

**Autoesquemas y estrategias de afrontamiento de un grupo de adultos mayores del
Municipio de Chigorodó y su relación con calidad de vida y estado de ánimo
depresivo.**

Yamith Eliana Durango Mendoza

Ángela Milena Sánchez Nava



Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Seccional Urabá

2019.

Agradecimientos

El presente trabajo es la suma de muchos esfuerzos, inspiraciones, momentos de tensión y de risas. Es la recopilación de lecturas, puesta en marcha de la teoría a la realidad de nuestro contexto, fueron momentos de interacción con la sociedad, investigación, refutación, cuestionamiento, fue un sinfín de aventuras.

Tenemos un sentido de gratitud con las personas que estuvieron de alguna u otra forma manifestando su apoyo en este proceso, en especial a nuestra familia, quienes sirvieron de sostén en momentos que parecían difíciles. A nuestro asesor, el docente Juan Paulo Múnera, quien nos brindó de la manera más cálida y respetuosa posible sus conocimientos, quien fue un gran guía en nuestro proceso, el cual nos aportó enseñanzas valiosas que quedarán presentes en nuestra vida profesional como personal.

Tabla de contenido

<i>Resumen</i>	5
<i>Palabras claves:</i>	6
<i>Abstract</i>	6
INTRODUCCIÓN	8
Adulto Mayor	10
Ley 1850 del Adulto Mayor en Colombia	10
Psicología de la Salud	13
Depresión	14
Esquema	16
Autoconcepto	17
<i>Autoconcepto desde la Psicología Cognitiva</i>	18
<i>Autoconcepto Personal</i>	19
Estrategias de Afrontamiento	20
<i>Estrategias de afrontamiento en la vejez</i>	21
Calidad de Vida	22
MATERIALES Y MÉTODO	24
Población y Muestra	24
<i>Criterios de inclusión</i>	24
<i>Criterios de exclusión</i>	25
Instrumentos	25
<i>Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida)</i>	27
<i>Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE)</i>	27
<i>Cope-28</i>	28
<i>WHOQOL-BREF</i>	28
Procedimiento para ejecución	29
RESULTADOS	31
Descripción de Resultados	32
Prueba de normalidad	36
Análisis de correlaciones	45
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS	53

Tabla de gráficas

<i>Figura 1.</i> El 85% pertenece al género masculino.....	34
<i>Figura 2.</i> El 38,5% pertenece a los rangos de edad de 80 años en adelante.....	35
<i>Figura 3.</i> El 59 % de la población presentaron enfermedad.....	35

Tablas

<u>Tabla 1.</u> Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.....	31
<u>Tabla 2.</u> Prueba de normalidad según el sexo.....	36
<u>Tabla 3.</u> Prueba de normalidad de acuerdo con la edad.....	38
<u>Tabla 4.</u> Prueba de normalidad con relación a la enfermedad.....	41
<u>Tabla 5.</u> Correlaciones de variables (COPE-28, WHOQOL-BREF, EPSE, YESAVAGE-15).....	44

Resumen

El objetivo de esta investigación fue indagar los principales autoesquemas y estrategias de afrontamiento de un grupo de adultos mayores del centro día del Municipio de Chigorodó y conocer su relación con calidad de vida, y estado de ánimo depresivo. La muestra fue conformada por 39 adultos mayores, de los cuales 33 correspondieron al sexo masculino y 6 al sexo femenino, comprendidos entre las edades de 60 años a 93 años.

La metodología de la investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo transversal con un alcance exploratorio, descriptivo y correlacional. Para conocer las variables utilizadas, se utilizaron los siguientes instrumentos: COPE- 28 (estrategias de afrontamiento), WHOQOL-BREF (calidad de vida), EPSE (autoesquemas) y YESAVAGE-15 (depresión).

Para el análisis de los resultados se usó el programa IBM SPSS Statistics versión 25. Posteriormente, se realizó prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para contrastar los datos arrojados por las distintas variables de los cuatro instrumentos psicométricos, cumpliendo algunas el supuesto de distribución normal e indicando que son variables fidedignas.

Finalmente, se pudo sintetizar que el principal autoesquema de este grupo etario fue el autoconcepto físico. Dentro de las estrategias de afrontamiento se logra evidenciar tres como las más significativas: la religión, autodistracción y afrontamiento activo. En cuanto a la depresión, se pudo precisar que el 69% de los participantes se encontraban en el rango normal de rasgos de síntomas depresivos (no patológicos) y en la variable de calidad de vida el 97,5 % de la muestra se encontraron entre una calidad de vida excelente y calidad de vida normal.

Palabras claves:

Adulto mayor, autoesquemas, estrategias de afrontamiento, depresión, calidad de vida, vejez.

Abstract

The objective of this research was to investigate the main auto schemes and coping strategies of a group of older adults in the day center of the Municipality of Chigorodó and to know their relationship with quality of life, and depressed mood. The sample consisted of 39 senior citizens, of which 33 corresponded to the male sex and 6 to the female sex, between the ages from 60 to 93 years.

The research methodology was quantitative, non-experimental, cross-sectional design with an exploratory, descriptive and correlational scope. To know the variables used, the following instruments were taken: COPE-28 (coping strategies), WHOQOL-BREF (quality of life), EPSE (auto schemes) and YESAVAGE-15 (depression).

For the analysis of the results, the IBM SPSS Statistics version 25 program was used. Subsequently, a Shapiro-Wilk normality test was performed to contrast the data obtained by the different variables of the four psychometric instruments, fulfilling some of the assumption of normal distribution and indicating that they are reliable variables.

Finally, it was possible to synthesize that the main self-scheme of this age group was the physical self-concept. Within the coping strategies it is possible to show three as the most significant, religion, self-management and active coping. Regarding depression, it was possible to specify that 69% of the participants were in the normal range of depressive symptoms traits (no pathological) and in the variable of quality of life 97.5% of the sample were among a quality of life Excellent and normal quality of life.

Keywords: Senior citizens, auto schemes, coping strategies, depression, quality of life, old age.

INTRODUCCIÓN

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (OMS, 2017).

Si no se lleva un control en las intervenciones a una población afectada, y el Estado no hace frente a ellos (p.ej. con una adecuada intervención en los programas de promoción de estilos de vida saludable, y prevención de la enfermedad), se corre el riesgo que dicha población manifieste múltiples cuadros clínicos (Eslava, 2002).

Adicional a esto, los longevos – por lo general – pasan por situaciones como el declive de algunas de sus funciones fisiológicas y psicológicas, pero, también se presenta un fenómeno latente, como el duelo (pérdida). Esto manifiesto, tanto a nivel afectivo, económico, familiar, social, etc. Muchos adultos empiezan a perder el interés por actividades de la vida cotidiana, empiezan a ver todo de manera negativa. Estas actitudes son tomadas como algo natural de la edad, por lo que en muchas ocasiones no se implementan programas para diagnosticar

problemas clínicos como la depresión, dejando que se sigan presentando deliberadamente, sin que se diferencie una posible patología. Si la depresión en los ancianos no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia (Navas, 2013).

En muchas familias aíslan al anciano de las reuniones familiares, reducen sus relaciones sociales, son víctima de maltrato verbal pues son vistos como una carga para las familias, impactando negativamente en su autoestima, surgiendo así sentimientos de soledad, tristeza y ansiedad. Estos actos destructivos contra este grupo etario son altamente preocupantes, pues son factores de riesgo que afectan su estado de salud y bienestar.

El apoyo familiar, emocional y social, tiene efectos positivos en la salud, la autoestima, la autoeficacia y la capacidad de afrontamiento a los problemas (Escalona, Rodríguez y Pérez, 2009). Por consiguiente, el uso de estrategias de afrontamientos ayuda a adaptarse a los cambios que se producen en el envejecimiento, por tal motivo en este estudio se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los principales autoesquemas y estrategias de afrontamiento de un grupo de adultos mayores del Municipio de Chigorodó y cuál es su relación con calidad de vida, y estado de ánimo depresivo?

Este trabajo está enfocado en este grupo poblacional, puesto que se considera necesario identificar las principales estrategias de afrontamiento que presentan ante los distintos problemas del día a día.

Sumado a esto, indagar acerca de estas temáticas es muy valioso porque, por una parte, se le da visibilidad y participación a este grupo y por otro lado se genera nuevo conocimiento que beneficiará tanto al área de profesionales encaminados a mejorar la salud mental de la

población. Además, se contribuye a una nueva perspectiva sobre estas temáticas que se podrán utilizar en investigaciones futuras, ya que permitiría no solo aumentar la posible eficiencia con relación a los proyectos a largo plazo o mediano plazo, sino planificar con mejores resultados las estrategias de intervención en dicha población.

Por último, en el proceso de revisión de la literatura se puede notar que en Colombia son muy pocos los estudios que sustenten las intervenciones enfocadas a mejorar algunos aspectos de la tercera edad. En definitiva, queda una ardua labor en la realización de intervenciones y proyectos para el fortalecimiento de dichos grupos, los cuales demandan cuidados y atenciones, sujetos que son olvidados por sus propias familias y por cierta parte de la sociedad.

