

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL
CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO EN SU FORMA ABREVIADA EN
ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN LOS CLUBES DE ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNA DE CHILLÁN, 2015”**

AUTORES: BUSTOS CANALES, CAMILA A.
CAMPOS VALENZUELA, NOEMÍ F.
CARMONA CARO, GABRIELA C.
CONTRERAS ESCALONA, NATALIA C.
DOCENTE GUÍA: DRA. MUÑOZ MENDOZA, CARMEN L.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
2015**

Agradecimientos:

Queremos agradecer en primer lugar a nuestra profesora guía, Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza, por ayudarnos y apoyarnos durante todo este proceso, y por todo el tiempo que brindó a este estudio.

En segundo lugar agradecer a todos los adultos mayores que aceptaron participar en nuestra investigación, por su buena voluntad y sus buenos deseos para concluir nuestra carrera de la mejor forma.

Agradecemos también a la coordinadora de la Casa de Encuentro del Instituto Previsional de Salud (IPS), la señora María Eugenia Toro Cárdenas, por su disposición y amabilidad al recibirnos, y ayudarnos a alcanzar nuestros objetivos.

Resumen:

Objetivo: Realizar la adaptación lingüística ajustada y determinar el grado de fiabilidad y validez de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en adultos mayores que participan en los Clubes de Adultos Mayores de la comuna de Chillán.

Métodos: La muestra estuvo compuesta por 216 adultos mayores, con edades comprendidas entre 60 y 90 años, donde un 72,70% eran mujeres. El diseño de investigación fue cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se aplicó la versión española del PSDQ-S que consta de 40 ítems con 11 dimensiones. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio y para determinar la fiabilidad por consistencia interna se realizó el cálculo de alfa de Cronbach. Los análisis se realizaron en el software estadístico SPSS v. 15.

Resultados: Los resultados indican que la validación lingüística ajustada del instrumento PSDQ-S fue satisfactoria, se alcanzó valores adecuados de fiabilidad por consistencia interna ($\alpha=0,93$), el coeficiente KMO fue de 0,89 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=5174,24$; $p<0,00$). La estructura factorial fue similar a la de la versión original, arrojó una solución factorial de 9 de 11 dimensiones.

Conclusión: Las evidencias aportadas en este estudio apoyan el uso del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada como una medida fiable y válida para la evaluación del Autoconcepto Físico en adultos mayores.

Palabras clave: Autoconcepto físico; Adultos mayores; Fiabilidad; Validez

ÍNDICE

I.	Introducción	1
1.1	Fundamentación del problema	3
1.2	Problema de investigación	3
1.3	Problematización.....	7
1.4	Marco teórico.....	8
1.4.1	Marco conceptual.....	8
a)	Envejecimiento	8
b)	Autoconcepto general.....	9
c)	Versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada (<i>Physical Self-Description Questionnaire Short; PSDQ-S</i>)	13
d)	Dimensiones de la escala	13
1.4.2	Modelo teórico	14
1.5	Marco empírico	15
1.6	Propósito de la investigación	22
1.7	Objetivos generales y específicos	22
1.7.1	Objetivo general	22
1.7.2	Objetivos específicos	22
II.	Métodos	23
2.1	Tipo de diseño	23
2.2	Población de estudio.....	23
2.3	Muestra	23
2.4	Criterios de elegibilidad	23
2.4.1	Criterios de inclusión	23
2.4.2	Criterios de exclusión	23

2.5 Unidad de análisis	23
2.6 Listado de variables.....	23
2.7 Descripción instrumentos recolectores	24
2.7.1 Cuestionario sociodemográfico.....	24
2.7.2 Versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada (<i>Physical Self-Description Questionnaire Short; PSDQ-S</i>).....	24
2.8 Procedimiento para recolección de datos	26
2.8.1 Métodos empleados.....	26
2.8.2 Prueba piloto	27
2.9 Aspectos ético legales	27
III. Resultados.....	29
IV. Discusión	32
4.1 Discusión	32
4.2 Limitaciones	35
4.3 Sugerencias	35
4.4 Conclusión	36
V. Bibliografía.....	37
VI. Anexos.....	46
Anexo 1: Matriz de variables.....	47
Anexo 2: Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica.	49
Anexo 3: Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada.....	50
Anexo 4: Correo de Autorización para el uso del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su versión española.....	55
Anexo 5: Carta de autorización presidentes	56
Anexo 6: Consentimiento Informado.....	58

I. **Introducción**

Alrededor de todo el mundo se han producido cambios en la proporción de adultos mayores respecto de la población total, y este desarrollo demográfico hace que la vejez sea uno de los problemas más notables en la actualidad (1). Por su parte, Chile se encuentra en un proceso avanzado de transición demográfica, el 11,40% de la población está conformada, según el Censo del 2002, por personas de 60 años y más, cifra que se elevó al 13%, de acuerdo a la encuesta CASEN del año 2006. De estas personas el 43,90% son hombres y el 56,10% mujeres, diferencia que se incrementa al aumentar la edad (2).

Esta prevalencia ascendente de los adultos mayores es provocada por el desarrollo industrial, los progresos de la medicina y de la seguridad social, así como por la resistencia de las personas a tener más hijos y la posibilidad de anticoncepción. Todos estos cambios sociales implican la colaboración de materias médicas, psicológicas, políticas y económicas, que influirán en las actitudes individuales ante la vejez (1).

La sociedad en la que está inserto el adulto mayor también tendrá una actitud particular ante la vejez, a menudo asociando esta etapa de la vida con un deterioro físico e incluso con una muerte inminente. Esta percepción negativa tendrá gran relevancia en la forma en que la persona se ve a sí misma, denominada Autoconcepto (1). El Autoconcepto es un constructo cambiante a través del tiempo que se modifica de acuerdo al escenario que esté viviendo el sujeto. Es importante estudiar estas variables que afectan al individuo, sobre todo durante esta etapa de su vida, para favorecer un envejecimiento activo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas aumentar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados”(3). Para poder lograr este ideal en los adultos mayores, como profesionales

de enfermería, debemos promover una actitud positiva ante el propio proceso de envejecimiento y una vinculación y participación social activa.

