



Original

Escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores
Scale to Evaluate Self-Concept in Older Adults

Idania María Otero Ramos¹  

Suset Mayea González¹ 

Arianna Ramos Pérez. 

¹ Universidad Central “Marta Abreu” Las Villas. Cuba

Recibido: 19/05/2025
Aceptado: 29/06/2025

Resumen

Introducción: Múltiples disciplinas como las Ciencias Médicas, Psicológicas, Pedagógicas, entre otras, reafirman la necesidad de orientar estudios hacia la etapa de la adultez mayor, convirtiéndose la categoría autoconcepto en un constructo de interés investigativo. No siempre se cuenta con instrumentos válidos y confiables para su evaluación.

Objetivo: Determinar las propiedades psicométricas de la “Escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores”.

Método: Se utilizó un paradigma cuantitativo de investigación, con diseño no experimental y un tipo de estudio instrumental. La muestra fue de 300 adultos mayores para la determinación de las propiedades psicométricas del instrumento, 30 adultos mayores para la prueba piloto y 15 especialistas para valorar su suficiencia y pertinencia. Se aplicó el análisis de confiabilidad y el análisis factorial exploratorio.

Resultados: Se constataron niveles de confiabilidad aceptables del instrumento, una estructura factorial coherente compuesta por tres factores: autoconcepto socio-familiar, autoconcepto emocional y autoconcepto físico, así como adecuadas correlaciones inter-ítems y entre las dimensiones.

Conclusiones: La nueva estructura factorial, se sometió a análisis de consistencia interna, mostrando buena consistencia y confiabilidad aceptable ($\alpha=0.896$), además presentó correlaciones estadísticamente significativas al interior de cada dimensión, entre las dimensiones y de las dimensiones con el constructo general, lo que habla a favor del instrumento creado.

Palabras clave: adultos mayores; autoconcepto; escala; validez; psicometría.

Abstract

Introduction: Multiple disciplines such as Medical, Psychological, and Pedagogical Sciences, among others, reaffirm the need to direct studies on the older adult stage, making the self-concept category a construct of research interest. Valid and reliable instruments for its evaluation are not always available.

Objective: Determine the psychometric properties of the Scale to evaluate self-concept in older adults.

Method: A quantitative research paradigm, with a non-experimental design and an instrumental study type was used. The sample consisted of 300 older adults to determine the psychometric properties of the instrument, 30 older adults for the pilot test, and 15 specialists to assess its adequacy and relevance. Reliability analysis and exploratory factor analysis were applied.

Results: Acceptable levels of reliability of the instrument, a coherent factor structure composed of three factors: socio-family self-concept, emotional self-concept and physical self-concept and adequate correlations inter-items and between dimensions were found.

Conclusions: The new factor structure was subjected to internal consistency analysis, showing good consistency and acceptable reliability ($\alpha=0.896$). It also had statistically significant correlations within each dimension, between the dimensions and between the dimensions and the general construct, which speaks in favor of the instrument created.

Keywords: older adults; self-concept; scale; validity; psychometrics.

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que viene en aumento desde la segunda mitad del siglo XX.⁽¹⁾

Según datos del Informe sobre Perspectivas de la Población Mundial 2019, en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16 %).⁽²⁾ Cuba se comporta de forma similar al de muchos países desarrollados y alcanza el 20,4 % del total de habitantes a nivel nacional y la provincia Villa Clara es la más envejecida del país.⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud,⁽⁴⁾ planteó que aproximadamente el 14% de los adultos de 60 años o más, presentan algún trastorno mental y a nivel mundial, alrededor de una cuarta parte de las muertes por suicidio (27,2%) se producen en personas de esas edades. Aunque las causas son plurideterminadas, los factores estresantes relacionados con el envejecimiento no pueden ser descartados. El autoconcepto se convierte en un componente fundamental de la salud mental. Estos análisis estimulan la búsqueda de diagnósticos que faciliten la caracterización del autoconcepto del adulto mayor y de intervenciones socio-psico-educativas que se fundamenten a partir de políticas y leyes para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.⁽⁵⁾

Múltiples disciplinas, como las Ciencias Médicas, Psicológicas, Pedagógicas y otras ciencias afines, reafirman la necesidad de orientar estudios hacia esa etapa de la vida, convirtiéndose la categoría autoconcepto del adulto mayor en un constructo de interés investigativo.

El término autoconcepto fue acuñado en siglo XIX, y tiene su génesis en los estudios realizados por William James, reconocido como el primer psicólogo que desarrolló la teoría del autoconcepto y estableció un esbozo de lo que hoy sería la concepción jerárquica y multidimensional. Fue definido como una construcción psicológica central, que proporciona el sentido de identidad.⁽⁶⁾

A mediados de los años 60 se comenzaron a construir dos grandes modelos para el estudio del autoconcepto, el modelo unidimensional y el multidimensional,⁽⁷⁾ los cuales, desde diferentes perspectivas han sido abordados por la Psiquiatría, la Pedagogía y otras ciencias afines.