Adulto Mayor

Se consideran personas mayores a mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo, por ejemplo, indigentes o indígenas). Esta edad puede parecer joven en países donde la población goza de un adecuado nivel de vida y por lo tanto de salud, sin embargo, en los países en desarrollo una persona de 60 años puede ser vieja y reflejar condiciones de vida que han limitado un envejecimiento saludable. Este límite de edad es reconocido y usado por Naciones Unidas para referirse a las edades avanzadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

Ley 1850 del Adulto Mayor en Colombia

Es pertinente poner de relieve una de las leyes que se encarga de hacer valer los derechos de las personas adultas mayores, en Colombia la ley 1850 del 19 Julio del 2017, consta de 17

artículos donde se establecen medidas de protección al adulto mayor. Se resalta el artículo 5 que menciona:

El que someta a condición de abandono y descuido a persona mayor, con 60 años o más, genere afectación en sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y en multa de 1 a 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes (Congreso De Colombia, 2017).

Existen un proceso por el cual pasa todo ser humano, que llega a alcanzar la edad avanzada. Se cumplen con una serie de características concretas del transcurrir de la existencia, se conoce como el envejecimiento.

Se entiende por envejecimiento al proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social, que se inicia en el mismo momento de la concepción y termina en la muerte. Todos envejecemos y habitualmente lo hacemos conviviendo con la familia. Los seres humanos estamos en proceso de envejecimiento y este puede ser normal o patológico. El envejecimiento normal, se va dando a nivel individual a través de los cambios funcionales evidenciados en el cuerpo y en el desarrollo de los procesos mentales, principalmente. El envejecimiento patológico, se manifiesta con el deterioro corporal y psicofísico producido por fuerzas dañinas internas y externas. En consecuencia, una ancianidad sana, satisfactoria y digna depende de las decisiones individuales que se tomen a temprana edad y de las condiciones políticas, económicas y culturales de la vida social en que actúan las personas (MinSalud, 2013).

De igual manera, también se puede denotar como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma

progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social (Lazarus RS & Lazarus, 2006; citado por García y Salazar, 2014, p. 60).

Por otro lado, las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Hay dos teorías principales que intentan responder a cuáles son las causas de la decadencia física: Las teorías de la preprogramación genética y las teorías del desgaste (Berger, 2002; citado por Moreno, 2004). La primera teoría contempla que, hasta una cierta edad, las células humanas se reproducen y que después de allí ya no pueden separarse; por su parte la teoría del envejecimiento por desgaste dice que las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar como lo hacían antes, de una forma correcta. Además, hay unos restos de productos que producen energía en el cuerpo se estancan o acumulan y hacen que falle la reproducción celular, lo cual provoca que el cuerpo se agote. No se sabe cuál de estas teorías explica mejor el proceso de envejecimiento físico; puede ser que las dos contribuyan (Moreno, 2004).

A su vez Sanz (2002) dice que el envejecimiento o senescencia son los cambios que se dan en la última etapa de la vida, nombradas tercera y cuarta edad, y que estos cambios no se deben a enfermedades o patologías, por lo tanto, es un envejecimiento natural o llamado normal (citado por Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, y Hernández, 2009).

Se ha venido utilizando muchos conceptos, para referirse a personas longevas, algunos que otros despectivos, pero a lo que aquí concierne a este tipo de población se le llamará adulto mayor.

Psicología de la Salud

Si bien es sabido que la salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social (OMS, 2017). El término de psicología de la salud, Matarazzo (1980) lo define como “la unión de aportes profesionales, científicos y educativos propios de la psicología, que contribuyen a la promoción y mantenimiento de la salud y prevención y tratamiento de la enfermedad, así como el diagnóstico de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, el mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (citado por Oblitas, 2010, p., 15).

Los problemas de salud mental son frecuentes en la población adulta mayor (AM): más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial (...) Los problemas de salud mental que repercute notablemente en el devenir vital de los adultos mayores son: trastornos neurocognitivos mayores, problemas afectivos o del ánimo y desórdenes del sueño (Tello, Alarcón, & Vizcarra, 2016, p. 342-343).

En la vejez se es más propenso a sufrir de enfermedades, entendiendo esta como “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general, manifestadas por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible.” (OMS, 2017). Por lo tanto, la psicología de la salud destaca la importancia de enseñar algunos comportamientos que ayuden a la prevención de las principales

enfermedades que afectan a los ancianos como es la depresión y la demencia senil (Campos, 2001).

Depresión

La depresión es un síndrome que puede afectar a cualquier población. Sus causas se deben a múltiples factores que están relacionadas a aspectos como la historia de vida del sujeto, el contexto social en que se desenvuelve, su sistema de creencias, entre otros.

En varios casos se ha relacionado los síntomas de depresión clínica como un componente normal de la tercera edad, pero no es así en todos los casos, pues puede que sí estén ciertos síntomas depresivos en los adultos mayores, pero no quiere decir que toda la vida lo estén (Zarragoitía, 2010).

Los episodios de depresión breve, frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves y que son coherentes con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-Quinta versión (DSM-5), excepto por su duración de aproximadamente 2 semanas. Los síntomas pueden no tener un origen claro y desaparecer de forma espontánea, produciéndose así los episodios en ciclos cada vez más rápidos. Algunos ancianos experimentan un breve periodo, que se prolonga por varios días con síntomas depresivos graves, secundarios a situaciones como las etapas de adaptación y/o duelo. La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida del cónyuge o compañero suelen ser con frecuencia el origen de estos síntomas; los afectados se recuperan con el tiempo o cuando desaparece el factor que genera el estrés (Sotelo, Rojas, Sánchez, e Irigoyen, 2012, p. 8).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2018).

Ahora bien, hablando propiamente de la depresión en general, se vislumbra muchas definiciones de autores que se han interesado por este tema, por ser algo tan delicado e importante surgen varias formas de abordarlo, pues así se puede llegar a tratar de la mejor forma posible. Las definiciones son bastas sobre este concepto.

En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado del ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a los dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos factores físicos o médicos. Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos.

La mayoría de los sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas, sienten fatiga, o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismos (Beck et al., 1983; Ellis, 1981; 1990; citado por Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008, p. 52).

A lo que respecta al enfoque o implicación cognitivo de este tema, se puede poner de manifiesto lo propuesto por Beck y colaboradores, el cual nos presenta un modelo cognitivo de la depresión.

El modelo cognitivo de la depresión sostiene que por la mente de una persona depresiva pasan tres cosas. La primera es la tríada cognitiva, la cual hace referencia a unos patrones cognitivos que inducen a la persona a considerarse a sí misma, el futuro e interpretar sus experiencias de una manera negativa. El segundo componente es la Organización Estructural del Pensamiento Depresivo o los esquemas; éste alude a explicar por qué una persona sigue teniendo pensamientos que lo hacen sufrir, aun cuando tiene pruebas objetivas de que hay cosas positivas en su vida. El último componente de ésta son los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información; estos mantienen las creencias negativas de los sujetos aun existiendo evidencias que lo contradigan. Entre los errores cognitivos más característicos en las personas depresivas están: la Abstracción selectiva, Generalización excesiva, Maximización y minimización, Inferencia arbitraria Personalización y Pensamiento absolutista o dicotómico (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

En conclusión, es importante considerar la depresión con el autoconcepto, puesto que se vislumbran dos pilares, porque dependiendo de cómo una persona se perciba a sí misma, ya sea en una forma negativa o positiva, así mismo verá su entorno y el mundo.

Esquema

Bartlett (1932) definió el esquema como “una organización activa de la experiencia pasada que determina la forma en que la nueva información es adquirida. El sistema mnémico humano incluye la formación de estructuras abstractas o esquemas, que guían la

organización de la información que se percibe y la construcción de recuerdos” (Citado por Cabanillas, Barcina, de la Llave, Laguna, y Aznar, 2011, p. 33).

Así pues, cuando se habla de autoesquemas se hace referencia “a las estructuras de conocimiento que tenemos sobre nosotros mismos. El autoesquema se refiere a la forma en que se encuentra estructurada la información que tenemos sobre nuestros propios rasgos, comportamientos y capacidades” (Cabanillas et al., 2011, p. 33).

Otra forma de definir los autoesquemas es lo expuesto por Soltero y Salazar (2006)

Los autoesquemas son generalizaciones cognoscitivas acerca de sí mismo, derivadas de la experiencia pasada, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada consigo mismo contenida en la experiencia social de un individuo. Un autoesquema, como estructura de conocimiento altamente elaborada, constituye una organización de las representaciones mentales de la conducta pasada; más que como mero depósito de información, sirve como función procesadora importante y permite al individuo ir más allá del momento. Por lo tanto, el autoesquema es un concepto vinculado a la conducta, por ser parte de los patrones del pensamiento o las estructuras mentales que la gente utiliza para enfrentarse a los sucesos del ambiente (p. 82).

Autoconcepto

El autoconcepto hace referencia a la información que tenemos de nosotros mismos, de cómo nos percibimos y describimos, esta forma de reconocernos ante el mundo se adquiere a través de lo largo de la vida, el cual cambia y se transforma dependiendo de situaciones y condiciones (Almazan, Benhumea, Ruiz y villa, 2011). De igual manera Fierro y Cardenal (2003) definen el autoconcepto como juicios valorativos y descriptivos que se tienen de uno

mismo, en él se manifiesta la manera como las personas se presentan, conocen y valoran ellas mismas.