Por ende, el objetivo de este estudio es adaptar y validar la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada (*Physical Self-Description Questionnaire Short*; PSDQ-S) en adultos mayores que participan en clubes de adultos mayores.

1.1 Fundamentación del problema:

El Autoconcepto, visto desde una perspectiva global, es el resultado de todas las dimensiones que se perciben del propio yo; físico, social, emocional, familiar y académico-profesional (4). El Autoconcepto puede ser definido como positivo o negativo, dependiendo de la percepción individual de los logros alcanzados a lo largo de la vida, como una adecuada adaptación. El poseer un Autoconcepto negativo, va a traer consecuencias en todos los ámbitos de la vida, sobre todo en la salud, ya que afectará directamente a la percepción de autoeficacia, y con ello, su autoestima; en cambio un Autoconcepto positivo depende de la satisfacción personal y sentirse bien consigo mismo, esto permitiría a las personas poseer una buena base de funcionamiento tanto personal como social (5). Este constructo además, se caracteriza por ser de naturaleza compleja y dinámica, por lo tanto, la percepción que el individuo tiene de sí mismo va a ir cambiando a medida que atraviesa las diferentes etapas de su vida, junto al cambio de sus propias destrezas, capacidades, aceptación social y aspecto físico (4).

En la tercera edad, definida como toda persona mayor de 60 años (2), los individuos se enfrentan a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que lo llevarán a enfrentar un nuevo proceso de adaptabilidad, y con ello, un nuevo cambio en la percepción de sí mismos.

Es importante estudiar, conocer y fomentar el Autoconcepto real y positivo de este grupo etario, debido al incremento de la población adulta mayor evidenciado en el proceso de transición demográfica en el que se encuentra nuestro país, donde un 15,60% de la población, según la encuesta CASEN del año 2011, corresponde a adultos mayores, siendo un 42,73% de este total hombres y un 57,27% mujeres. La Región del Bío-Bío constituye un 15,60% de la población regional de adultos mayores, siendo un 15,10% hombres y un 16% mujeres (2).

La tendencia creciente en el aumento del número de personas de edad avanzada en nuestro país se debe a dos causas principales: el incremento de la esperanza de vida de los adultos mayores chilenos, que alcanzaría los 81,50 años para las mujeres y 75,50 años

para los hombres (2); y la fecundidad de la población, donde se observa que la tasa global ha descendido desde el año 1962 al 1963, período en que llegó a la cifra de 5,40 hijos promedio por mujer, para alcanzar el 2004 un valor de 1,90 hijos (6).

Las estadísticas sobre el envejecimiento de las poblaciones sugieren que todos los adultos mayores son similares y tienen las mismas necesidades. Sin embargo, son un grupo sumamente heterogéneo, con variaciones en cuanto a la edad, la cultura y las condiciones socioeconómicas. Los adultos mayores son mucho más diversos que las personas más jóvenes que han tenido pocas experiencias vitales. Una política de experiencia sanitaria basada únicamente en la edad cronológica puede ser incapaz de acomodarse a la diversidad existente entre los adultos mayores. Los profesionales de enfermería deben generar cuidados personalizados para este grupo, que comprendan servicios preventivos, restauradores y de mantenimiento (7). Estos cuidados deben estar orientados a ayudar al adulto mayor a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo e interviniendo en potenciar su fuente de poder, entendida como la fuerza, la reserva física y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias. Para que esto se lleve a cabo, se requieren profesionales de enfermería en que predominen sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, el respeto, la sensibilidad y al amor al adulto mayor (8).

Para brindar la mejor atención a este grupo de la población, es necesario implementar nuevas estrategias para poder fomentar un envejecimiento positivo en los adultos mayores, y gran parte de ello radica en cómo estos se perciben a sí mismos. En Chile, dada la preocupación por sus mayores, se ha propuesto una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el periodo 2012-2025. Lo novedoso de esta política de envejecimiento positivo está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde los adultos mayores sean autovalentes (9).

A pesar del aumento en la población de tercera edad, se puede evidenciar que la estimación social del adulto mayor ha ido decreciendo a lo largo de la historia: en las culturas primitivas el adulto mayor era el sujeto de máxima autoridad política, social y cultural, en la cultura clásica pasó a ser visto como un sujeto enfermo y actualmente en el mundo moderno es sinónimo de una persona jubilada que no tiene capacidad productiva, haciéndolo pasar de una situación activa a una situación pasiva (10). Añadido a esta percepción negativa que se tiene socialmente del adulto mayor, éste mismo se auto-desvaloriza considerándose inútil, carente de valor y motivaciones (11). La apreciación cognitiva del “yo” y de la situación vital del adulto mayor es importante, porque el negativismo puede conducir a la depresión y ansiedad. La prevalencia de sintomatología depresiva durante el periodo 2009-2010 en personas de 65 años y más, se estimó en un 4,10% para hombres, 16,90% para mujeres y 11,20% para ambos sexos (12).

Los adultos mayores que experimentan sentimientos de soledad, son apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros comunitarios y tienen mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento (13).

Se cuenta con evidencia empírica a favor de que la actividad física mejora la salud mental (14); más en concreto, está comprobada la existencia de una relación inversa del ejercicio aeróbico con la ansiedad (15) y con la depresión (16), en tanto que la relación es positiva con índices de salud mental tales como el bienestar psicológico (17) y el Autoconcepto (18). La actividad física moderada y regular como subir escaleras, caminar rápido y montar en bicicleta diariamente, puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la lucidez (19).