El modelo unidimensional se basa en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo forman un todo indivisible y global, por lo que hay un único autoconcepto, que se pone en juego en diferentes contextos y sirve para justificar las disímiles conductas del individuo. Este modelo tiene como principales exponentes a Rosenberg.⁽⁸⁾ Desde la década de los 70 del siglo pasado, cobró fuerza la concepción del autoconcepto como un constructo multidimensional, cuyos componentes corresponden a los diferentes dominios de la vida, los cuales son organizados, jerárquicos, estructurales, y dinámicos.^(9,10)

El autoconcepto es una de las categorías fundamentales en el estudio del proceso salud-enfermedad, integra lo cognitivo-afectivo-conductual, como expresión de la regulación del comportamiento. En él se expresan imágenes de lo que se es, de lo que se desea ser, de cómo y por qué se actúa de una u otra manera. El autoconcepto es un término que engloba diferentes formaciones psicológicas, su definición es diversa y depende en gran medida del autor y/o la línea que estos sigan.

García y Musitu,⁽¹¹⁾ señalaron como el autoconcepto abarca varias dimensiones que deben estar en equilibrio para alcanzar el nivel de realización y satisfacción personal. Estas consideraciones hoy en día trascienden sin perder su esencia. De esta manera, Cortés y Noaba,⁽¹²⁾ expresaron que el autoconcepto es un categoría constituida por las propias experiencias, interpretaciones, representaciones y pensamientos del sujeto, que es multidimensional, estable en su fundamento y variable en sus particularidades. Su expresión, aunque individual es construida socialmente. Esa construcción social, permite delimitar la comprensión de sí y establecer una identidad basada en la diferenciación.

En la literatura científica revisada se hallan investigaciones encaminadas al estudio del autoconcepto en múltiples poblaciones como la infantil, juvenil y adulta. Se exploran sus características y realizan estudios comparativos entre los grupos poblacionales. También se observan diferentes instrumentos para su pesquisa, se pueden citar por ejemplo, el Cuestionario de Autoconcepto Físico en Adultos Mayores (CAF-MAY). El instrumento consta de 30 ítems que miden la percepción del sujeto en las dimensiones del yo personal: la capacidad física, apariencia física, salud/enfermedad, capacidad funcional y el autoconcepto físico general,⁽¹³⁾ el Cuestionario Autoconcepto Dimensional (AUDIM),⁽¹⁴⁾ el cual consta de 33 ítems, y diferentes dimensiones: autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto físico, autoconcepto personal y autoconcepto general; sin embargo, los más utilizados han sido la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) de Fitts,⁽¹⁵⁾ y Autoconcepto en forma 5 (AF5) de García y Musitu,⁽¹⁶⁾ la cual ha sido revisada y utilizada en numerosas investigaciones que respaldan su satisfactoria fiabilidad. Esa robustez demostrada en la escala, ha servido de sustento teórico-metodológico para la presente investigación.

Apoyado en los instrumentos que facilitan los estudios sobre el autoconcepto, se ha comprobado la influencia que ejerce la opinión social en el autoconcepto del adulto mayor y ello puede ser un factor contribuyente a diversos problemas psicológicos, como la depresión, la ansiedad, falta de motivación, entre otros. La cultura predominante, de una forma u otra, tiende a estimular el sentimiento de soledad, la segregación, las limitaciones para la vida sexual, de pareja, y de su propia funcionalidad e integración social. Desde estos presupuestos, Martínez,⁽¹⁷⁾ abordan la problemática del envejecimiento, la salud y la calidad de vida.

Robledo y Orejuela,⁽¹⁸⁾ en su aproximación al estado del arte sobre la vejez, aprecian cómo el autoconcepto se construye y re-construye bajo cambios demográficos, epidemiológicos, biológicos y psicológicos.

El autoconcepto del adulto mayor, será determinante en la actitud con la que este enfrente la etapa, y las afectaciones de su salud tanto física como emocional, resultando un imperativo su estudio.⁽¹⁹⁾

Desde una visión cualitativa de la investigación, se socializan resultados que abordan las narrativas de adultos mayores sobre su autoconcepto. En sus verbalizaciones se encontraron construcciones relacionadas con autoimagen, experiencias personales, la salud, la familia en general y los hijos en particular. La relación con lo espiritual, sus creencias en Dios y las experiencias negativas de vida matizan dichas construcciones.⁽²⁰⁾

Por su parte, Esnaola,⁽²¹⁾ propusieron pautas y estrategias de intervención psicoeducativa comprobando su eficacia en la mejora del autoconcepto. Los resultados de León⁽²²⁾ resaltaron como las intervenciones psicológicas y educativas pueden tener un efecto positivo en el autocencpto de los adultos.

En definitiva, las investigaciones sobre el autoconcepto siguen avanzando y abarcando diferentes ámbitos del quehacer humano, en todas ellas se comprueba su importancia para el desarrollo humano en general y del adulto mayor en particular.

Al igual que en otros países, en Cuba existen programas destinados a fomentar la preparación para una sociedad envejecida, pero a pesar de las acciones propuestas no se ha logrado la sistematización de la categoría autoconcepto en el adulto mayor, ni se cuenta con instrumentos válidos y confiables para su estudio, por lo que el objetivo del trabajo se orientó a determinar las propiedades psicométricas de la “Escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores cubanos”, cuyo resultado facilitará la mejora de las prácticas socio-psico-educativas en esta etapa del desarrollo.

Materiales y Método.

