

Las preguntas se identifican según el número y la dimensión de la escala a la cual corresponde. Posterior a cada dimensión, se deja un espacio para que realice sus observaciones.

### DIMENSIONES DE LA ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA-13

#### 1) Dimensión Comprensibilidad

3 = De acuerdo.      2= Medianamente de acuerdo.      1= No está de acuerdo.

COMPENSIBILIDAD	CLARIDAD			PERTINENCIA			IMPARCIALIDAD		
	3	2	1	3	2	1	3	2	1
2.									
6.									
8.									
9.									
11.									

**Observaciones:**

---

**Claridad:** se entiende sin dificultad lo que quiere decir, es precisa, concisa, directo y está en un lenguaje adecuado a la población de interés.

**Pertinencia:** mide lo que se pretende medir.

**Imparcialidad:** NO induce la respuesta, NO presenta sesgo, NO es tendenciosa

## 2) Dimensión Manejabilidad

3 = De acuerdo.      2= Medianamente de acuerdo.      1= No está de acuerdo.

MANEJABILIDAD	CLARIDAD			PERTINENCIA			IMPARCIALIDAD		
	3	2	1	3	2	1	3	2	1
3.									
5.									
10.									
13.									

Observaciones:

## 3) Dimensión de Significatividad

3 = De acuerdo.      2= Medianamente de acuerdo.      1= No está de acuerdo.

SIGNIFICATIVIDAD	CLARIDAD			PERTINENCIA			IMPARCIALIDAD		
	3	2	1	3	2	1	3	2	1
1.									
4.									
7.									
12.									

Observaciones:

---

**Claridad:** se entiende sin dificultad lo que quiere decir, es precisa, concisa, directo y está en un lenguaje adecuado a la población de interés.

**Pertinencia:** mide lo que se pretende medir.

**Imparcialidad:** NO induce la respuesta, NO presenta sesgo, NO es tendenciosa.

## L. Prueba Piloto.

### CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BIOSOCIO-DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD

A continuación se exponen preguntas que se relacionan con antecedentes bio-sociodemográficos y de salud, importantes en el proceso investigativo llevado a cabo por la investigadora. Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda con sinceridad, sus respuestas son confidenciales.

2. ¿Cuál es su sexo ? \*

- Hombre  
 Mujer

3. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

4. ¿Qué edad tiene ? \*

Escriba su respuesta

5. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

6. ¿Qué año académico está cursando actualmente? \*

Escriba su respuesta

7. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

8. ¿Qué carrera estudia? \*

Escriba su respuesta



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAGISTER EN ENFERMERIA**



9. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

10. ¿A qué área de conocimiento pertenece? \*

- Ciencias sociales y humanidades
- Ciencias de la salud
- Ciencias biológicas y ciencias silvoagropecuarias
- Ciencias exactas

11. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

12. Actualmente ¿tiene diagnóstico médico de alguna patología mental? \*

- Si
- No

13. ¿Cuál? \*

Escriba su respuesta

14. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

15. Actualmente presenta diagnóstico médico de alguna patología crónica, entendiéndose por crónica, una enfermedad de larga duración, de progresión lenta que requiere de tratamiento y control médico. \*

- Sí  
 No

16. ¿Cuál? \*

Escriba su respuesta

17. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

### Escala Sentido de Coherencia- 13

A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas a varios aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene siete respuestas posibles. Por favor, marque la casilla correspondiente entre 1 y 7 que mejor identifique su respuesta.

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

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

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

19. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

20. En el pasado ¿se ha sorprendido por el comportamiento de las personas que creía conocer bien? \*

- 1    2    3    4    5    6    7

22. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han defraudado? \*

- Nunca    1    2    3    4    5    6    7    Siempre

23. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

24. Hasta ahora su vida: \*

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

25. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

26. ¿Tiene la sensación de haber sido tratado injustamente? \*

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



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAGISTER EN ENFERMERIA



54. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles \*

- 1    2    3    4

55. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios : \*

Escriba su respuesta

56. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo \*

- 1    2    3    4

57. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

58. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario \*

- 1    2    3    4

59. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

60. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer \*

- 1    2    3    4

61. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

62. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo \*

- 1    2    3    4

63. OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE

Si usted no comprendió la pregunta anterior o desea realizar alguna observación, registre sus comentarios :

Escriba su respuesta

Atrás

Enviar

## **M. Documento de Consentimiento Informado**

### **Consentimiento Informado: Fase piloto**

**N° de Folio:**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, año 2020

Estimado/a Estudiante:

Este Consentimiento informado está dirigido a los participantes del piloto del estudio “Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de Concepción, Chile, año 2020.” Este trabajo se enmarca dentro de una tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

Este proyecto de investigación fue revisado y aprobado por los comités de ética correspondientes: Comité ético científico de la Facultad de Enfermería, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción, cuya tarea es asegurarse de que se proteja de daños a los participantes en la investigación.