Algunos estudios sugieren que el Autoconcepto modera las relaciones entre el estrés y la enfermedad (20). El Autoconcepto Físico resulta ser un buen indicador de salud mental y de ajuste con la vida (21), aunque sólo recientemente se le ha empezado a prestar la atención que se merece por haber carecido de instrumentos de medida fiables y consistentes (22).

Es importante evaluar el Autoconcepto Físico sobre todo por los efectos que tendrá en los adultos mayores las pérdidas físicas propias del envejecimiento, que pueden provocar una disminución de la percepción de control sobre la vida y una incapacidad para mejorar la situación (23). Conlleva cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético y motriz que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los adultos mayores, disminuyéndose así mismo su autonomía, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz (24). Los problemas físico-funcionales en el adulto mayor se relacionan con la pérdida de fuerza muscular, flexibilidad, equilibrio, vista, memoria y audición, (25). En consecuencia, la actividad física se reduce en frecuencia e intensidad, principalmente por la disminución de la capacidad motriz, lentitud de los reflejos, descenso del tono muscular en reposo y la descoordinación (26).

Pese a la relevancia del Autoconcepto Físico en el adulto mayor, las investigaciones previas sobre las relaciones entre la actividad físico-deportiva y el Autoconcepto Físico se han llevado a cabo fundamentalmente con participantes adolescentes y jóvenes (27), (28), (29). Sin embargo, en los escasos estudios enfocados en la vejez se demuestran los beneficios de la actividad física obteniendo mejoras en todos los subdominios del yo físico, en el Autoconcepto Físico e incluso en la Autoestima Global (30).

De los estudios que existen enfocados al envejecimiento, la mayoría deja de lado aspectos importantes como el Autoconcepto Físico General y la Autoestima (31), (32), (33), (34) y, de los instrumentos que miden Autoconcepto, ignoran completamente el Autoconcepto Físico por ser considerado un dominio relativamente unidimensional.

Recientemente se ha puesto un mayor énfasis en el desarrollo de instrumentos multidimensionales que contienen varias escalas de descripción física y que establecen diferencias entre dominios específicos y generales del Autoconcepto (35), asumiéndose de forma generalizada que la idea del físico propio es el resultado de un conjunto de percepciones de distintos aspectos físicos (36). Es por esto que las autopercepciones físicas son consideradas un dominio independiente y fundamental, al igual que el académico, personal y social del autoconcepto (37).

En la actualidad, no existen instrumentos validados y tampoco adaptados lingüísticamente a la realidad chilena para poder valorar el Autoconcepto Físico en el adulto mayor. Por ello, es necesario llevar a cabo investigaciones en este tema para poder determinar cómo el adulto mayor se percibe a sí mismo, para conocer las debilidades que podría estar enfrentando el sistema público de salud en este tema y cómo afecta el Autoconcepto Físico al adulto mayor en su vida cotidiana y en su salud en general, de ahí la relevancia de seguir analizando y explicando la naturaleza de esta problemática.

En consecuencia este estudio pretende realizar la adaptación lingüística ajustada y determinar el grado de fiabilidad y validez de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma Abreviada en los adultos mayores que participan en los Clubes de Adultos Mayores de Chillán.

1.2 Problema de investigación:

¿Cuál es el grado de fiabilidad y validez de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en los adultos mayores que participan en los Clubes de Adultos Mayores de Chillán?

1.3 Problematización:

1. ¿Qué características sociodemográficas poseen los adultos mayores participantes del proceso de validación de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada?
2. ¿Cuál es la validez de constructo de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada?
3. ¿Cuál es la fiabilidad por consistencia interna que presenta la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada?

1.4 Marco teórico:

1.4.1 Marco conceptual:

a) Envejecimiento:

Actualmente la tercera edad se contempla como un proceso de adaptación, tanto físico como psíquico y a una disminución global del funcionamiento biológico. Estas modificaciones orgánicas nos llevarán a formar un concepto distinto del propio yo. Al comienzo de la vida, cada persona establece una imagen de sí mismo que se encuentra mayormente relacionada con la apariencia física, de modo que todas las modificaciones biológicas propias del envejecimiento acarrearán una alteración de la imagen corporal y, por lo tanto, existirá una variación en el concepto que el adulto mayor tiene de sí mismo. Alrededor de los 65 años es cuando comienzan a aparecer estadísticamente la mayor parte de los signos de deficiencia, el metabolismo se vuelve más lento, disminuyen las horas de sueño, disminuye la agudeza visual y auditiva, aparece una marcada degeneración de las articulaciones, modificaciones globales de la forma del cuerpo y de los depósitos adiposos, pérdida de elasticidad en los tejidos, etc. (38).

Así como ocurren múltiples cambios físicos, también lo hace la conducta psíquica, donde el envejecimiento repercutirá en las funciones sensoriales, percepción, aprendizaje y memoria de los adultos mayores (1). Socialmente se verán expuestos a un deseo de seguir siendo independientes frente a una cultura que les confiere mayor importancia a las personas en edad productiva, y que, con la llegada de la jubilación, imponen a los adultos mayores un retiro forzoso, que a la vez es asociado al comienzo de un periodo de decadencia.

Todos estos factores llevan a un plano emocional de sentimientos de rechazo y desvalorización en los adultos mayores. Ellos se ven a sí mismos como una carga para sus familias y para la sociedad y esta percepción negativa puede influenciar en el proceso del envejecimiento, acelerándolo y adquiriendo otras patologías que aumentarían su fragilidad. Algunos especialistas acentúan la importancia de los factores emocionales en la

degeneración orgánica, llegando a declarar que el deterioro físico es originado, en considerable medida, por factores de carácter psíquico y emocional (38).

b) Autoconcepto General:

El Autoconcepto es la percepción que la persona tiene de sí misma, que determina el comportamiento y su personalidad. Es un conjunto de imágenes, sentimientos y rasgos que la persona reconoce como parte de sí misma (39).