Para el desarrollo del trabajo se asumió un paradigma cuantitativo de investigación, con un diseño no experimental transaccional y un tipo de estudio instrumental, dentro de los cuales se encuentran todos los trabajos encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño y su adaptación, así como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos. ⁽²³⁾

La investigación se desarrolló en los meses de marzo-septiembre del 2022, en la ciudad de Santa Clara. Cuba. La selección y composición de la muestra varió de acuerdo a las etapas previstas para el estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico y por conveniencia para la selección de la muestra especialista, la cual quedó conformada por 15 sujetos, de ellos 13 mujeres (86,6%) y 2 hombres (13,4 %). El 80% eran Doctores en Ciencias y el 20% poseían el título académico de Máster.

Mediante muestreo probabilístico aleatorio simple se seleccionaron 30 adultos mayores para la prueba piloto, la cual representó el 10% de la población general, con características sociodemográficas similares al universo para probar la pertinencia y eficacia, así como las condiciones de la aplicación y los procedimientos involucrados. A partir de esta prueba se calcularon los primeros índices de confiabilidad del instrumento.

La muestra final para la determinación de las propiedades psicométricas del instrumento fue de 300 adultos mayores, 171 eran mujeres (57%) y 129 hombres (43%), con edades comprendidas entre 60 y 92 años, con una media de 76 años de edad.

Los criterios de inclusión para la muestra especialistas fueron: formación en Ciencias Psicológicas o áreas afines; conocimiento de la etapa del desarrollo del adulto mayor; dominio sobre la construcción y validación de instrumentos y principio de voluntariedad.

Como *criterios de exclusión:* formación en otras áreas del perfil profesional, no haber participado en la construcción y validación de instrumentos y no desear participar en la investigación. Los *criterios de salida* se centraron en no ofrecer respuesta al cuestionario.

Para la muestra del estudio piloto, los criterios de inclusión fueron: pertenecer a la etapa del desarrollo de adultez mayor, poseer un mínimo de escolarización de sexto grado; ausencia de diagnóstico de alteraciones psíquicas a nivel psicótico o defectual y principio de voluntariedad. Como *criterios de exclusión* se consideró pertenecer a otra etapa del desarrollo; poseer diagnóstico de alteraciones psíquicas a nivel psicótico o defectual y no disposición a participar en el estudio. En los *criterios de salida* se mantuvo el no ofrecer respuesta al cuestionario.

La selección de los adultos mayores como muestra final para determinar las propiedades psicométricas del instrumento, cumplió los mismos requisitos de la muestra del pilotaje.

Para el proceso investigativo, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas respaldadas por la American Psychological Association. ⁽²⁴⁾

El estudio fue aprobado por el Consejo Científico de la Facultad de Ciencias Sociales y el Departamento de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba. Los participantes firmaron un consentimiento informado que explicaba el propósito del estudio y el carácter voluntario de su participación. Se garantizó la confidencialidad y la utilización de los resultados con fines exclusivamente científicos.

Instrumentos utilizados:

- Autoconcepto en forma 5 (AF5): elaborado por los autores García y Musitu ⁽¹⁶⁾ el cual ofrece una escala conformada por 30 ítem, 6 ítems para evaluar cada una de las dimensiones del autoconcepto: académico-laboral, emocional, familiar, social y físico.
- Encuesta a especialistas, para evaluar suficiencia y pertinencia de la “Escala de Autoconcepto en Adultos Mayores cubanos” en su Versión 1. ⁽²⁵⁾

En la encuesta se informó el objetivo de la misma y la importancia de su colaboración. Se entregó junto a la encuesta, la primera versión de la escala. Se ofreció la síntesis de los constructos teóricos abordados: autoconcepto y sus dimensiones.

- Se solicitaron datos generales de los encuestados, criterios sobre la necesidad de realizar el pilotaje del instrumento, grado de conocimiento sobre las categorías: autoconcepto, etapa de la adultez mayor y construcción o pilotaje de cuestionarios; además se evaluó la pertinencia de los ítems, la necesidad de modificar, eliminar, agregar términos o palabras empleados en ellos. Se solicitaron señalamientos y recomendaciones.
- Escala de Autoconcepto en Adultos Mayores en su Versión 2 y 3. ⁽²⁵⁾

Es una escala basada en los fundamentos teóricos y metodológicos expuesto en el (AF5) de García y Musitu. ⁽¹⁶⁾

Evalúa la percepción que los adultos mayores poseen sobre su autoconcepto. Este se reestructuró en dimensiones e ítems, atendiendo a los resultados del pilotaje y al proceso de validación del instrumento. Su síntesis descriptiva se explicita en el epígrafe de resultados.

Procedimientos

La investigación se desarrolló en tres etapas:

Etapa 1: Sistematización de los fundamentos teóricos y metodológicos del autoconcepto y las acciones se dirigieron a: determinar de la definición conceptual de autoconcepto; identificar las dimensiones y sus componentes; explorar de los instrumentos que miden autoconcepto y las investigaciones especializadas sobre autoconcepto en adultos mayores.

Etapas 2: Diseño de la escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores dirigida a: construir banco de ítems para el diseño preliminar del instrumento, modelar la escala, su enunciado, instrucciones, formato, forma de presentación, opciones de respuesta, valorar la escala mediante criterios de especialistas y analizar de manera preliminar la escala mediante prueba piloto.

Etapas 3: Determinación de las propiedades psicométricas del instrumento orientada a explorar consistencia interna inicial del instrumento a partir de las 5 dimensiones del autoconcepto; determinar criterios de validez de constructo; evaluar consistencia interna del instrumento luego de la reagrupación factorial y elaborar planilla de calificación de la escala.