La percepción es considerada como primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno; la misma lleva implícita las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad. Las percepciones, juicios, acciones, reacciones y sensaciones de los seres humanos determinan las interacciones y respuestas que esto pueda tener ante eventos particulares; la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones dándoles significado y organización, de allí que algunos adultos mayores manifiestan que “la vejez empieza cuando uno comienza a sentirse viejo” (Yewoubdar, Becker, Mayen, 2002; Matlin, Foley, 1996; Citado por Alonso et al, 2010, p. 252).

Avanzando en esta definición, se encuentra que el autoconcepto es importante y central en el desarrollo de la personalidad; si el autoconcepto es positivo, habrá un buen funcionamiento personal, social y profesional, el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008).

Autoconcepto desde la Psicología Cognitiva

La teoría sobre el autoconcepto postulado por la psicología cognitiva, la cual está influenciada por el interaccionismo simbólico, considera que el autoconcepto es la unión de estructuras cognitivas que permiten configurar la información que se tiene cada uno de sí mismo. Por tal motivo las personas son diferentes los unos con los otros, por tanto, el autoconcepto es una construcción que se da a través de un proceso evolutivo que con la

edad conlleva a cambios en su estructura cognitiva a través de situaciones para las que se poseen esquemas (Cazalla y Morelo, 2013).

Así pues, exponiendo el autoconcepto desde las distintas miradas teóricas, en general coinciden en cuanto a los pensamientos y sentimientos que se tiene de sí mismo, y la influencia que el medio tiene sobre este. Más que contraponerse, estas teorías se complementan, ampliando la conceptualización que se tiene de este constructo.

En este orden de ideas, el autoconcepto tiene una estructura interna y jerárquica, un autoconcepto general el cual es el académico y el particular que hace referencia al autoconcepto social, personal y físico (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008).

Autoconcepto Personal

El autoconcepto personal, es la percepción que se tiene de sí misma cada persona, a nivel individual independientemente del entorno social y el ámbito físico (Goñi, Fernández y Infante, 2012). Las investigaciones realizadas por la psicología han sido enfocadas de forma preferente a dos dimensiones del autoconcepto personal: el autoconcepto moral y el autoconcepto emocional. Así pues, los diferentes autores han dedicado décadas explicando el desarrollo individual y una visión esquemática de la misma, permitiendo considerar cuatro dimensiones: el autoconcepto afectivo-emocional, el cual refiere la percepción de sí misma y la autorregulación emocional; el autoconcepto ético-moral, el cual describe el punto de honradez propia; el autoconcepto de la autonomía, el cual define la percepción que tenemos de hasta qué punto decidimos sobre nuestra vida, en función al propio criterio y el autoconcepto de la autorrealización en cuanto como se ve a sí misma en cuanto a los logros de los objetivos (Goñi, Fernández y Infante, 2012).

Dicho lo anterior, el autoconcepto físico presupone la percepción de su apariencia y habilidades competitivas para cualquier actividad. El autoconcepto académico abarca todo lo relacionado al éxito, fracasos, logros que se tiene a lo largo de la vida estudiantil. El autoconcepto social hace alusión a la capacidad de resolver problemas, de relacionarse socialmente, de adaptación al entorno y la aceptación de los demás. Por último, el autoconcepto personal “se entiende como la autopercepción de los valores interiores del sujeto, su sentimiento de adecuación como persona y la valoración de su personalidad independientemente de su físico y de su relación con los otros” (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008).

De esta forma, el autoconcepto ha supuesto desde los últimos tiempos una importancia en el bienestar subjetivo desde diferentes ámbitos de la psicología, y de ahí su contribución la cual tiene una explicación central sobre la conducta de las personas, por esto el interés de estudiar el autoconcepto pues de esta deriva que las personas perciban de manera positiva o negativa el mundo. De este modo se puede vislumbrar una relación entre autoconcepto y conducta (Esnaola, Goñi & Madariaga, 2008).

Estrategias de Afrontamiento

En el transcurso de la vida, el ser humano se ve enfrentado a situaciones estresantes que generan un fuerte malestar, el cual puede ser visto como difíciles de afrontar. Para que una situación finalmente sea considerada como un factor estresante, el individuo inicialmente hace una valoración primaria del acontecimiento, analiza que tan malo o bueno es y las consecuencias que podría tener en el presente y futuro. Como segundo se evalúan las propias capacidades que se tiene para afrontar dicha situación y estas últimas son las que

mayormente ocasionan el estrés (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Vásquez, Crespos y Ring, 2000).

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento “es un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible las demandas internas y ambientales” (Vásquez, Crespos y Ring, 2000). En síntesis, el afrontamiento como lo define Lazarus y Folkman (1986) son aquellos procesos cognitivos y conductuales a las que recurren las personas para afrontar las demandas internas y externas, que son evaluadas como excesivas a los recursos del individuo (citado por Vásquez, Crespos y Ring, 2000).

Estrategias de afrontamiento en la vejez

En la vejez se presenta un decaimiento de los recursos del individuo debido a la edad, lo que puede representar una desventaja para afrontar situaciones como las pérdidas de salud, pérdida de los seres queridos, pérdida de la dependencia etc., que pueden interponerse en la vida del individuo (Mayordomo, Sales, Satorres y Blasco, 2015), sin embargo el adulto mayor posee recursos que le permiten hacerle frente a estas situaciones, además poseen la capacidad de adquirir nuevos recursos de afrontamiento que le ayudan a reducir el impacto negativo de los acontecimientos estresantes (Taylor & Stanton, 2007, citado por Mayordomo, Sales, Satorres y Blasco, 2015).

En una investigación realizada por González y Padilla (2006) se observó que los adultos mayores poseen diferentes estrategias de afrontamiento para cada situación. Identificaron estrategias evitativas, positivas, de reaparición, confrontativo y activas, las cuales buscan resolver y controlar el malestar o adaptarse al ambiente con mayor eficacia y menor riesgo. Así pues, este ciclo de la vida es de importantes pérdidas sobre el cual el adulto mayor no

posee control, no obstante, la aplicación de estas estrategias facilita la adaptación lo que permiten un mayor afrontamiento ante el estrés y la conservación de la salud en la vejez (Rivera, Ledesma, Montero y López, 2005, citado por Mayordomo, Sales, Satorres y Blasco, 2015).

Calidad de Vida

Muchas son las definiciones presentes sobre este concepto. Algunas más lejanas de las otras, por ejemplo, unas se centran en que, una buena calidad de vida depende del factor económico, otras se van por la corriente que una buena calidad de vida corresponde a una buena salud. Asimismo, se trata de consolidar una definición que pueda abarcar gran parte de todos esos consolidados de propuestas. Para esto se pone de manifiesto la siguiente definición:

Se definió la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (Who Quality of Life Assessment Group, 1996, p. 385).

Así pues, si se quiere entender las percepciones sobre la calidad de vida en los adultos mayores, se debe tener presente que existe una expectativa social que tiene en cuenta los relojes biológicos: edad de caminar, de hablar, la pubertad, etcétera, así como los relojes sociales: edad de ir a la escuela, de dejar la casa paterna, de ser independiente, de conformar una familia, entre otros; estos relojes sociales tienen amplias transformaciones y

creciente relatividad en lo que tiene que ver con las transformaciones aceleradas de los aspectos socio culturales emanados por el envejecimiento poblacional, en este sentido, la adultez se relaciona con los relojes sociales y representa una de las épocas de la vida de mayores transiciones; salida de los hijos del hogar, retiro del empleo formal, viudez, enfermedades crónicas, entre otras, que pueden aflorar nuevos factores y posibilidades, que afectan la calidad de vida en esta población mayor (Dulcey E, Uribe C., 2002; Citado por Varela y Gallego, 2015).

De este modo se puede ver, que el concepto de calidad de vida abarca muchos aspectos del ser humano, que deben ser tenidos en cuenta, para entender el mismo.

MATERIALES Y MÉTODO

Para alcanzar los objetivos propuestos se vio conveniente la realización de una revisión de la literatura y la utilización del enfoque cuantitativo, que es definido como: La investigación que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Diseño no experimental ya que, no se va a manipular ninguna variable, todo se va a hacer en entornos naturales. De tipo transversal, pues los datos serán recolectados en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Tiene un alcance exploratorio, descriptivo y correlacional. Exploratorio porque no se encuentran estudios relacionados con la temática de este trabajo, en el contexto del Municipio de Chigorodó. Correlacional porque se van a mirar las posibles relaciones entre las variables macro (*Depresión, calidad de vida, autoesquemas y estrategias de afrontamiento*). Descriptivo porque se va a realizar una caracterización de unas series de variables sociodemográficas y de unas variables latentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Población y Muestra

La población considerada para nuestro estudio son personas de la tercera edad del municipio de Chigorodó de ambos sexos. Para la selección de nuestra muestra se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencionado.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores con edades superiores a 60 años.
- Adultos mayores en uso de sus facultades cognitivas.

- Adultos mayores pertenecientes al Centro día del adulto mayor del municipio de Chigorodó.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con demencia senil.
- Adultos mayores que se nieguen a participar de la investigación.