James W (40), define el Autoconcepto como la suma total de cuanto el hombre puede llamar suyo.

Según la corriente de pensamiento del Interaccionismo Simbólico, la autoimagen consiste en un reflejo de cómo los demás nos ven a nosotros mismos, por lo tanto para poder crear esta imagen necesitamos de la interacción y desarrollo social. Lo que llevará a la formación del Autoconcepto (41).

Otra forma en que se describe el Autoconcepto, según el Interaccionismo Estructural, es como un reflejo de cómo la sociedad pretende que sea el individuo. El individuo se identifica con los roles que desempeña en la sociedad y de acuerdo a ello valora si cumple o no con las expectativas sociales (42).

El proceso de construcción del Autoconcepto considera los siguientes aspectos:

- Consideración de las apreciaciones de terceros, sus juicios y valoraciones, que le ayudan a formar la imagen propia.
- Le da un propio significado a la realidad objetiva impuesta. Así orientará su conducta de acuerdo a las cosas que son significativas para él.
- La interacción social será determinante en la construcción del Autoconcepto. A partir de los conceptos ajenos desarrollará nuevos significados, modificándolos y reestructurándolos.
- Estos significados se seguirán modificando en la medida que el individuo adquiera nuevas experiencias.

- Entonces, el sujeto tomará conciencia de sí mismo a partir de las valoraciones ajenas, la interpretación que le dé a estas según sus propios intereses y las experiencias que le otorguen nuevas perspectivas (43).

Para la Psicología Fenomenológica el Autoconcepto viene dado por la percepción que el individuo tiene de la realidad y cómo estas repercuten en sus percepciones conscientes, cogniciones y sentimientos de su conducta (44).

Combs (45), le atribuye gran importancia al Autoconcepto, ya que éste guiará el comportamiento de la persona y cómo interprete las situaciones concretas en las que se encuentra. Él sostiene que el Autoconcepto está formado por todas las miles de percepciones del individuo, de una manera organizada, no como un conglomerado. Además el individuo filtrará estas percepciones de acuerdo a su Autoconcepto, seleccionará información de acuerdo a sus creencias y de esta manera reafirmará la forma de verse a sí mismo. Con respecto a la construcción de esta imagen, será adquirida mediante la interacción de su mundo físico y su mundo social, aprenderá qué es y quién es dependiendo del trato que reciba de las personas significativas en su vida.

Rogers (46), define el Autoconcepto como la forma en que el individuo se ve y se siente. También lo considera como una organización de percepciones de sí mismo que son aceptables en la conciencia. Entre estas percepciones destaca las propias capacidades y características, preceptos y concepciones de sí mismo y de cómo se relaciona con los demás y su ambiente. Todas estas se perciben y se asocian con las experiencias que ha adquirido el individuo y las valoraciones positivas o negativas provenientes del entorno, que determinarán las metas e ideales personales. Rogers establece que debe haber una congruencia entre la imagen que el individuo tiene de sí mismo y su imagen ideal para poder adaptarse y madurar. Si la experiencia no es compatible con el Autoconcepto, el individuo no puede hacer consciente dicha experiencia, o la simbolizará distorsionadamente, alejándose de la realidad y dificultando la adaptación.

Coopersmith (47), señala que el Autoconcepto es un juicio personal sobre la dignidad propia, que se expresa en actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo. Se extiende a que la persona crea ser capaz, significativa, exitosa y digna.

Lynch, define el Autoconcepto como un conjunto de normas para incorporar y procesar la información que rige la conducta. Señala que ésta evoluciona constantemente y es desarrollada en sus inicios por las consecuencias afectivas de la niñez (48).

L'Ecuyer (49), señala que el Autoconcepto está formado por una serie de diversos elementos que le otorgan una multidimensionalidad y están ordenados jerárquicamente. Existen percepciones que tendrán una mayor relevancia y, por lo tanto, serían centrales y otras de menor relevancia que son consideradas periféricas. Este autor además otorga una gran importancia a la relación con los otros individuos con el desarrollo del Autoconcepto y que éste evolucionará a lo largo de la vida.

Desde la Psicología Cognitiva el Autoconcepto es entendido como un proceso de construcción constante proveniente de la interacción del sujeto y su medio. Además, no lo ven como un solo concepto, sino como toda una teoría que el sujeto elabora de sí mismo y recalcan cómo estructura la información, la almacena en la memoria y la utiliza para guiar su acción, mediando la toma de decisiones, la elección de objetivos y estableciendo planes de actuación (50).

Markus *et al.* (51), afirman que el Autoconcepto actual o "real" tiende a ser estable, ya que está fundamentado en la experiencia, mientras que algunas dimensiones del Autoconcepto serían más variables debido a que están condicionados por la realidad social y las propias percepciones del individuo.

Según Burns (52), el Autoconcepto está formado por un conjunto organizado de actitudes hacia sí mismo, constituido por 3 elementos esenciales: cognitivo (autoimagen), afectivo (autoestima) y comportamental.

Tourón (53), define el Autoconcepto como una estructura cognitivo-afectiva que interviene en la conducta y como una realidad compleja que contiene el retrato de lo que creemos ser y de lo que exteriorizamos o queremos presentar a los demás.

Epstein (50), concibe el Autoconcepto como una combinación de múltiples contenidos acerca de sí mismo, internamente sólidos, equilibrados y organizados jerárquicamente. Los contenidos pueden ser más centrales o periféricos dependiendo del valor que le otorgue la persona según su percepción. Se caracteriza por ser relativamente estable, pero sujeto a cambios. Filtra y ordena la información que adquiere y de acuerdo a esto modela su conducta. Sostiene que el individuo intentará mantener la centralidad de su Autoconcepto siendo fiel a sus creencias, evitando exaltarse a sí mismo y evitando su desorganización.