Para la primera etapa de la investigación se partió de la definición teórica del constructo autoconcepto y de las dimensiones que lo componen apoyados en los instrumentos que existen en la literatura científica. Se elaboraron ítems que perteneciesen a la conceptualización de cada una de las dimensiones sustentadas en la propuesta de García y Musitu.⁽¹⁶⁾

Las técnicas de recolección de la información y procedimientos de la investigación variaron de acuerdo a la etapa y exigencias del proceso.

Se utilizó el método bibliográfico, el cual constituyó un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico que sirvió de fuente teórica, conceptual y/o metodológica para la investigación científica.

El *modelado de la escala incluyó* el formato de presentación, instrucciones, forma de aplicación y formas de respuesta, fue entregado para recolectar la valoración de los especialistas en la Versión 1 de la escala, junto a la definición operativa del constructo y sus dimensiones.⁽²⁵⁾

El proceso de calificación e interpretación se realizó a través del análisis de las frecuencias absolutas y porcentajes. Posteriormente se valoraron estos resultados cualitativamente mediante la triangulación de fuentes, datos y expertos, lo que permitió el establecimiento de las categorías principales y subcategorías que conformarían la estructura de la nueva escala.

Para el estudio piloto se administró la escala en su Versión 2 a la muestra seleccionada. Se recogió “in situ” las reacciones al responder, la comprensión de los ítems e instrucciones, el tiempo necesario para responder y los posibles errores de contenido o formato. Las respuestas a la escala fueron introducidos en una base de datos y procesados mediante el paquete estadístico "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS), versión 20.0 para Windows.

Se procedió a estudiar los primeros criterios de fiabilidad del instrumento, a partir del análisis de su Alfa de Cronbach. Para el análisis del Alfa de Cronbach se siguieron los criterios de

Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista ⁽²³⁾, cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala: $\alpha = 0.25$ (baja confiabilidad), $\alpha = 0.50$ (fiabilidad media o regular); $\alpha \geq 0.75$ (aceptable); $\alpha \geq 0.90$ (elevada).

Al final de este proceso, se confeccionó la Versión 3 de la escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores cubanos. Se introdujeron las respuestas en una base de datos y fueron procesados mediante el paquete estadístico "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS), versión 20.0 para Windows. Con el objetivo de verificar la consistencia interna del instrumento en su totalidad y de cada una de sus dimensiones, se calculó el Alfa de Cronbach. Se aplicó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Se identificaron las dimensiones comunes en diferentes variables agrupadas en clúster y se exploró la carga factorial de los ítems. Posteriormente se analizó nuevamente la consistencia interna de las dimensiones a partir del cálculo del Alfa de Cronbach.

Resultados

La evaluación de la escala por criterio de especialistas, condujo a la modificación de seis ítems. ⁽²⁵⁾

TABLA 1. Reelaboración de ítems por criterio de especialistas

Ítems versión 1 de la escala	Ítems modificados para versión 2
2- No necesito más amistades, estoy bien con las que tengo.	Estoy satisfecho con las amistades que tengo.
4- Me gusta pasar tiempo en familia	A mi familia le gusta pasar tiempo conmigo.
7- Siento que mi comunidad no satisface mis necesidades como adulto mayor	La sociedad no satisface mis necesidades de adulto mayor.
20- La vejez me ha limitado el disfrute de mi vida sexual.	La vejez, me ha limitado el disfrute de mi vida.
22- Durante mi tiempo libre me gusta participar en actividades recreativas que me hagan sentir bien.	Durante mi tiempo libre me gusta participar en actividades recreativas.
25- A medida que pasan los años el deterioro en mis capacidades físicas incide en mi calidad de vida.	25- El deterioro de mis capacidades físicas incide en mi calidad de vida

Fuente: Elaboración propia

Los especialistas calificaron el instrumento de suficiente y pertinente, obteniéndose la Versión 2 de la escala.

Para el estudio piloto se administró la batería de ítems a la muestra seleccionada. Se constató una adecuada comprensión en 26 de sus 30 ítems. Al aplicar el Alfa de Cronbach a la escala (Alfa de Cronbach =,891), con 30 ítems, se mostró elevado nivel de confiabilidad

Posterior a este proceso, se confeccionó la Versión 3 de la escala, para evaluar autoconcepto en adultos mayores cubanos y determinar la consistencia interna del instrumento en su totalidad y de cada una de sus dimensiones. Se calculó el Alfa de Cronbach.

TABLA 3 Confiabilidad por dimensiones de instrumento.

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Interpretación
Autoconcepto ocupacional	0.613	Confiabilidad aceptable
Autoconcepto social	0.491	Confiabilidad media o regular
Autoconcepto emocional	0.657	Confiabilidad aceptable
Autoconcepto físico	0.717	Confiabilidad aceptable
Autoconcepto familiar	0.598	Confiabilidad media o regular

Fuente: SPSS, Versión 20.0 para Windows.

Luego del análisis de fiabilidad del instrumento, se realizó el AFE, con el fin de comprobar la dimensionalidad de la escala y la validez de constructo, identificar dimensiones comunes en diferentes variables agrupadas en clúster y explorar la carga factorial de los ítems.

Para la realización del AFE, fue necesario comprobar la adecuación muestral, para ello se utilizó el estadístico de Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) el cual da un valor de 0.891 indicando un valor de ajuste bueno, lo que explica que la muestra fue adecuada para realizar su AFE. La prueba de Esfericidad de Barlett, mostró valores de $p < 0.05$. El proceso de discriminación de factores, fue hecho a partir del análisis de la matriz de componentes principales, con una forma de rotación Varimax.