Instrumentos

Para realizar la caracterización de la población, se recolectó datos sociodemográficos, como se muestra a continuación:

#	Variable	Tipo de variable	Codificación
1.	Edad	Ordinal	1= 60 a 69 años 2= 70 a 79 años 3= 80 a 89 años 4= 90 años en adelante
2.	Género	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
3.	Estado civil actual	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Viudo 4= Unión Libre 5= Divorciado

			1= Si
4.	¿Tiene hijos?	Nominal	2= No
5.	¿Tiene nietos?	Nominal	1= Si 2= No
6.	Grupo conviviente actual	Nominal	1= Solo 2= con pareja 3= con pareja e hijos 4= pareja, hijos y nietos 5= con hermanos 6= otros
7.	Presencia de enfermedad	Nominal	1= Si 2= No
8.	Educación	Nominal	1= Sin estudios 2= Primaria 3= Secundaria 4= Técnica/ Tecnológica 5= Universitario

Fuente: Elaboración propia

Los instrumentos utilizados para este proyecto fueron: Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida), COPE-28, Escala de Percepción Subjetiva de Envejecimiento (EPSE) Whoool- Bref.

Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida)

Es un instrumento propuesto por J.A Yesavage y T. L Brink en 1986, utilizado para valorar la depresión en adultos mayores. Esta escala explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado (SI / NO), contiene dos factores o dimensiones principales de diferente importancia: el primero, Desesperanza y el segundo, Estado de Ánimo deprimido. El puntaje de 0-4 se considera normal; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. La escala total presentó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de .84., el comportamiento de los reactivos de acuerdo las correlaciones ítem-total fueron superiores a .22 (Angulo y Arias, 2011).

Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE)

La Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento es un cuestionario multidimensional autoadministrado del autoconcepto en personas mayores, está formado por 12 ítems, el cual se responde teniendo en cuenta las últimas dos semanas, 1 si está totalmente de acuerdo, 2 bastante de acuerdo, 3 de acuerdo, 4 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 en desacuerdo, 6 bastante en desacuerdo y 7 totalmente en desacuerdo, con unas propiedades psicométricas aceptables y que puede ser útil como un instrumento de screening en protocolos de evaluación de la calidad de vida en personas mayores. evalúa cuatro factores: Autoconcepto cognitivo, la percepción subjetiva de tiempo, Percepción Subjetiva de las relaciones sociales, y Autoconcepto físico. La varianza total explicada por los factores es de un 82,24%, con coeficientes de fiabilidad superiores a 0,85. Las comparaciones de las sub-escalas de la EPSE entre los grupos indican diferencias

significativas en la mayoría de los factores de la escala. El análisis discriminante clasificó correctamente el 84,7% de los sujetos. (Gracia, Garre & Marcó, 1999)

Cope-28

Es la versión española del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga. Este inventario consta de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto”, “pocas veces hago esto”, “a veces hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias.

El análisis de consistencia interna incluye el valor del alfa de Cronbach para los ítems que forman cada factor en el análisis factorial de segundo orden. Así pues, las subescalas de Apoyo emocional, apoyo social, planificación, uso de sustancias, humor, religión, negación y desconexión, obtuvieron un alfa de cronbach = $\alpha > .60$, mientras que las seis subescalas restantes, obtuvieron un puntaje en el alfa de cronbach $< .60$. El valor correspondiente a la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .654 y la prueba de esfericidad fue significativa ($\chi^2 = 482.986$; $gl = 78$; $p = .001$). El número de factores sugerido por el gráfico de sedimentación propone 4 factores, donde las subescalas se agrupan en afrontamiento cognitivo, bloque del afrontamiento (evitación), afrontamiento mediante apoyo social y afrontamiento espiritual, con un puntaje de alfa de cronbach $\alpha = > .71$ (Morán, Landero, y González, 2009).

WHOQOL-BREF

Este instrumento fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud. Es instrumento genérico de medición de la calidad de vida derivado del whoqol-100 (ambos disponibles en español), contiene 26 preguntas que refieren las veinticuatro facetas contenidas en el

whoqol-100 y dos preguntas globales sobre calidad de vida global y salud general. Cada pregunta tiene cinco respuestas posibles que se puntúan para generar un perfil de cuatro dimensiones: salud física (compuesta por siete preguntas), salud psicológica (incluye seis preguntas), relaciones sociales (con tres preguntas) y ambiente (contiene ocho preguntas). Con el instrumento se obtienen cuatro sumas parciales en puntuaciones de cero a cien, siendo cero la peor calidad de vida y cien la mejor.

Algunas características evaluadas por la OMS para su validación fueron consistencia interna la cual se valoró por medio del α de Cronbach que obtuvo valores por encima de 0,7 en todos los dominios; la validez discriminante también tuvo valores altos demostrando la diferencia entre población enferma y sana; en la validez de constructo se determinó que en general ningún ítem tuvo una relación más fuerte que con su propio dominio comparado con los demás (Cardona, Ospina y Eljadue, 2015).

Procedimiento para ejecución

Como primera medida se preguntó a la Alcaldía Municipal si existían lugares del municipio en el cual se podían encontrar una cifra considerada de ancianos, por ejemplo: si existía un comedor municipal para el adulto mayor y qué horario se maneja. Todas estas preguntas con miras a tener información de un lugar exacto para encontrar el mayor asentamiento de estos sujetos.

Se encontró que existía el centro día del adulto mayor, luego nos dirigimos a la entidad para solicitar el debido permiso, para realizar las actividades con esta población, con el fin de tener un primer acercamiento.

Luego de haber realizado lo anterior, se les habló acerca del trabajo que queríamos realizar en el centro día, se les consultó si querían participar y se les habló sobre el consentimiento informado. Cuando ya se tuvo a las personas que decidieron participar voluntariamente, se tomó como medida que, si la persona estuvo de acuerdo, lo debía dejar por escrito para proceder en el proceso. En caso de que el anciano no supiera escribir, se le tomó la huella dactilar para constancia. Posterior a esto se informó acerca de la fecha en la cual realizaríamos la recolección de los datos.

Una vez recolectados todos los datos, se procedió a realizar la tabulación en el programa de Excel, para luego ingresar éstos, al programa IBM SPSS versión 25 para su debido análisis. Luego se realizó prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para contrastar los datos arrojados por las distintas variables de los cuatro instrumentos psicométricos, cumpliendo el supuesto de distribución normal e indicando que son variables fidedignas.

RESULTADOS

Tabla de Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

<i>Variables</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>sociodemográficas</i>		
<i>Sexo</i>		
<i>Femenino</i>	6	15 %
<i>Masculino</i>	33	85 %
<i>Edad</i>		
<i>60 a 69 años</i>	13	33,3 %
<i>70 a 79 años</i>	11	28,2 %
<i>80 años en adelante</i>	15	38,5 %
<i>Estado civil</i>		
<i>Soltero</i>	22	56 %
<i>Casado</i>	9	23 %
<i>Viudo</i>	3	8 %
<i>Unión libre</i>	3	8 %
<i>Divorciado</i>	2	5 %
<i>Hijos</i>		
<i>Si</i>	32	82 %
<i>No</i>	7	18 %
<i>Nietos</i>		
<i>Si</i>	26	67 %
<i>No</i>	13	33 %
<i>Grupo conviviente</i>		
<i>Solo</i>	24	62 %
<i>Con pareja</i>	3	8 %
<i>Con pareja e hijos</i>	1	3 %
<i>Pareja, hijos y nietos</i>	0	0 %
<i>Con hermanos</i>	2	5 %

<i>Otros</i>	9	23 %
<i>Educación</i>		
<i>Sin estudios</i>	11	28 %
<i>Primaria</i>	25	64 %
<i>Secundaria</i>	1	3 %
<i>Técnica/ Tecnología</i>	2	5 %
<i>Universitario</i>	0	0 %
<i>Enfermedad</i>		
<i>Si</i>	23	59 %
<i>No</i>	16	41 %

Fuente: Elaboración propia

Descripción de Resultados

La muestra estuvo conformada por 39 adultos mayores del Centro día del adulto mayor, del municipio de Chigorodó, existiendo una predominancia del 85 % de sexo masculino, frente al 15 % del sexo femenino. El promedio de edad de los sujetos evaluados fue de 75 años, donde el 33,3% comprenden las edades entre 60 a 79 años, el 28,2 % se encontraban entre las edades de 79 a 80 años y el 38,5 % en más de 80 años. En cuanto al grupo conviviente, se pudo percatar que el 62 % de la muestra vivía solo, el 8 % con la pareja, el 3 % con la pareja y los hijos, al igual que el 5 % con hermanos, mientras que el 23 % convivía con otras personas.

Dentro de las personas participantes se logró clasificar que, el 82% contaba con descendientes, siendo 4 el número promedio de hijos. Según los resultados se encuentra que, el 67 % de los encuestados tenían nietos y el 18 % no, siendo 7 el promedio de nietos. En cuanto a el nivel educativo, se logró vislumbrar que, el 92% de la muestra, se encontraba con escolaridad nula o con primaria inconclusa, siendo esto un dato atrayente.

El 59% de la muestra total manifestó en su momento poseer alguna presencia de enfermedad, clasificándose estas en: Enfermedades del sistema Circulatorio, Enfermedades del aparato Genitourinario, Enfermedades Oftalmológicas, Traumatismo y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, siendo esta última la de mayor persistencia con un 33%. Mientras que el 41% restante, manifestó no tener presencia de enfermedad.

Ahora bien, se constató que el 56% de la muestra se encontraba en el estado civil de solteros, seguido del 23% correspondiente al estado civil de casado, frente al 21% restante comprendidos entre los estados civiles de viudo, unión libre y divorciado.