Sevilla, citado en el libro de Tesser *et al.* (54), define el Autoconcepto como la percepción que se tiene de sí mismo, como un fenómeno social que está en constante cambio, es el centro de la personalidad y permite al ser humano saber lo qué es y lo que quiere ser, al plantearse metas y darle un sentido a su vida (54).

Bettelheim *et al.* (55), afirman que el Autoconcepto es la suma de diferentes conceptos sobre sí mismo, dados por la inteligencia, intereses, aptitudes, creatividad, rasgos conductuales y la apariencia física.

González-Pienda *et al.* (56), ven el Autoconcepto como una de las variables centrales que conforman la personalidad y la definen como una acumulación de percepciones externas e internas que son integradas y valoradas según los estilos y valores propios. Esta información será filtrada de acuerdo a lo que el sujeto ya dispone y lo nuevo que desea integrar.

Por último, la definición más reciente, descrita por Myers y Spencer (57) indican que el Autoconcepto es un conjunto de conceptos que internamente son consistentes y jerárquicamente organizados, corresponde a una realidad compleja, que está integrada por aspectos concretos, como el físico, el social, el emocional y el académico. Además es dinámico y se desarrolla a partir de las experiencias sociales del medio y con la interacción de personas significativas para el individuo. Le confiere al individuo integridad y seguridad a lo largo del ciclo vital.

c) Versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada (*Physical Self-Description Questionnaire Short; PSDQ-S*):

El PSDQ es un instrumento multidimensional de evaluación del Autoconcepto Físico creado por Marsh en 1981 (58), que posee buenas propiedades psicométricas evaluadas en un estudio australiano, donde demostró poseer: una buena fiabilidad (coeficiente alfa= 0,92); buena estabilidad test-retest a corto plazo ($r= 0,83$; 3 meses) y a largo plazo ($r= 0,69$, 14 meses); una bien definida y replicable estructura factorial demostrada en un análisis factorial confirmatorio (AFC); una estructura factorial que es invariante sobre el género como se demostró en un AFC de multigrupos; posee una validez convergente y discriminante como se mostró en un estudio multirrasgo-multimétodo; una validez convergente y discriminante demostrada por las relaciones del PSDQ con criterios externos; aplicable en participantes de 12 a 18 años de edad y atletas de elite y no elite; y aplicable en diferentes países en función de la versión traducida del PSDQ.

En resumen, el PSDQ es un instrumento con fuertes propiedades psicométricas para medir el Autoconcepto Físico basado en el modelo jerárquico y multidimensional de Shavelson y Marsh (58).

d) Dimensiones de la escala:

Salud: Relativo a la enfermedad, considera el no enfermarse a menudo o mejorarse rápidamente.

Coordinación: Ser capaz de realizar movimientos físicos coordinados y precisos sin problemas.

Actividad Física: Relativo a la frecuencia con que se practica actividad física; hacer un montón de actividades físicas con regularidad.

Grasa Corporal: Relativo al estado nutricional, sentirse con sobrepeso o demasiado gordo.

Competencia Deportiva: Sentirse físicamente activo, ser bueno en los deportes, ser atlético, tener buenas habilidades deportivas.

Resistencia: Sentirse capaz de desarrollar una actividad física sin cansarse fácilmente

Fuerza: Hace referencia a sentirse fuerte, tener un cuerpo poderoso o un montón de músculos.

Apariencia: Relativo al aspecto exterior de una persona; ser bien parecido, tener una cara atractiva.

Flexibilidad: Capacidad de doblar y girar el cuerpo fácilmente adoptando diferentes posiciones.

Autoconcepto Físico Global: Sentimientos positivos generales que tiene una persona acerca de su propio cuerpo.

Autoestima General: Aprecio o sentimiento positivo general que una persona tiene sobre sí misma (35).

1.4.2 Modelo teórico:

Marsh y Shavelson proponen una teoría del Autoconcepto con un modelo multidimensional y jerárquico que se ajusta bien a todas las etapas del ciclo vital, es por esta razón que fue escogida para dar sustento a esta investigación. Además, se han basado en este modelo para formular la escala SDQ y posteriormente PSDQ.

Estos autores conciben el Autoconcepto como: estructurado en categorías, multidimensional, jerárquico, estable, evolutivo, descriptivo, evaluativo y diferenciable de otros constructos.

El modelo jerarquizado plantea una primera subdivisión de los conceptos que se engloban. Se plantea como una pirámide donde en la cúspide se encuentra el Autoconcepto Global (tercer orden), a continuación se describe un Autoconcepto no Académico que engloba ciertos componentes (social, emocional y físico), un Autoconcepto Académico Verbal y un Autoconcepto Académico Lógico Matemático (segundo orden). Estos últimos engloban a su vez Autoconceptos de subáreas específicas; el Autoconcepto Académico se estructura en función de los logros alcanzados en el ámbito escolar general, lenguaje verbal y área lógica matemática.

El Autoconcepto no Académico abarca las percepciones de las cualidades y apariencia física, experiencias emocionales, percepción de sentimientos predominantes y relaciones que mantiene con sus pares y otras personas significativas (primer orden).

El Autoconcepto posee 5 características predominantes: Ser una realidad organizada, donde cada categoría posee un significado personal y es singular para cada individuo; ser multidimensional, donde podemos observar en primeras instancias un Autoconcepto Global y luego ir diferenciando las distintas facetas y dimensiones; ser jerárquico según su nivel de generalidad, donde las situaciones concretas se encontrarán en la base mientras que el Autoconcepto Global se encontrará en la cúspide; tiende a ser estable, sobre todo cuando la dimensión es más general; y es una realidad aprendida y modificable dependiendo de las experiencias del propio individuo, ambientes en los que se desenvuelve, éxitos y fracasos.