En la matriz quedaron como resultado 6 factores básicos, que explican el 51.8 % de la varianza, sin embargo, el gráfico de sedimentación comienza a mostrar meseta luego del 3 factor, por lo que la triangulación de información permite estructurar el modelo en tres factores, con una varianza de 39.6; existiendo igualdad en cuanto a la cantidad de ítems, 9 por cada uno y además una reducción de dimensiones.

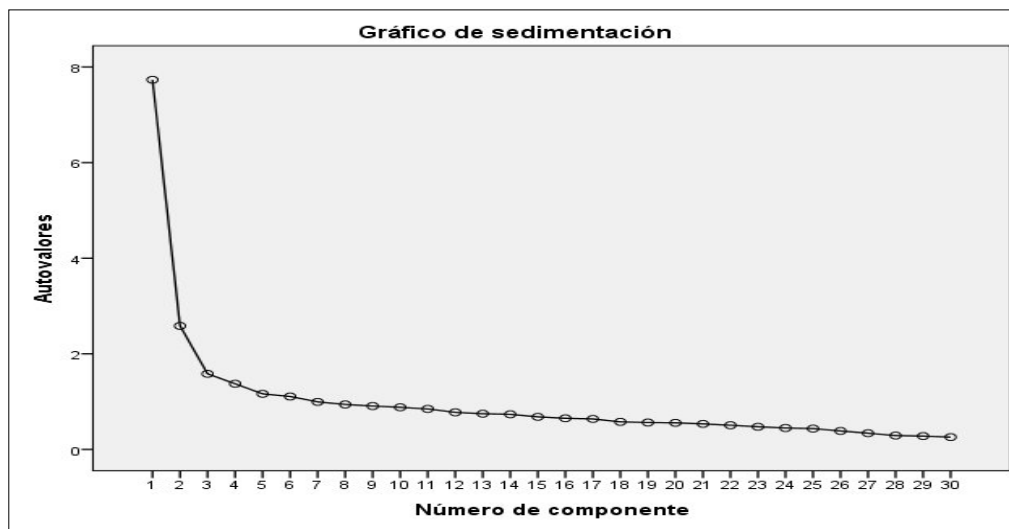


GRÁFICO I. Gráfico de sedimentación

Fuente: Gráfico de sedimentación. SPSS, Versión 20.0 para Windows.

El factor 1, representa el autoconcepto socio-familiar, explica la unión de las dimensiones de autoconcepto social y autoconcepto familiar del primer modelo presentado, quienes eran los que menor confiabilidad interna representaban en el Alfa de Cronbach inicial.

El factor 2, representa el autoconcepto emocional, en este factor, se recogen el 50% de los ítems de esta dimensión en el modelo original, así como otros que una vez agrupados por factores, respondían adecuadamente a la conceptualización de autoconcepto emocional.

El factor 3, representa el autoconcepto físico, este factor recoge el 100% (5 ítems) de los ítems, que representaban esta dimensión en el modelo original, a su vez, se le agregan otros que responden a la conceptualización de autoconcepto físico asumido en la presente investigación.

El factor ocupacional no estaba definido en ninguno de los factores, además al ser un grupo poblacional que no responde a una ocupación específica, se diluyó este componente y no se pudo definir como una dimensión, de esta manera se decidió su eliminación y quedó reagrupado en los restantes tres factores.

Para comprobar esta nueva estructura, se realizó nuevamente el AFE, pero esta vez reduciendo los factores a los 3 obtenidos en el primer análisis. Se mantuvieron iguales los valores de la prueba KMO y de la esfericidad de Barlett. Este nuevo análisis factorial exploratorio, corrobora los tres factores, obteniéndose una varianza de 42.8.

Las correlaciones entre los factores estructurados en las tres dimensiones y el autoconcepto general, obtuvieron correlaciones significativas en todos los casos (al nivel 0.01). Cada

dimensión correlacionó de manera positiva con el autoconcepto general y las correlaciones entre las dimensiones también fueron positivas entre sí, la correlación más fuerte es la que se establece entre la dimensión Autoconcepto emocional y Autoconcepto físico.

TABLA 3 Correlaciones entre las dimensiones de la escala

	Autoconcepto Socio-familiar	Autoconcepto Emocional	Autoconcepto Físico	Autoconcepto General
Autoconcepto Socio-Familiar		,535**		,829**
Autoconcepto Emocional			,588**	
Autoconcepto Físico			,611**	,845**
				,868**

Fuente: Coeficiente de correlación de Pearson (SPSS, versión 20)

Posterior al análisis de la confiabilidad de la Versión 3 de la escala, y de la realización del AFE, donde se reagruparon los ítems según la saturación con cada factor y la reconstrucción de las dimensiones que componen el autoconcepto en esta escala, se analizó nuevamente la consistencia interna de las dimensiones a partir del cálculo del Alfa de Cronbach, el cual explica que el instrumento general sostiene una confiabilidad aceptable ($\alpha=0.896$).