Por otro lado, las principales estrategias de afrontamiento presentes en la muestra del estudio, de acuerdo con lo arrojado en el instrumentos de COPE-28, se destacaron tres, ellas son: afrontamiento activo (Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor), religión (La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas) y autodistracción (Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor).

En cuanto a la variable depresión, se pudo constatar que la población de este estudio no presentó una cifra alarmante que diera cuenta de síntomas de rasgos depresivos, puesto que el 69% de los participantes, se encontraron en un rango normal de estado de ánimo depresivo, ya que el puntaje total era de 15 y esta población oscilaba entre 0 a 4 puntos, siendo esto un dato alentador. El 28% de la muestra presentó síntomas de depresión leve, solo el 3% mostraron síntomas de depresión moderada, y ninguno presentó síntomas alarmantes para depresión severa.

Así mismo, los datos arrojados en cuanto a calidad de vida mostraron que el 30,8% de la muestra tiene una calidad de vida excelente, ya que su puntuación fue superior a 86, mientras que el 66,7% posee una calidad de vida normal debido a que las puntuaciones oscilaron entre 55 y 85, solo el 2,6% dio como resultado problemas en la calidad de vida.

Los resultados también arrojaron que la valoración que realiza el sujeto de su memoria y estado cognitivo general es adecuado, así lo evidenció el 77% de la muestra. El 82% de los participantes de esta investigación mostraron que el autoesquema que hace referencia a la percepción subjetiva del estado de las relaciones sociales es idóneo, al igual que el 90% de los encuestados en su percepción subjetiva del estado físico, es decir, poseen una apropiada autoevaluación de su salud y estado físico, mientras que el 51% de este grupo etario presentó problemas en su percepción subjetiva del tiempo.

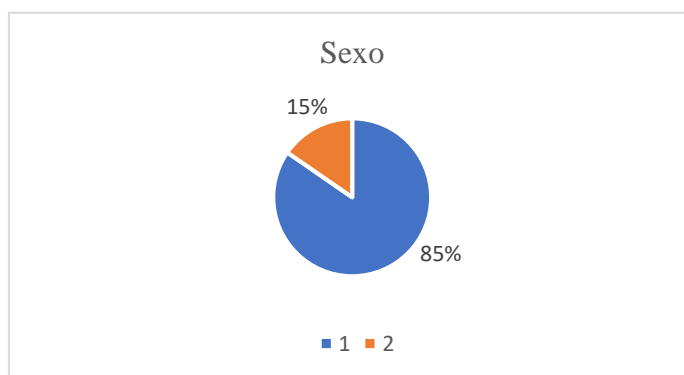


Figura 1. El 85% pertenece al género masculino.

Fuente: Elaboración propia

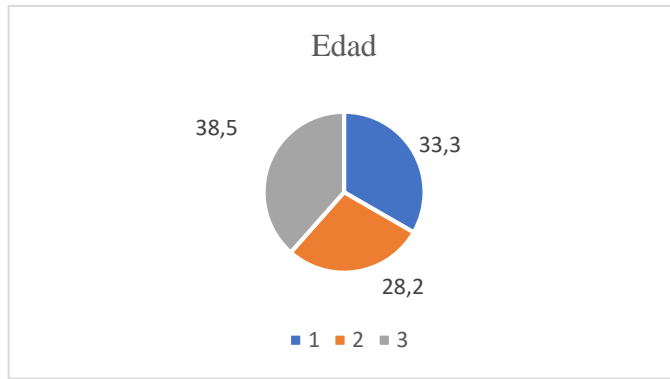


Figura 2. El 38,5% pertenece a los rangos de edad de 80 años en adelante.
 Fuente: Elaboración propia

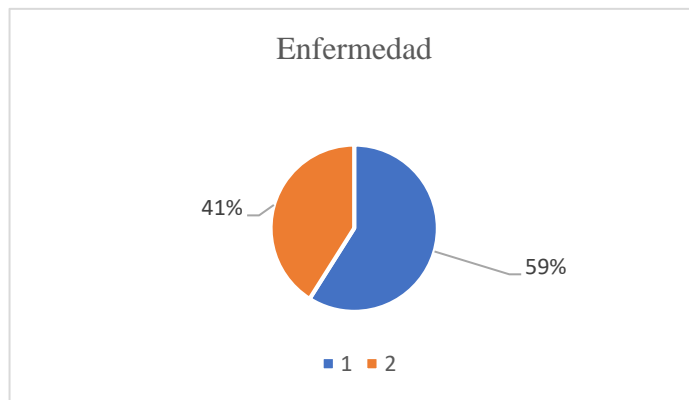


Figura 3. El 59 % de la población presentaron enfermedad
 Fuente: Elaboración propia

Prueba de normalidad

Tabla 2. Prueba de normalidad según el sexo

Pruebas de normalidad				
	Sexo	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
FC1	1	0,777	33	0
	2	0,96	6	0,82
FC2	1	0,87	33	0,001
	2	0,853	6	0,167
FC3	1	0,851	33	0
	2	0,701	6	0,006
FC4	1	0,899	33	0,005
	2	0,866	6	0,212
FC5	1	0,787	33	0
	2	0,822	6	0,091
FC6	1	0,874	33	0,001
	2	0,77	6	0,031
FC7	1	0,853	33	0
	2	0,908	6	0,421
FC8	1	0,773	33	0
	2	0,496	6	0
FC9	1	0,942	33	0,077
	2	0,908	6	0,421
FC10	1	0,776	33	0
	2	0,775	6	0,035
FC11	1	0,88	33	0,002
	2	0,982	6	0,96
FC12	1	0,879	33	0,002
	2	0,77	6	0,031

FC13	1	0,856	33	0
	2	0,683	6	0,004
FC14	1	0,802	33	0
	2	0,64	6	0,001
WF1	1	0,964	33	0,333
	2	0,876	6	0,252
WF2	1	0,961	33	0,274
	2	0,979	6	0,949
WF3	1	0,884	33	0,002
	2	0,96	6	0,817
WF4	1	0,972	33	0,549
	2	0,795	6	0,053
FE1	1	0,97	33	0,478
	2	0,825	6	0,098
FE2	1	0,957	33	0,219
	2	0,841	6	0,133
FE3	1	0,95	33	0,13
	2	0,991	6	0,991
FE4	1	0,856	33	0
	2	0,923	6	0,53
PT	1	0,926	33	0,028
	2	0,874	6	0,241

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Prueba de normalidad de acuerdo con la edad

Pruebas de normalidad				
	Edad	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
FC1	1	0,766	13	0,003
	2	0,829	11	0,023
	3	0,817	15	0,006
FC2	1	0,896	13	0,116
	2	0,866	11	0,069
	3	0,855	15	0,021
FC3	1	0,885	13	0,084
	2	0,674	11	0
	3	0,727	15	0
FC4	1	0,912	13	0,194
	2	0,92	11	0,321
	3	0,883	15	0,053
FC5	1	0,811	13	0,009
	2	0,828	11	0,022
	3	0,701	15	0
FC6	1	0,844	13	0,024
	2	0,842	11	0,034
	3	0,881	15	0,049
FC7	1	0,909	13	0,178
	2	0,795	11	0,008
	3	0,861	15	0,025
FC8	1	0,807	13	0,008
	2	0,807	11	0,012
	3	0,527	15	0
FC9	1	0,928	13	0,321

	2	0,855	11	0,05
	3	0,905	15	0,113
FC10	1	0,841	13	0,022
	2	0,796	11	0,008
	3	0,806	15	0,004
FC11	1	0,887	13	0,089
	2	0,924	11	0,353
	3	0,842	15	0,013
FC12	1	0,832	13	0,017
	2	0,922	11	0,333
	3	0,883	15	0,053
FC13	1	0,887	13	0,089
	2	0,909	11	0,237
	3	0,721	15	0
FC14	1	0,65	13	0
	2	0,815	11	0,015
	3	0,811	15	0,005
WF1	1	0,868	13	0,049
	2	0,907	11	0,223
	3	0,977	15	0,943
WF2	1	0,844	13	0,024
	2	0,951	11	0,654
	3	0,928	15	0,251
WF3	1	0,965	13	0,835
	2	0,87	11	0,078
	3	0,838	15	0,012
	1	0,962	13	0,792
	2	0,943	11	0,555
	3	0,924	15	0,225

FE1	1	0,941	13	0,477
	2	0,924	11	0,355
	3	0,985	15	0,991
FE2	1	0,927	13	0,314
	2	0,883	11	0,115
	3	0,952	15	0,551
FE3	1	0,969	13	0,882
	2	0,898	11	0,177
	3	0,934	15	0,31
FE4	1	0,773	13	0,003
	2	0,885	11	0,122
	3	0,87	15	0,034
PT	1	0,928	13	0,325
	2	0,768	11	0,004
	3	0,934	15	0,318

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Prueba de normalidad con relación a la enfermedad

Pruebas de normalidad				
	Enfermedad	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
FC1	1	0,835	23	0,001
	2	0,768	16	0,001
FC2	1	0,885	23	0,012
	2	0,869	16	0,027
FC3	1	0,843	23	0,002
	2	0,752	16	0,001
FC4	1	0,895	23	0,02
	2	0,862	16	0,021
FC5	1	0,772	23	0
	2	0,786	16	0,002
FC6	1	0,883	23	0,011
	2	0,856	16	0,017
FC7	1	0,841	23	0,002
	2	0,883	16	0,043
FC8	1	0,703	23	0
	2	0,789	16	0,002
FC9	1	0,925	23	0,087
	2	0,941	16	0,361
FC10	1	0,802	23	0
	2	0,809	16	0,004
FC11	1	0,887	23	0,014
	2	0,881	16	0,041
FC12	1	0,888	23	0,014
	2	0,888	16	0,051
FC13	1	0,828	23	0,001