Dentro del Autoconcepto Físico encontramos 2 subdominios: uno es la Apariencia Física que está conformado por: Salud, Grasa Corporal, Autoconcepto Físico Global, Apariencia y Autoestima; y el segundo constructo es la Habilidad Física que está conformado por: Coordinación, Competencia Deportiva, Fuerza, Flexibilidad, Resistencia y Actividad Física (59).

1.5 Marco empírico:

En la literatura internacional existen numerosos estudios que han evaluado el Autoconcepto Físico en diferentes tipos de poblaciones. En este sentido, uno de los más utilizados es el *Physical Self-Description Questionnaire* (PSDQ).

Marsh (60), sobre una muestra 141 estudiantes de secundaria, evaluó la consistencia interna del cuestionario, la estabilidad de las respuestas recolectadas en cuatro ocasiones durante un período de 14 meses y la validez convergente y divergente mediante el análisis de matrices multirrasgo-multimétodo. Los resultados de su estudio mostraron que la consistencia interna en las 4 ocasiones alcanzó un alfa de Cronbach de 0,92. Los datos se utilizaron para demostrar la aplicación de modelos de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de datos multirrasgo-multimétodo, los cuales apoyaron la validez discriminante del

PSDQ. Estos resultados contribuyen a un creciente cuerpo de apoyo para la validez de constructo de la escala e ilustran la aplicación del modelo de AFC Matriz multirrasgo-multimétodo.

Continuando con el estudio de validación, Marsh (61), evaluó la posibilidad de generalizar transculturalmente la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la escala PSDQ en otros países. La muestra en este estudio estaba constituida por estudiantes de 3 países diferentes, Australia, España y Turquía, con un tamaño muestral de 986, 986 y 1.137, respectivamente. Basado en la Raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) este modelo ofrece un buen ajuste de datos basados en la respuesta de Australia (RMSEA: 0,04), España (RMSEA: 0,04) y Turquía (RMSEA: 0,05). En cuanto a las singularidades, son algo más bajas en la muestra turca (Media: 0,36), que en las muestras españolas (Media: 0,44) y australianas (Media: 0,49). Esto se debe en parte a la menor variabilidad de la muestra turca. Por lo tanto las estimaciones de la fiabilidad general son similares para las 3 muestras (Media coeficiente alfa: 0,89 para las 3 muestras y la muestra total). El patrón de estimaciones de fiabilidad, sin embargo, es algo más similar para la muestra española y australiana que en la muestra turca. Los resultados de esta investigación proporcionan un buen soporte para la generalización transcultural de las dimensiones del Autoconcepto Físico evaluadas en el PSDQ.

Marsh *et al.* (62) evaluaron la versión corta (S) del Cuestionario de Autoconcepto Físico PSDQ. Su objetivo fue clarificar los problemas de desarrollo de la versión corta y realizar un ajuste fiable a esta forma abreviada del instrumento PSDQ para que permanezca apegado a los constructos de la versión larga, también disminuir el tiempo de administración mediante la reducción de la longitud del cuestionario. Este estudio extiende la aplicación del PSDQ-S a diversos tipos de muestras, algunas de las cuales no han sido consideradas en los estudios anteriores. Estos grupos fueron diseñados para generalizar los resultados en cuanto a la edad, la nacionalidad y el tipo de actividad física/ejercicio.

Fueron sometidos a validación cruzada 40 de los 70 ítems seleccionados y evaluados en una en una muestra de adolescentes australianos (n=708). También fueron considerados cuatro muestras adicionales: adolescentes australianos atletas-elite (n=349), adolescentes españoles (n=986), estudiantes universitarios israelíes (n=395), y adultos mayores australianos (n=760).

La investigación estuvo compuesta por 3 estudios:

El estudio 1 se centró en evaluar las propiedades psicométricas del PSDQ y PSDQ-S basados en análisis de fiabilidad, estructura factorial e invarianza mediante un análisis factorial confirmatorio multigrupo.

Los resultados de este estudio indicaron que la fiabilidad de los 40 ítems PSDQ-S fueron consistentemente altos en el validación cruzada (0,81 a 0,94; Media = 0,89) y la muestra de adultos mayores (0,81 a 0,94; Media = 0,91) que completaron el PSDQ-S, y mayor que en otros grupos que completaron el PSDQ de 70 ítems. La estructura factorial de la versión corta en la muestra de validación cruzada era bien definida y altamente similar a la de la muestra de adolescentes australianos, así como los otros cuatro grupos.

En el estudio 2 se evaluó la estabilidad en el tiempo de las respuestas del PSDQ-S en un intervalo de 1 año, la validez interna y la validez de constructo a través de una matriz multirrasgo-multimétodo. Este apartado demostró una invarianza factorial de las respuestas de más de un año (test -retest correlaciones 0,57-0,90; Media=0,77) y un buen apoyo para la validación convergente y validez discriminante en relación con el tiempo.

El estudio 3 analiza las relaciones de los criterios externos de la forma corta y larga. Este estudio aplica una matriz multirrasgo-multimétodo más exigente basada en respuestas del PSDQ y PSDQ-S por separado. Se evaluó la convergencia y validez discriminante de las respuestas PSDQ-S generalizadas al PSDQ. Además evaluaron el PSDQ-S basado en los resultados de otros tres estudios en relación con las directrices citadas en estudios de formas cortas y los problemas del desarrollo de este formato.

Este estudio mostró un buen apoyo para la validez convergente y discriminante de las respuestas PSDQ y PSDQ - S en relación con otros dos instrumentos Autoconcepto Físico.

En Túnez, Hentati *et al.* (63), sobre una muestra de 430 niños evaluaron la consistencia interna, la fiabilidad test-retest y la validez de constructo mediante un análisis factorial confirmatorio del cuestionario PSDQ. El análisis factorial confirmatorio identificó claramente las 11 dimensiones que componen el cuestionario. En cuanto a la consistencia interna, los valores del alfa de Cronbach de las dimensiones fueron todos superiores a 0,70, lo que indica una buena consistencia interna. La reproducibilidad test-retest también fue buena, con coeficientes de correlación intraclase (CCI) superiores a 0,71.