TABLA 4. Confiabilidad por dimensiones del instrumento final

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Interpretación
Autoconcepto Socio- Familiar	.796	Confiabilidad aceptable
Autoconcepto Emocional	.786	Confiabilidad aceptable
Autoconcepto Físico	.795	Confiabilidad aceptable

Fuente: Alfa de Cronbach (SPSS versión 20)

Para el cálculo de los baremos, que permitieron la calificación de la escala, se siguieron los niveles de autoconcepto de Alto, Tendencia a alto, Tendencia a Bajo y Bajo, a partir del instrumento AF5 de García y Musitu. ⁽¹⁶⁾

El cálculo de los puntos de corte, se siguió un criterio común para las tres dimensiones y el autoconcepto general. Para ello se identificaron los cuartiles, de cada dimensión y del autoconcepto en general, así como los valores mínimos y máximos que eran posible obtenerse a partir de las opciones de respuesta.

En cada dimensión a partir de la igualdad de ítem que recogen el Valor Mínimo es 9 puntos y el Valor Máximo es 45, en el caso de autoconcepto general el Valor Mínimo es 27 y el Valor Máximo es 135. Los valores intermedios establecidos corresponden a los cuartiles calculados

Tabla 5. Calificación Autoconcepto General

Puntos de corte	Parámetros de respuesta
27-54 puntos	Bajo
55-81 puntos	Tendencia a Bajo
82-108 puntos	Tendencia a Alto
109-135 puntos	Alto

Fuente: Calculo de frecuencias (SPSS, versión 20.0)

Tabla 6 Calificación de las dimensiones de autoconcepto

Puntos de corte	Parámetros de respuesta
9-18 puntos	Bajo
19-27 puntos	Tendencia a Bajo
28-36 puntos	Tendencia a Alto
37-45 puntos	Alto

Fuente: Cálculo de frecuencias (SPSS, versión 20.0)

De esta forma quedó concluida la versión final de la “*Escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores cubanos*” expuesta en síntesis apretada a continuación. ⁽¹⁷⁾

Objetivo: Evaluar el autoconcepto en adultos mayores cubanos.

Estructura: Contiene 3 dimensiones: autoconcepto físico, autoconcepto emocional, autoconcepto socio-familiar. Consta de 27 ítems, distribuidos uniformemente en 9 ítems por cada dimensión.

Dimensión Autoconcepto Emocional: 1; 4; 7; 10; 13; 16; 19; 22; 25

Dimensión Autoconcepto Socio-Familiar: 2; 5; 8; 11; 14; 17; 20; 23; 26

Dimensión Autoconcepto Físico: 3; 6; 9; 12; 15; 18; 21; 24; 27

Los ítems aparecen redactados de manera positiva y negativa. La codificación de los ítems dependerá de la valencia de los mismos.

Ítems positivos: 1; 2; 5; 6; 8; 9; 11; 12; 14; 15; 16; 17; 20; 23; ,24; 27

Ítems negativos: 3; 4; 7; 10; 13; 18; 19; 21; 22; 25; 26

Posee 5 opciones de respuesta: totalmente de acuerdo; parcialmente de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Materiales: Escala en formato físico, contiene hoja auto-correctible para señalar la respuesta, lápiz y goma. Escala en formato digital en soporte tecnológico (pc, laptop, celular, tablet) y acceso al link del instrumento en Google forms.

Instrucciones: El especialista que aplica la escala conversará previamente con los participantes orientando el objetivo del instrumento y creando un clima ético y de confianza. Se agradecerá a los evaluados su participación y esfuerzo.

El instrumento está concebido para que se aplique sin restricciones de tiempo. Generalmente los participantes no tardan más de 15 minutos en terminar. Después de aplicada la escala y obtenidos los resultados, los comunicará y orientará de la manera que cada caso lo requiera.

Calificación e interpretación: Los ítems positivos serán codificados de acuerdo a la respuesta ofrecida por el adulto mayor: Totalmente de acuerdo (5), parcialmente de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), parcialmente en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1)

La codificación es inversa en los ítems negativos: si es 5 codificará en 1 y viceversa, si es 4 codificará en 2 y viceversa, al ser 3 neutro, se mantiene igual. A la hora de introducirlos en base de datos y de su interpretación, varían las opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo (1); parcialmente de acuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), parcialmente en desacuerdo (4) y totalmente en desacuerdo (5)

La puntuación se obtiene sumando las puntuaciones directas obtenidas de cada ítem que componen la dimensión, así como de cada dimensión que compone el autoconcepto o la suma de todos los ítems. Los niveles que se utilizarán para el análisis tanto del autoconcepto general, como de cada una de las dimensiones serán: bajo, tendencia a bajo, tendencia a alto, alto.

Discusión

Se coincide con Pulido, ⁽⁶⁾ al plantear que en las últimas décadas los estudios del autoconcepto se han orientado fundamentalmente hacia la construcción y validación de instrumentos de medida, y por otra parte, a establecer la relación del autoconcepto con diversas variables psicológicas y sociodemográficas. Por su parte, Shavelson,⁹ también valoran la amplitud de estudios enfocados al autoconcepto y el uso de diferentes técnicas para su abordaje, como son el Autoconcepto Forma-5 (AF-5); Cuestionario de Autoconcepto Personal; Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF); Escala de Autoconcepto de

Tennessee; la Escala Tetradimensional de Autoconcepto para Adolescentes y el Cuestionario de Autoconcepto Físico para Adultos Mayores, fundamentos que sustentan la decisión de los investigadores para determinar las propiedades de la “Escala para evaluar autoconcepto en adultos mayores cubanos”, contextualizada en la población objeto de estudio.