Por medio de la presente se le invita a participar de este piloto, con el objetivo de analizar la adaptación transcultural de la escala Sentido de Coherencia (SOC13) en población universitaria, para determinar la comprensión y claridad del instrumento.

Su participación es voluntaria y anónima. Si decide participar, se le solicitará declarar su voluntad expresa al seleccionar aceptar.

Su participación consiste en responder un instrumento conformado por un cuestionario de antecedentes bio-sociodemográficos y de salud, escala Sentido de Coherencia y la escala de Autoeficacia General. Además, debe responder una

pauta breve de retroalimentación, con el objetivo de evaluar la comprensión y claridad del instrumento, la cual, es una opción para cada pregunta, que completará solo en el caso de que usted no entienda la pregunta o ésta no sea clara. Para su desarrollo se estima aproximadamente 20 minutos.

Los riesgos a los que usted se expone son mínimos, están asociados al contenido propio de las escalas, que pueden generar insight.

Con respecto los beneficios potenciales de esta investigación, es generar un instrumento confiable y válido en población universitaria que aportará a estudios que deseen indagar sobre conceptos Salutogénicos en favor de la promoción de la salud. Además, su participación en este proyecto no le generará ningún costo para usted.

Toda información recabada será utilizada sólo para los propósitos de este estudio y la divulgación de los datos será confidencial. Ésta será resguardada por la investigadora principal en su domicilio, por un periodo de 5 años, a partir de la publicación de la investigación. Los resultados de este estudio podrán ser publicados posteriormente en artículos científicos, resguardando la confidencialidad de los participantes.

Una vez terminado el estudio y si usted está interesado, puede solicitar los resultados de la investigación.

Usted tiene derecho a retirarse en cualquier momento del estudio, esto no traerá ningún tipo de consecuencia negativa para usted.

En caso de preguntas relacionadas al estudio, puede dirigirse a Srta. Álvarez Rodríguez M., Investigadora Responsable, encargada de la investigación. Correo electrónico: [mackaalvarez@udec.cl](mailto:mackaalvarez@udec.cl).

Ante alguna irregularidad de esta investigación puede dirigirse a:

- Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo: Victoria 490, concepción-Chile. Teléfono: 56412204302, correo electrónico [secrevid@udec.cl](mailto:secrevid@udec.cl)

\* Obligatorio

1. Yo he leído la información proporcionada y consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, entendiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera. \*

ACEPTAR

RECHAZAR

Siguiente

## Consentimiento informado online población definitiva del estudio

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de concepción, Chile, año 2020

Estimado/a Estudiante:

Este Consentimiento informado está dirigido a los participantes del estudio “Validación de la Escala Sentido de Coherencia-13 en estudiantes de una universidad de la ciudad de concepción, Chile, año 2020.” Este trabajo se enmarca dentro de una tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

Este proyecto de investigación fue evaluado y aceptado por los comités de éticas correspondientes: Comité ético científico de la Facultad de Enfermería, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción y Comité Ético Científico Servicio de Salud Concepción.

La investigadora del presente estudio, Srta. Álvarez Rodríguez M., es candidata a Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

Por medio de la presente se le invita a participar de esta investigación a realizar durante el año 2021. El objetivo de este estudio es analizar las propiedades psicométricas de la escala Sentido de Coherencia (SOC-13) en población universitaria de la ciudad de Concepción.

Su participación es **voluntaria y anónima**, su negativa a participar no le generará ninguna consecuencia. Si decide participar, se le solicitará aceptar este consentimiento.

Su participación consiste en responder 1 instrumento conformado por un cuestionario de antecedentes sociodemográficos y de salud, escala Sentido de Coherencia y la escala de Autoeficacia General, se estima aproximadamente 8 minutos para su desarrollo.

Los riesgos a los que usted se expone son mínimos, están asociados al contenido propio de las escalas, que pueden generar insight.

Los beneficios potenciales de esta investigación es generar un instrumento confiable y válido en población universitaria que aportará a estudios que deseen indagar sobre conceptos Salutogénicos en favor de la promoción de la salud. Además, su participación en este proyecto no le generará ningún costo para usted.

Toda información recabada se utilizará sólo para los propósitos de este estudio, y será resguardada por la investigadora principal en su domicilio, por un periodo de 5 años, a partir de la publicación de la investigación. Los resultados de este estudio podrán ser publicados posteriormente en artículos científicos, resguardando la **confidencialidad** de los participantes.