En España, García *et al.* (64) evaluaron en función del sexo, las posibles diferencias en la estructura del Autoconcepto en su dimensión física. Además, estudiaron diferentes cuestionarios determinando la relación entre Autoconcepto Físico (PSDQ), la influencia sociocultural del modelo estético (CIMEC -26) y satisfacción por la imagen corporal (BSQ). La muestra la constituyeron 465 adolescentes, los resultados mostraron que los adolescentes varones (n=216), se describen con una mayor autoestima, un mayor atractivo físico y mejor forma física que las mujeres adolescentes (n=249). Además, se observó que una mayor influencia socio-cultural esta positivamente asociada a una mayor percepción de la Grasa Corporal, a una mayor insatisfacción con la Imagen Corporal y a una menor valorización del Autoconcepto Físico Global.

Siguiendo la misma línea Torhild (65), analizó la estructura factorial y la consistencia interna del PSDQ en Noruega. En este estudio participaron 1098 niños entre 10 y 16 años con una media de 12,24 años, que respondieron la escala de 70 preguntas, pero a diferencia de la original, la escala de respuesta se modificó dejándola en un máximo de 5 puntos. La versión Noruega del PSDQ demostró una consistencia interna muy cercana a la versión original australiana, con un alfa de Cronbach de 0,87 para las 11 dimensiones. En

cuanto al análisis factorial se evidenció un contraste con la versión original, ya que las cargas de varias preguntas saturaban en más de una dimensión. Con lo anterior se pudo concluir que a pesar de que Noruega es similar a Australia en muchos aspectos, puede haber diferencias culturales menores que contribuyeron a estos resultados.

En México, Pérez *et al.* (66) estudiaron las propiedades psicométricas de la escala de Autoconcepto Físico PSDQ en una muestra de 1146 sujetos (550 mujeres y 596 hombres) con una edad media de 12,20 años, quienes respondieron la escala de 70 preguntas. El análisis factorial exploratorio reveló una estructura de 7 de las 11 dimensiones que posee la escala original y en cuanto a la fiabilidad los resultados arrojaron alfas de Cronbach superiores a 0,80 en las siete dimensiones evidenciando una adecuada consistencia interna del instrumento en la población mexicana.

En Hong Kong, Chung (67) utilizó el PSDQ para analizar las diferencias del Autoconcepto Físico sobre dos muestras de 92 estudiantes cada una: la primera constituida por sujetos que estudiaban educación física superior y la segunda por sujetos que no estudiaban educación física. Sus resultados mostraron que las puntuaciones medias en los hombres en las dimensiones: Grasa Corporal, Coordinación, Actividad Física, Competencia Deportiva, Salud, Resistencia, Fuerza y Autoconcepto Físico Global, fueron significativamente más altas ($p < 0,05$) que el de las mujeres. En cuanto a la comparación con los estudios superiores, sus resultados revelaron que las puntuaciones medias en los estudiantes de educación física fueron significativamente mayores ($p < 0,05$) que los estudiantes que no estudiaban educación física en las siguientes dimensiones: Coordinación, Resistencia, Flexibilidad, Actividad Física, Competencia Deportiva, Fuerza y Autoconcepto Físico Global. Sin embargo, la interacción del género y estudios superiores no fue significativamente diferente en este estudio ($p > 0,05$). En conclusión, sus resultados evidencian, que en los hombres y estudiantes de educación física superior, que por lo general pasan más tiempo realizando actividad física y entrenando, tienden a tener una mejor condición física y habilidad orientada al Autoconcepto que aquellos que no estudian educación física.

Ahora bien, en cuanto a estudios que han incluido muestras de adultos mayores, en España destaca el de Esnaola (4), quien analizó las posibles diferencias, en función del sexo, en el Autoconcepto Físico durante el ciclo vital. La muestra la conformaron 1.259 sujetos agrupados por rango etario: adolescentes (12-18 años), jóvenes (19-30 años), adultos (31-49 años) y adultos mayores de 55 años. El Autoconcepto fue evaluado a través del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), que consta de 36 ítems (6 por cada dimensión) destinados a medir los siguientes componentes del Autoconcepto: Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico, Fuerza, Autoconcepto Físico Global y Autoestima General. Además, se determinó el Registro de Actividad Física. Los resultados indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas a favor de los hombres en la adolescencia en las dimensiones de Habilidad Física, Condición Física, Atractivo, Fuerza y Autoconcepto Físico Global tanto en la juventud como en la edad adulta. Es decir, los hombres se perciben mejor que las mujeres en todas las escalas señaladas. Sin embargo, la práctica de actividad físico-deportiva podría ser la causa de las diferencias entre hombres y mujeres y no la variable sexo.

También en España, Infante *et al.* (68), determinaron las diferencias asociadas a tres momentos de la edad adulta, en el Autoconcepto y en las autopercepciones físicas así como la relación de dichas diferencias con el sexo y la actividad física. Este estudio incluyó un total de 912 personas de edades comprendidas entre los 23 y los 64 años, clasificados por grupos de edad; adultos jóvenes (23-34 años), adultos medios (35-49 años) y personas mayores (50-64 años). Para evaluar el Autoconcepto utilizaron el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Los resultados indicaron que varias de las dimensiones del Autoconcepto disminuyen a medida que aumenta la edad de cada uno de los tres grupos estudiados; el descenso es menor en las mujeres que en los hombres y la percepción subjetiva de ser una persona activa se asocia positivamente con el Autoconcepto Físico. El descenso de Autoconcepto asociado con la edad afecta en menor medida a las personas activas.