La multidimensionalidad del autoconcepto y su división factorial apoyada estadísticamente, es explicada por Shavelson,⁽⁹⁾ en su artículo de 1976, donde los datos de cuatro de los cinco instrumentos, sugirieron que el autoconcepto general puede dividirse en diferentes dimensiones, aspecto que habla a favor de la estructura factorial obtenida del instrumento validado en esta investigación.

La escala diseñada y validada en este trabajo, cumple con buenos criterios de confiabilidad (alfa de Cronbach de .896), lo que avala el instrumento diseñado. Al comparar estos resultados con los obtenidos por García y Musitu⁽¹¹⁾, se denotan mejores criterios de validez que el AF-5, donde en su primer análisis psicométrico, sostenía un alfa de Cronbach de .815.

En la versión de Chen,⁽²⁶⁾ confirmaron la estructura de los cinco factores. Sin embargo, la escala creada en este estudio, no cumple con la estructura penta factorial de García y Musitu⁽¹⁶⁾, sino que se reduce a 3 factores (autoconcepto socio-familiar, autoconcepto emocional y autoconcepto físico), que contienen cuatro de las dimensiones del modelo original (físico, emocional, familiar y social), quedando eliminado el autoconcepto académico-laboral u ocupacional.

En la literatura científica existen otros estudios que no cumplen con dicha estructura factorial, como es el de Esnaola et al,⁽²¹⁾ quienes, en una muestra, de 112 adultos mayores, encontraron 7 factores, en lugar de 5, y el de Martínez,⁽²⁷⁾ los cuales asumen una estructura tetra factorial, suprimiendo el autoconcepto familiar.

Al comparar el análisis de la confiabilidad del instrumento por dimensión es, se mantienen criterios de confiabilidad muy similares entre la escala creada: autoconcepto socio-familiar ($\alpha=0.796$); autoconcepto físico ($\alpha=0.785$) y autoconcepto emocional ($\alpha=0.786$) y el cuestionario AF-5 (autoconcepto social ($\alpha=0.792$); autoconcepto familiar ($\alpha=0.782$); autoconcepto físico ($\alpha=0.771$) y autoconcepto emocional ($\alpha=0.790$)).

La escala diseñada, de forma similar al AF-5, goza de buena consistencia interna y correlaciones estadísticamente significativas entre sus factores, por encima de 0.5 en todos los casos, la más significativa es la que existe entre el autoconcepto emocional y el autoconcepto físico.

La escala ya ha sido aplicada a diferentes muestras poblacionales de adultos mayores cubanos y los resultados obtenidos hablan a favor de la multidimensionalidad del autoconcepto y la posibilidad de intervenciones socio-psico-educativas en esa etapa de la vida.

Conclusiones

La Escala para evaluar el Autoconcepto en adultos mayores cubanos se basó en las dimensiones propuestas por García y Musitu, pero a diferencia de esta, no cumple con la estructura pentafactorial, sino que se reduce a 3 factores: autoconcepto socio-familiar, autoconcepto emocional y autoconcepto físico.

Para la validez de constructo se determinaron las propiedades psicométricas de la escala, se realizó un primer análisis de consistencia interna y un Análisis Factorial Exploratorio, que agrupó el instrumento en 3 factores, con una varianza de 42.8.

La nueva estructura factorial, se sometió nuevamente a análisis de consistencia interna, mostrando buena consistencia y confiabilidad aceptable ($\alpha=0.896$), además presentó correlaciones estadísticamente significativas al interior de cada dimensión, entre las dimensiones y de las dimensiones con el constructo general, lo que habla a favor del instrumento creado.

El instrumento ya ha sido aplicado en diferentes contextos, ha facilitado la caracterización de los adultos mayores, y procesos interventivos en el área de la salud y en contextos educativos.

Recomendaciones

La muestra seleccionada cumple con los requisitos para este tipo de estudio, no obstante se recomienda replicar la investigación utilizando otros tamaños muestrales lo que facilitaría una distribución mayor de la población y encontrar generalizaciones significativas a partir de los datos.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Salud mental de los adultos mayores. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023. [Consultado 27 octubre 2023]; Pág 1. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. CEPAL. Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población. Estudios Demográficos y Urbanos. [Internet]. 2020. [Consultado octubre 2021]; (Vol. 20, Issue 1). Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45989-perspectivas-la-poblacion-mundial-2019-metodologia-naciones-unidas-estimaciones>
3. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud. [Internet]. 2022. [Consultado 6 octubre 2023]; 96 Pág.

- Disponible en : <https://instituciones.sld.cu/fatesa/files/2022/11/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
4. OMS. Salud mental de los adultos mayores. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023. [Consultado 15 abril 2023]. Pág 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
 5. Hong T, Hui Ch, Jie Ch, Lau Y, Tiang L. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. [Internet]. 2023 [Consultado 17 diciembre 2023]; Apr;107:104904. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36563614/>
 6. Pulido EG, Redondo M P, Lora L J, Jiménez L K. Medición del Autoconcepto: Una Revisión. *Psyke* [Internet]. 2023. [Consultado julio 2023]; 32(1): 113. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7764/psyke.2020.22389>
 7. Palacios-Garay J, y Coveñas-Lalupú J. Predominancia del autoconcepto en estudiantes con conductas antisociales del Callao. *Propósitos y Representaciones* [Internet]. 2019. [Consultado 2 abril 2020]; 7(2), 325-352. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n2.27>
 8. Pabago G M. Una aproximación teórica al Autoconcepto. *Perspectivas: Revista Científica de la Universidad de Belgrano*. [Internet]. 2021. [Consultado 18 febrero 2023]; 4(2), 52-64. Disponible en: <https://revistas.ub.edu.ar/index.php/Perspectivas/issue/view/9>
 9. Shavelson R J, Hubner JJ, Stanton G C. Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research* [Internet]. 1976. [Consultado 14 enero 2020]; 407-441. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269462101_Self-Concept_Validation_of_Construct_Interpretations
 10. Portillo, S. A. Autoconcepto multidimensional del profesorado que realiza estudios de posgrado. *Universidad y Sociedad* [Internet]. .2020. [Consultado 1 abril 2022]; 12(6), 232-239. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1837>
 11. García F, & Musitu G. Autoconcepto Forma 5, AF5. Publicaciones de Psicología Aplicada. 1999. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