Usted tiene **derecho a retirarse** en cualquier momento del estudio, esto no traerá ningún tipo de consecuencia negativa para usted. Una vez terminado el estudio y si usted está interesado, puede solicitar los resultados de la investigación.

Dudas y preguntas: En caso de preguntas relacionadas al estudio, puede dirigirse a la Srta. Álvarez Rodríguez M., encargada de la investigación. Correo electrónico: [mackaalvarez@udec.cl](mailto:mackaalvarez@udec.cl)

Ante alguna irregularidad de esta investigación puede dirigirse a:

- Comité de Ética, bioética y bioseguridad de la vicerrectoría de investigación y desarrollo: Victoria 490, concepción-Chile. Teléfono: 56412204302, correo electrónico vrid@udec.cl

\* Obligatorio

1. Yo he leído la información proporcionada y consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, entendiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera. \*

ACEPTAR

RECHAZAR

Siguiente

## N. Traducción directa: Escala SOC-13 traducida al español

### ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA-13

A continuación, encontrarás una serie de preguntas relacionadas a varios aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene siete respuestas posibles. Por favor, marque el número que mejor expresa su respuesta con los números del 1 al 7. Si las palabras en el número 1 están bien para usted, marque 1; si las palabras en el número 7 están bien para usted, marque 7. Si se siente diferente haga un círculo en el número que mejor expresa lo que siente. Por favor de una sola respuesta.

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

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

2. ¿Le ha sucedido en el pasado que estuviera sorprendido con el comportamiento de las personas que creía conocer bien?

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

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

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

4. Hasta ahora su vida ha tenido:

Ni metas o propósitos claros	1	2	3	4	5	6	7	Metas y propósitos muy claros
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

5. ¿Ha tenido la sensación de haber sido tratado injustamente?

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

6. ¿Ha tenido la sensación de estar en una situación extraña y no saber qué hacer?

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

7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:

Fuente de gran agrado y satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Fuente de dolor y aburrimiento
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?

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

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

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

10. Muchas personas, incluso aquellas de carácter fuerte, se sienten como perdedores ¿Qué tan a menudo se ha sentido así en el pasado?

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

11. Cuando algo ha pasado, ha sentido que:

Usted sobreestimó o subestimó su importancia	1	2	3	4	5	6	7	Vio las cosas en justa dimensión
----------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

12. ¿Cuán a menudo tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poca importancia?

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

13. ¿Cuán a menudo tiene el sentimiento que no puede tener las cosas bajo control?

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

## Ñ. Retrotraducción de Escala SOC-13

### SENSE OF COHERENCE-13 SCALE

Below, there is a series of questions related to various aspects of our lives. Each question has seven possible answers. Please mark the number that best expresses your answer with numbers from 1 to 7. If the words in the number 1 are good for you, please mark 1. If the words in the number 7 are good for you, mark 7. If you feel different, circle the number that best expresses how you feel. Please provide only one answer.

1. Do you have the feeling that you do not care what is going on around you?

Almost never or never	1	2	3	4	5	6	7	Very often
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

2. Has it happened to you in the past that you were surprised by the behavior of people you thought you knew well?

Never	1	2	3	4	5	6	7	Always
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------

3. Has it happened to you that people you trusted have let you down?

Never	1	2	3	4	5	6	7	Always
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------

4. So far, your life has had:

neither goals nor clear purposes	1	2	3	4	5	6	7	neither goals nor clear purposes
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

5. Have you had the feeling that you have been treated unfairly?

Very often	1	2	3	4	5	6	7	Almost never or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

6. Have you had the feeling of being in a strange situation and not knowing what to do?

Very often	1	2	3	4	5	6	7	Almost never or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

7. Doing the things you do every day is:

Source of great pleasure and satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	Source of pain and boredom
-------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

8. Do you have very confusing feelings and ideas?

Very often	1	2	3	4	5	6	7	Almost never or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

9. Does it happen to you that you have feelings you do not want to have?

Very often	1	2	3	4	5	6	7	Almost never or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

10. Many people, even those of a strong character, feel like losers. How often has this felt in the past?

Never	1	2	3	4	5	6	7	Very often
-------	---	---	---	---	---	---	---	------------

11. When something has happened to you have felt that:

You overestimated or underestimated its importance	1	2	3	4	5	6	7	You saw things in their right dimension
----------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------------

12. ¿ How often do you feel that the things you do in your daily life are of little importance?

Very often	1	2	3	4	5	6	7	Almost never or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

13. How often do you have the feeling that you cannot keep things under control?

Very often	1	2	3	4	5	6	7	Almost never or never
------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

## O. Versión final de la Escala SOC-13

### ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA-13

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Hasta ahora su vida:

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

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

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

6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?

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

7. Hacer las cosas que realiza diariamente es:

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

8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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