	2	0,884	16	0,045
FC14	1	0,792	23	0
	2	0,733	16	0
WF1	1	0,942	23	0,198
	2	0,93	16	0,242
WF2	1	0,95	23	0,294
	2	0,978	16	0,942
WF3	1	0,895	23	0,02
	2	0,895	16	0,068
WF4	1	0,959	23	0,45
	2	0,925	16	0,202
FE1	1	0,98	23	0,909
	2	0,922	16	0,183
FE2	1	0,967	23	0,625
	2	0,908	16	0,107
FE3	1	0,932	23	0,123
	2	0,959	16	0,64
FE4	1	0,903	23	0,029
	2	0,838	16	0,009
PT	1	0,919	23	0,063
	2	0,949	16	0,475

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para contrastar los datos arrojados por las distintas variables de los cuatro instrumentos psicométricos, y si cumplían el supuesto de normalidad. Con dicha prueba, se encontró una variable del instrumento COPE- 28

(humor) y tres variables de WHOQOL- Bref (salud física, salud psicológica y ambiente) correspondiente según el sexo. Con relación a la edad, se identifica dos variables del COPE- 28 (apoyo social y humor), tres variables del EPSE (autoconcepto cognitivo, percepción subjetiva del tiempo y percepción subjetiva de las relaciones sociales), finalmente, en relación a enfermedad se encontró tres variables del instrumento WHOQOL (salud física, salud psicológica y ambiente), tres variables del EPSE (autoconcepto cognitivo, percepción subjetiva del tiempo y percepción subjetivo de las relaciones sociales) y por último la variable depresión de YESAVAGE 15, siguieron el supuesto de distribución normal e indica que son variables fidedignas.

Tabla 5. Correlaciones de variables (COPE-28, WHOQOL-BREF, EPSE, YESAVAGE-15)

	FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6	FC7	FC8	FC9	FC10	FC11	FC12	FC13	FC14	WF1	WF2	WF3	WF4	FE1	FE2	FE3	FE4	PT
FC1	1																						
FC2	,360*	1																					
FC3	-	0,131	1																				
FC4	-	0,004	0,104	,721**	1																		
FC5	-	0,025	0,2	-0,025	-0,16	1																	
FC6	,366*	,389*	-0,011	0,054	0,033	1																	
FC7	0,082	0,006	-0,12	-	0,105	0,136	1																
FC8	0,004	0,049	,477**	0,084	0,043	0,144	-	1															
FC9	0,225	0,158	0,108	-	0,027	-	-	,415**	1														
FC10	0,14	0,211	0,21	0,073	-	0,278	0,128	0,002	-	1													
FC11	0,007	0,053	0,124	0,124	0,057	0,245	-	0,125	0,052	0,114	1												
FC12	-	0,175	-0,045	0,161	0,005	0,231	-	,365*	0,162	0,006	,356*	1											
FC13	0,191	0,201	0,093	0,176	0,111	0,071	-	-0,006	0,124	-	0,003	0,015	1										
FC14	0,051	0,023	-,371*	-	-	-0,05	-	-0,291	-	-	-0,19	-	0,09	1									
WF1	0,256	0,047	0,149	0,2	0,293	0,257	0,237	0,006	0,035	0,083	0,019	0,071	0,208	-	1								
WF2	0,127	0,228	0,314	,389*	0,038	0,139	-	0,055	0,192	0,179	-	-	0,05	-0,14	,508**	1							
WF3	0,239	,439**	0,217	0,281	0,056	,343*	-0,04	-0,067	-	,331*	-	-0,23	0,171	0,049	,419**	,346*	1						
WF4	0,044	-0,019	,375*	0,093	0,108	0,188	0,054	,322*	0,098	,353*	0,038	0,292	-0,18	-	,327*	,338*	0,192	1					
FE1	-	0,175	-0,307	-0,058	0,096	-	-	-0,209	0,149	0,133	0	-	0,186	0,023	-0,214	-0,169	-0,274	-0,09	1				
FE2	-	0,226	-0,143	-,347*	-	0,179	-	0,023	-0,179	0,09	0,058	0,256	0,03	0,144	0,02	-0,159	-,322*	-0,193	-	,406*	1		
FE3	-	0,217	-,425**	-0,307	-	0,299	0,023	0,086	0,197	-	0,123	0,162	-	0,096	-0,176	-0,06	,442**	-	0,06	,340*	1		
FE4	0,012	-0,004	-0,227	-	-	-	0,13	-0,222	-	0,036	0,152	-0,08	-	-	-	-	-,375*	-	0,278	,460**	0,179	1	
PT	0,023	-0,173	-0,169	0,006	-	-	-	-0,18	0,128	-	0,214	0,135	-	0,097	-0,202	-0,274	-0,314	-	0,298	,353*	0,122	,582**	1

Fuente: elaboración propia.

Análisis de correlaciones

En este estudio, se encontraron las siguientes correlaciones significativas entre las variables de las pruebas utilizadas:

La variable de planificación (COPE-28) tiene una alta correlación con la salud psicológica (COPE-28), la cual a su vez tiene relación con la percepción subjetiva de las relaciones sociales (EPSE), de igual manera la variable negación se encontró una relación con apoyo emocional y el humor (COPE-28)

La variable de salud física (WHOQOL- BREF) tiene una alta correlación con las relaciones sociales (WHOQOL-BREF).

La variable autoconcepto físico (EPSE) tiene una considerable correlación con salud física (WHOQOL-BREF), con la salud psicológica (WHOQOL-BREF), con percepción subjetiva del tiempo (EPSE) y también con depresión. Mientras que la percepción subjetiva de las relaciones sociales (EPSE) tiene una relación con las relaciones sociales (WHOQOL-BREF).

También se evidenció una pequeña relación entre algunas variables, aunque la correlación no fue tan significativa aquí, sí se puede decir que son datos importantes a conocer en esta población.

Así pues, la variable afrontamiento activo (COPE-28), tuvo relación con planificación (COPE-28) y reevaluación positiva (COPE-28). A su vez la variable planificación (COPE-28) con la reevaluación positiva (COPE-28).

Existe una correlación directa entre la variable apoyo emocional (COPE-28) con ambiente (COPE-28) y hay una correlación inversa entre la variable apoyo emocional (COPE-28) y las variables uso de sustancias (COPE-28) y la percepción subjetiva del tiempo (EPSE).

Otra relación existente, aunque no muy alta, fue la variable Apoyo social (COPE-28) con la variable salud psicológica (WHOQOL-BREF). También la reevaluación positiva (COPE-28) tuvo relación directa con las relaciones sociales (WHOQOL-BREF), mientras que, con la variable percepción subjetiva de las relaciones sociales (EPSE) y la variable depresión (YESAVAGE), presentó una correlación inversa. A su vez, la variable aceptación (COPE-28) tuvo una correlación inversa con las variables humor y desconexión (COPE-28).

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo arrojado en el estudio, se pudo evidenciar que aquellos adultos mayores que se sentían con una mejor salud física tendían a su vez a auto percibir su salud de una forma positiva. Como también, aquellos que puntuaron su salud psicológica elevada, de manera casi directa se relaciona con el autoconcepto físico. Estos son aspectos muy similares al estudio de Bohórquez, Lorenzo y García (2014) en el cual hacen referencia a que, los mayores que consideran tener una mejor autoestima personal son aquellos que realizan actividades físicas frecuentemente. Estos mismos autores en el 2013, realizaron otra investigación donde se demuestra que la práctica actual de actividad física incurre en la felicidad de los mayores, siendo más felices aquellos más activos en esta etapa de su vida, lo cual tiende a poseer una incidencia en el bienestar psicológico del adulto mayor. Este tema de la salud física va ligado al tema de las relaciones sociales, puesto que, los adultos mayores de este estudio, que se sentían mejor y realizaban alguna recreación social, en el cual se relacionaban con otros personajes de su misma edad, manifestaron sentirse bien con su grupo, algo que se traduce a una buena percepción subjetiva de las relaciones sociales.

Los datos obtenidos de esta muestra evidenciaron que, el apoyo social tiene un efecto positivo en el bienestar del adulto mayor, indicando que, a mayor apoyo social mayor bienestar emocional. Estos datos concuerdan con otros estudios realizados por Herrero y Gracia (2005) en el cual estudiaron a un grupo de adultos mayores en un contexto comunitario y un grupo de adultos mayores en un contexto residencial, dando como resultado que, quienes vivían en un ambiente comunitario disfrutaban de un mejor ajuste psicosocial, reflejado de un mayor apoyo social percibido y mejor autoestima, mientras que los residentes demostraron un bajo nivel de autoestima, poca salud física y anímica. Estos

resultados corroboran el importante papel que juegan las redes sociales, percibidos no solo para el estado emocional sino el estado físico.

Como lo argumenta Luna (1999) que sostiene que, los adultos mayores que tienen una vida social activa mediante las relaciones sociales (familiares, vecinales o comunales) o mediante su participación en actividades como deporte, arte, cultura, turismo y recreación, a través de las cuales se proporcionan una buena salud física y mental y cuentan con mejores armas para hacer frente a situaciones que en otra condición los haría enfermarse o caer en depresión. Por el contrario, aquellas personas que evitan la integración social se muestran frustradas y molestas (Citado por Carmona, 2015, p. 395).