12. Cortés D, Noaba R. Propuesta de una definición integral de autoconcepto. Antioquia: [Tesis de diploma, presentada en opción al Título de Licenciado]. [Internet]. 2022. [Consultado 1 abril 2023]; 62 Pág. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/2768e6a0-7b0c-487e-b5af-137a55da0fb9>
13. Goñi E, Fernandez A. Los dominios social y personal del autoconcepto. Revista de Psicodidáctica [Internet]. 2007. [Consultado 2 mayo 2023]; 179-194. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/175/17512202.pdf>
14. Fitts W H. Tennessee Self-Concept Scale Manual. Counselor Recordings and Tests. Nashville. (1965).
15. García F, & Musitu G. Autoconcepto Forma 5, AF5. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid: TEA Ediciones, S.A. (1999).
16. García F, & Musitu G. Manual Autoconcepto Forma 5 (AF-5). 4ta Edición. Revisada y ampliada. Madrid: TEA Ediciones. (2014).
17. Martínez T J, González C M, Castellón G, González, B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?.]. Revista Finlay. [Internet]. 2018. [Consultado 22 enero 2022]; 8(1), 59-65. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>
18. Robledo C A, Orejuela J J. Vejez y ser persona vieja: una aproximación al estado del arte de la cuestión. Diversitas: Perspectivas en Psicología. [Internet]. 2020. [Consultado junio 2022]; 16(1), 93-112. Disponible en: <https://doi.org/10.15332/2563067.5543>
19. Gancino J E, Zumbán E L. Autoestima y soledad en adultos mayores. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2023. [Consultado 3 mayo 2023; 6(6), 10069-10085. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4117>
20. Gómez C, Hurtado H. Narrativas de los adultos mayores pertenecientes al Hogar Geriátrico Hogar del Paso ubicado en Funza, Cundinamarca, frente a su autoconcepto. Universidad de Santo Tomás. División Ciencias de la salud. Facultad de Psicología. Bogotá. Colombia [Internet]. 2023. [Consultado 2 septiembre 2023]; Red de repositorios latinoamericanos. Pág 1. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/8679340>

21. Esnaola I, Goñi A, Madariaga J M. El Autoconcepto: Perspectivas de Investigación. Revista de Psicodidáctica. [Internet]. 2008. [Consultado agosto 2022]; 179-194. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>
22. Leon C A, García L Y, López B, Maya A S. Nivel de autoconcepto en el adulto mayor del Centro Gerontológico de Tula de Allende. Hidalgo. Geriátrica Clínica. [Internet]. 2020. [Consultado 22 febrero 2023]; 14(1):6-8. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/5147>
23. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta Edición. Ciudad de Mexico: MCGRAW-HILL/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. (2014).
24. Asociación Americana de Psicología. Principios éticos de los psicólogos y código de conducta 2002, modificado a partir del 1 de junio de 2010 y del 1 de enero de 2017. [Internet]. 2021. [Consultado 3 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.apa.org/ethics/code/>
25. Mayea S C, Otero I M. Escala para Evaluar Autoconcepto en Adultos Mayores. [Internet]. 2023. [Consultado 22 febrero 2023]; [Tesis de Maestría, no publicada] Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Cuba. Disponible en : <https://dspace.uclv.edu.cu/server/api/core/bitstreams/e8c96f65-725c-4bd8-8e4d-479e76664f4a/content>
26. Chen F, García O, Fuentes M , García-Ros R, & García F. Self-Concept in China: Validation of the Chinese Version of the Five-Factor Self-Concept (AF5) Questionnaire. Symmetry [Internet]. 2020. [Consultado 1 febrero 2023]; 12, 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/sym12050798>
27. Martínez TJ, González C M, Castellón G, González B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. Revista Finlay. [Internet]. 2018. [Consultado 2 febrero 2020]; 8(1), 59-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9884702>

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Conceptualización: Idania María Otero Ramos

Curación de datos: Suset Mayea González

Análisis formal: Arianna Ramos Pérez

Investigación: Idania María Otero Ramos

Metodología: Suset Mayea González

Administración del proyecto: Idania María Otero Ramos

Supervisión: Arianna Ramos Pérez

Validación: Arianna Ramos Pérez

Redacción del borrador original: Suset Mayea González

Redacción, revisión y edición: Idania María Otero Ramos

“Disponibilidad de datos”: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio se encuentran disponibles en :

[[Repositorio Dspace](https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/13852)] <https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/13852>

[Y en](https://doi.org/10.5281/zenodo.6639542) [Repositorio Zenodo] : <https://doi.org/10.5281/zenodo.6639542>