Otro estudio buscó comparar como es el apoyo social percibido por los adultos mayores y relacionarlos con su calidad de vida. A pesar de que las diferencias no fueron significativas, los que vivían solos percibían un menor apoyo social; de igual manera afirmaron que los participantes que realizan actividades sociales se sienten mejor consigo mismo (Esquivias, 2015). En otro estudio se pudo identificar que, las personas mayores de 80 años son los que menos se integran en las actividades sociales o recreativas, sumándose a esto el estado civil, puesto que los longevos que eran solteros, divorciados y viudos reducían sus actividades sociales (Pinillos, Prieto y Herazo, 2013).

Si bien los resultados de la muestra de este estudio han arrojado el efecto positivo y la percepción subjetiva de bienestar de las relaciones sociales, también evidencia poca planificación de estas. Esto es acorde a lo mencionado por Rodríguez (2009) en un estudio realizado a partir de la recopilación de información bibliográfica de diferentes investigaciones y bases de datos, en el cual menciona este ciclo como una etapa de pérdidas lo que genera aislamiento en el longevo y poco interés en lo social. Sin embargo, se

encontró que el adulto mayor disfruta y reconoce importante relacionarse con los demás, ya que, necesitan comunicarse con el entorno, manifestar sus deseos, tener una imagen de sí mismo, opiniones y sentimientos de pertenecer a un grupo.

En la muestra de este estudio se logra vislumbrar que, los adultos mayores que poseen un autoconcepto físico positivo no tienen altos niveles de síntomas depresivos, hecho que resulta alentador, puesto que quiere decir que, la actividad física y el sentirse bien con su estado físico en este grupo etario, es un factor clave para reducir un poco los posibles síntomas depresivos que pueden llegar a aparecer en este ciclo vital. Tal como lo indica Orosco (2015) los hallazgos en su estudio permiten concluir que, a medida que los adultos mayores presentan mayor autoestima tienden a presentar menor depresión y viceversa.

Ahora bien, hablando un poco de las variables de los instrumentos de este estudio, aunque se encontró buena significación estadística, no se encontró una correlación con la estrategia de afrontamiento humor en la tercera edad del presente estudio, contrario a lo manifestado por Labarca (2012) en su estudio, ya que encontró que, cuando el sentido del humor se convierte en parte de la personalidad, es un factor protector de la salud, da sentido de pertenencia y cambia positivamente el ambiente, trayendo como consecuencia una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El grupo seleccionado para este estudio mostró resultados un tanto alentadores, en consideración a lo arrojado en los instrumentos. Se logra determinar que descriptivamente los adultos mayores cuentan con varias estrategias de afrontamiento ante situaciones generadoras de estrés, entre las principales está: el afrontamiento activo, la religión y la autodistracción. Ahora, en cuanto a los autoesquemas, se pudo sintetizar que la que presenta mayor incidencia en este grupo, con un 90% de la muestra, fue la autoevaluación de la salud y estado físico. En relación con lo indagado sobre el tema del estado de ánimo depresivo, se pudo precisar que el 69% de los participantes se encontraban en el rango normal de rasgos de síntomas depresivos en comparación con las investigaciones sobre los baremos colombianos.

Por otra parte, otra de las cosas importantes que se logró sintetizar fue que, gran parte de la muestra, por no decir casi la totalidad, presentaron una adecuada calidad de vida, ya que el 66,7% posee una calidad de vida normal y en el 30,8 % del total de la muestra constató una calidad de vida excelente, con relación a lo arrojado en el instrumento Whoqol-Bref.

Los resultados de este estudio sintetizan que los autoesquemas tienen relación con calidad de vida, especialmente con los componentes físico, psicológico y el componente de las relaciones sociales, sin embargo, la calidad de vida, relacionada con el componente del ambiente no influye en los autoesquemas. A su vez, las estrategias de afrontamiento presentan una correlación con la calidad de vida, ya que se encontró que la estrategia de afrontamiento del apoyo social tiene una relación directa con la salud psicológica y, las relaciones sociales se correlacionan con la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva, puesto que la influencia del grupo como forma de apoyo, aporta a que estos

adultos mayores busquen el lado favorable del problema o intenten mejorar a partir de la situación. Así mismo, existe una correlación inversa entre la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva y la depresión, es decir, que a mayor rasgos de síntomas depresivos, menor es la utilización de dicha estrategia. Ahora, se pudo resaltar que existe una relación directa entre autoconcepto físico (autoesquemas) y depresión, ya que los adultos mayores que perciben su estado físico y su salud como bajos puntuaron más elevado en el instrumento que mide la depresión de este grupo. Como último, se pudo conjeturar que la percepción subjetiva del tiempo (autoesquemas) tiene una correlación directa con depresión, entendiendo esto como, si los adultos mayores no se encuentran satisfechos con lo que realizan o no en su tiempo libre, si perciben que no desarrollan actividades u ocupaciones en sus vida diaria, esto incrementa en la sintomatología del estado de ánimo depresivo.

Ahora bien, aunque se logra precisar que se halló elementos favorables en estos participantes, existen algunos aspectos que se deben tener en cuenta si se quiere llegar a contribuir a un futuro próximo a esta población de la tercera edad, y estos aspectos son:

- Implementar programas que fomenten la interacción social de este grupo etario, ya que al relacionarse con los demás se demostró que mejora su percepción de calidad de vida.
- Realizar trabajos con las familias, los cuales permitan fomentar la importancia de brindar apoyo emocional a los adultos mayores.
- Establecer proyectos que refuercen la actividad física, puesto que se identificó como un factor protector para el autoconcepto físico.
- Desarrollar estrategias de sensibilización, de comunicación, que promuevan en los adultos mayores, tomar iniciativas para estar en contacto con sus familiares.

- Trabajar sobre el contenido de las creencias de este grupo participante, ya que se observó que entre más tiempo libre tienen (mientras los adultos no se encuentren realizando alguna actividad), tienden a presentar pensamientos rumiativos.
- Plantear a futuro, investigaciones que realicen un estudio comparativo en población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada, para que se puedan identificar si cambian las variables presentadas en este estudio.

REFERENCIAS

- Almazán, N. Y., Benhumea, A., Ruiz, C., & Villa, D. (2011). El autoconcepto del adulto mayor ante la presencia de enfermedad crónica. Una influencia social desde la teoría de las atribuciones. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(4). Recuperado el 09 de 08 de 2018, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art7.pdf>
- Alonso, L. M., Ríos, A. L., Payares, S. C., Maldonado, A., Campo, L., Quiñonez, D., & Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Scielo.org*, 250-259. Recuperado el 28 de 07 de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a08>
- Angulo, C. B. G., & Arias, A. C. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/236>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (10 ed.). Spain: DESCLEE DE BROUWER, S.A.
- Bohórquez, M. R., Lorenzo, M., & García., A. J. (2014). Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte.*, 481-491. Recuperado el 28 de 07 de 2018, de <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=311131093009>
- Cabanillas, E., Barcina, P., de la Llave, M. J., Laguna, M., & Aznar, S. (2011). El esquema de la actividad física con mapas mentales en personas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6 (1), 31-46. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126240004>
- Campos, F. R. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, (16), 83-104. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>

- Cardenal, V., y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de psicología*, 24(1), 101-111. Recuperado de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021093903321329094?casa_token=t4XvU2D1kJYAAAAA%3Atmdq-QOgWwPUvC8JDR66xz0Odj_Kp-03afyfzbnQGv4cA2Mi7jcfGTn7SJ7oqVG3tX4m8s7jXxAkprtcCg&
- Cardona, J. A., Ospina, L. C., & Eljadue., A. P. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del whoqol-bref y el mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 50-57. Recuperado el 01 de 05 de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/274196566_Validez_discriminante_convergentedivergente_fiabilidad_y_consistencia_interna_del_WHOQOL-BREF_y_el_MOSSF-36_en_adultos_sanos_de_un_municipio_colombiano
- Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la sociedad del conocimiento*, 3(8), 393-401. recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4576/457644946010.pdf>
- Cazalla, L., y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (10). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/253650044_REVISION_TEORICA SOBRE EL AUTOCONCEPTO Y SU IMPORTANCIA EN LA ADOLESCENCIA
- Congreso De Colombia. (2017). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4965
- De Gracia, M., Garre, J., & Marcó, M. (1999). Desarrollo y validación preliminar de la Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 92-100. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-desarrollo-validacion-preliminar-escala-percepcion-13011670>
- DSM-IV. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4 ed.). Barcelona, España: MASSON, S.A. Obtenido de

<https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Escalona, J. R., Rodríguez, R., & Pérez, R. (2009). La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicología para América Latina*. Recuperado el 02 de 08 de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000200006

Eslava, J. C. (2002). Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*. Recuperado el 05 de 08 de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100001

Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El Autoconcepto: perspectiva de investigación. *Revista de psicodidáctica*, 13(1), 179-194. Recuperado el 09 de 08 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>

Esquivias, M. (2015). Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez. recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1045/TFM000118.pdf?sequence=1>

García, A. J., Marín, M., & Bohórquez, M. R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Redalyc.org*. Recuperado el 25 de 05 de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2351/235124455026/>

García, A. M., & Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2). Recuperado el 07 de 08 de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002

González, A. L., y Padilla, A. (2006). calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universities Psychological*, 5(3), 501-510. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300006&script=sci_arttext&tlng=en

Goñi, E., Fernández, A., & Infante, G. (2012). El autoconcepto personal: diferencias asociadas a la edad y al sexo. *Dialnet*, 40(1), 39-50. Recuperado el 28 de 07 de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3791853>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (sexta ed.). México: Interamericana editores, S.A. DE C.V. Recuperado el 30 de 10 de 2018, de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Herrero, J., & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Psychosocial Intervention, 14*(1), 41-50. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/juan/5.pdf>
- Labarca, C. M. (2012). Sentido del humor en el adulto mayor. *TELOS, 14*(3), 400-414. Recuperado el 20 de 09 de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99324907012>
- Mayordomo, T. R., Sales, A. G., & Satorres, A. P. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de psicología, 8*(3), 26-32. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de <http://www.redalyc.org/pdf/2710/271043400004.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de 2007). Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- MinSalud. (2013). Ministerio de Salud y Prosperidad Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/1%20Octubre%20D%C3%ADa%20Internacional%20de%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543-552. Recuperado el 01 de 05 de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/51022847_COPE-28_un_analisis_psicometrico_de_la_version_en_espanol_del_Brief_COPE
- Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Portularia*. Recuperado el 08 de 08 de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=860433>

- Navas, W. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 495-501. Recuperado el 06 de 08 de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
- Oblitas, L. A. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Cuarta ed.). Santa Fe: Cengage Learning Editores, S.A. de CV. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu
- OMS. (22 de Marzo de 2018). Depresión. Obtenido de Datos y cifras: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de 12 de 2017). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Redalyc*. Recuperado el 17 de 05 de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428004>
- Pinillos, Y. P., Prieto, E. S., & Herazo, Y. B. (2013). Nivel de participación en actividades sociales y recreativas de personas mayores en Barranquilla, Colombia. *Rev. salud pública*, 850-857. Recuperado el 20 de 09 de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a05.pdf>
- Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J., & Oblitas, A. (2008). Ansiedad, Depresión Y salud. *Suma Psicología*, 15(1), 43-74. Recuperado el 08 de 08 de 2018, de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/16/2>
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., & Hernández, M. (2009). Aportes para una contextualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*. Recuperado el 08 de 08 de 2018, de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003
- Rodríguez, T. T., Alarcón, R. D., y Vizcarra, D. E. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina*

- Experimental y Salud Pública, 33(2), 342-350. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211>
- Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, C., e Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva Clínica y epidemiológica desde el primer. Archivos en Medicina Familiar. Recuperado el 28 de 07 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
- Soltero, S. G., y Salazar, B. C. (2006). Autoesquemas de ejercicio físico reportados por adultos mayores, Monterrey México. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 82-89. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402008.pdf>
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(2), 342- 350. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2211
- Valverde, C. V., López, M. C., & Ring, J. M. (2000). Estrategias de afrontamiento. Recuperado de <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31771314/Afrontamiento.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559059511&Signature=CF3RSB1HN5SuVmLhRhPitAFY0wc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAfrontamiento.pdf>
- Varela, L.E., y Gallego, E.A., (2015). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc. Uptc.*, 2(1), 7-14. Recuperado el 20 de 05 del 2019, de https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/3974
- Who Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué es calidad de vida? Foro mundial de la salud, 17(4), 385-387. Recuperado el 19 de 03 de 2019, de Grupo de la OMS sobre la calidad de vida.: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Zarragoitia, I. (2010). Capítulo 5: Relaciones específicas de la depresión. En *Depresión generalidades y particularidades*. (pág. 99). La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado el 13 de 05 de 2019, de http://newpsi.bvpspsi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por las estudiantes Yamith Durango y Ángela Sánchez, del programa de Psicología de la Universidad de Antioquia. La meta de este estudio es conocer los principales autoesquemas y estrategias de afrontamiento de un grupo de adultos mayores del Municipio de Chigorodó, y su relación con calidad de vida y estado de ánimo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará algunas horas de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, por lo cual no se dará ninguna contribución económica por dicha colaboración. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los nombres de los cuestionarios a aplicar son: COPE-28, WHOQOL-BREF, Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE) y la Escala de Yesavage.

Cabe resaltar que esta investigación es netamente académica no tiene fines de diagnosticar a la población, ni mucho menos de realizar una intervención psicológica.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma y se borrará toda la información recolectada en ese momento. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Yamith Durango y Ángela Sánchez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer las principales estrategias de afrontamiento de los adultos mayores del municipio de Chigorodó, y su relación con calidad de vida, autoesquemas y estado de ánimo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará algunas horas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yamith Durango al teléfono 3136817721.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Ángela Sánchez al teléfono 3147414325.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Encargadas de la Investigación

Nombre -----

Firma-----

Nombre -----

Firma-----

Anexo B. ENTREVISTA

La presente entrevista es conducida por las estudiantes Yamith Durango y Ángela Sánchez, del programa de Psicología de la Universidad de Antioquia.

FECHA DE APLICACIÓN: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: _____

SEXO: F M

ESTADO CIVIL ACTUAL: Soltero/a casado/a viudo/a unión libre
divorciado

HIJOS SI ¿Cuántos? NO

NIETOS SI ¿Cuántos? NO

GRUPO CONVIVIENTE ACTUAL

Sola/o C/ pareja C/ pareja e hijos C/ pareja, hijos, nietos

C/ hermanos/as Otros aclarar

PRESENCIA DE ENFERMEDAD: SI ¿Cuál?..... NO

EDUCACIÓN: Último nivel de estudios alcanzado

Completar donde corresponda si es: **C: completo** **I: incompleto**

Sin estudios Primaria Secundaria Técnica/ Tecnológica

Universitario

Anexo C. Instrumento COPE-28

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Responda con una “X” en el espacio que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello (al problema). Sus alternativas de respuesta son: 0 = nunca hago esto. - 1 = pocas veces hago esto. - 2 = a veces hago esto. - 3 = hago siempre esto.

#	Preguntas	0	1	2	3
1.	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2.	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3.	Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4.	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5.	Me digo a mí mismo “esto no es real”.				
6.	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7.	Hago bromas sobre ello.				
8.	Me critico a mí mismo.				
9.	Consigo apoyo emocional de otros.				
10.	Tomo medidas para intentar que la situación mejore				
11.	Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12.	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables				
13.	Me niego a creer que haya sucedido.				
14.	Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15.	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16.	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17.	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18.	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19.	Me río de la situación.				
20.	Rezo o medito.				
21.	Aprendo a vivir con ello.				
22.	Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23.	Expreso mis sentimientos negativos.				
24.	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25.	Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26.	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27.	Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28.	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

Anexo D. Escala de Yesavage

Instrucciones: El siguiente cuestionario consta de 15 preguntas, las cuales responderá teniendo en cuenta las dos últimas semanas. Marque con una **X** la respuesta que usted considere.

Ítems	Preguntas	SÍ	N O
1	¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	0	1
2	¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
6	¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va a pasar?	1	0
7	¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?	0	1
8	¿Siente a menudo que no vale nada?	1	0
9	¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle?	1	0
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	1	0
11	¿Piensa que es agradable estar vivo?	0	1
12	¿Siente que vale poco en su actual condición?	1	0
13	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14	¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?	1	0
15	¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	1	0

Anexo E. Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE)

Instrucciones: El siguiente cuestionario consta de 12 preguntas, las cuales responderá teniendo en cuenta las últimas dos semanas. Marque con una “X”, según las indicaciones que se da en la escala de respuestas:

- 1 = si está totalmente de acuerdo
- 2 = bastante de acuerdo
- 3 = de acuerdo
- 4 = ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5 = en desacuerdo
- 6 = bastante en desacuerdo
- 7 = totalmente en desacuerdo

ITEMS	Preguntas	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
1	Creo que para la edad que tengo me encuentro muy en forma.							
2	Estoy tan ocupado que los días se me hacen cortos.							
3	Tengo una buena relación con mis familiares más cercanos.							
4	Creo que tengo la misma agilidad mental que antes.							
5	Creo que tengo una buena salud y me encuentro bien a pesar de algunas molestias de vez en cuando.							
6	Me aburro frecuentemente.							
7	Creo que la relación que tengo con mis amigos es buena.							
8	Recuerdo con la misma claridad las cosas que sucedieron hace mucho tiempo y las que han ocurrido hace poco.							
9	En comparación con la gente de mi edad creo que tengo más energía y salud.							
10	Siento que paso la mayor parte del día sin hacer nada.							
11	Creo que mis familiares me tienen un poco olvidado y no se preocupan demasiado por mí.							
12	Considero que mi memoria sigue siendo muy buena.							

Escala F. Instrumento WHOQOL-BREF (Medición de la calidad de vida)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Existen cinco opciones de respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque con una (X) el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

#	Preguntas
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
5	¿Cuánto disfruta de la vida?
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
25	¿Cuán satisfecho está con los servicios de transporte de su zona?
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

ítems	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
	1	2	3	4	5
1					
2					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
	1	2	3	4	5
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	1	2	3	4	5
10					
11					
12					
13					
14					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
	1	2	3	4	5
15					
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
	1	2	3	4	5
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
	1	2	3	4	5
26					