En Chile, la literatura sobre Autoconcepto es prácticamente inexistente. Las escasas evidencias se centran en muestras de niños. En esta línea, Gorostegui *et al.* (31), con el objetivo de determinar los cambios en el Autoconcepto de niños y niñas producidos en un período de 10 años (1992 y 2003), en relación a los roles de género culturalmente asignados, evaluaron a 482 niños y 453 niñas, utilizando la Escala de Evaluación de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris. Los resultados del estudio mostraron que al comparar los resultados globales de la Escala para niños y niñas en la primera y segunda aplicación (M1 y M2) se observa que en M1 (1992) los niños, aunque con una diferencia no significativa estadísticamente, superan a las niñas. Esta situación se invierte en M2 (2003), de manera que esta vez son las niñas las que obtienen puntajes superiores.

En otro estudio chileno, Navas *et al.* (34), con el objetivo de analizar la estructural factorial y las propiedades psicométricas del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) en estudiantes chilenos, realizaron un análisis factorial confirmatorio y un análisis de fiabilidad. Sus resultados evidenciaron que el instrumento reproduce la estructura factorial original de la escala con 6 factores y presenta una consistencia interna adecuada para cada una de ellas.

En cuanto a la evaluación del Autoconcepto Físico en adultos mayores, en la literatura nacional sobre envejecimiento, no se ha identificado ningún estudio que aborde este constructo. En este sentido, es importante destacar que la idea que tenemos de nosotros mismos -autoimagen- y la valoración que hacemos de ella -autoestima- son dos de los múltiples aspectos psicológicos que pueden cambiar cuando una persona llega a la vejez y que suponen un factor importante para la adaptación a un período vital. Por tanto, disponer de una medida adaptada y validada a nuestro contexto es clave, primero para evaluar la percepción que el adulto mayor tiene sobre sí mismo, y segundo, porque a partir de esta valoración, se pueden diseñar estrategias que permitan mejorar el Autoconcepto en este grupo etario. De los instrumentos identificados para medir Autoconcepto Físico, el PSDQ es el que mejores propiedades psicométricas ha mostrado. Por todo ello, el objetivo de este estudio es adaptar y evaluar las propiedades

psicométricas de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en adultos mayores que participen en Clubes de Adultos Mayores.

1.6 Propósito de la investigación:

Adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la Versión Española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada en adultos mayores que participen en Clubes de Adultos Mayores de la comuna de Chillán.

1.7 Objetivos generales y específicos:

1.7.1 Objetivo general:

Realizar una adaptación lingüística ajustada y determinar el grado de fiabilidad y validez de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en adultos mayores que participen en Clubes de Adultos Mayores de Chile.

1.7.2 Objetivos específicos:

1. Conocer características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y escolaridad del adulto mayor.
2. Realizar la adaptación lingüística ajustada de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada.
3. Determinar la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada.
4. Determinar la fiabilidad por consistencia interna que presenta la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada.

II. Métodos

2.1 Tipo de diseño:

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.

2.2 Población de estudio:

Población de adultos mayores que participan en los Clubes de Adultos Mayores de Chillán.

2.3 Muestra:

El tamaño muestral estimado, de acuerdo a las técnicas psicométricas multivariadas que se emplearon, recomiendan una muestra de 5 sujetos por cada ítem del cuestionario (69). En este estudio, se requirió una muestra de 200 participantes de 9 Clubes de Adultos Mayores.

2.4 Criterios de elegibilidad:

2.4.1 Criterios de inclusión:

- La muestra está formada por adultos mayores de 60 o más años pertenecientes a los Clubes de Adultos Mayores de la comuna de Chillán.

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con deterioros cognitivos o trastornos psiquiátricos que les impida comprender las instrucciones del cuestionario y/o responder a las preguntas.

2.5 Unidad de análisis:

Adultos mayores que participaban en Clubes de Adultos Mayores.

2.6 Listado de variables:

Variable que mide la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada:

- ✓ Autoconcepto Físico

Variables sociodemográficas (Anexo 1)

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado civil

2.7 Descripción instrumentos recolectores

2.7.1 Cuestionario sociodemográfico:

Para conocer las características sociodemográficas de los participantes de esta investigación, se utilizó un cuestionario breve creado por los autores de este estudio constituido por 4 preguntas de caracterización: edad, sexo, estado civil y escolaridad (Anexo 2).

2.7.2 Versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada (*Physical self-description questionnaire short; PSDQ-S*):

Para medir el Autoconcepto Físico en los adultos mayores, se utilizó la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada (PSDQ-S) creada por Marsh (58), y traducida al español por Tomas (50) (Anexo 3). Es un instrumento multidimensional de evaluación del Autoconcepto Físico que presenta buenas propiedades psicométricas en su versión española. Es más adecuado para ser aplicado en adultos mayores que otras escalas que miden el Autoconcepto, por su mayor número de componentes (69).

Está compuesto por 40 preguntas cortas que abarcan 11 dimensiones del Autoconcepto Físico medido a través de una escala tipo Likert que va de 1 a 6 puntos, en donde 1 corresponde a totalmente falso, 2 a bastante falso, 3 a más falso que verdadero, 4 a más verdadero que falso, 5 a bastante verdadero y 6 a totalmente verdadero (58).

A pesar de otorgar un puntaje numérico a cada ítem la escala no mide un Autoconcepto Físico bueno, regular o malo, sino que describe si tiene alto o bajo Autoconcepto Físico en determinado subdominio.

Las dimensiones que evalúa la escala son las siguientes:

- a) **Salud:** Definida como estado de completo bienestar físico, mental, social, medida en el cuestionario en los ítems 6, 15, 25, 32, 39. Con afirmaciones como por ejemplo: Me enfermo tan a menudo que no puedo hacer todas las cosas que quisiera.
- b) **Coordinación:** Definida como el control ordenado de los movimientos del cuerpo, evaluada en los ítems 1, 7, 16, 19, 26 del cuestionario. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Me resulta fácil controlar los movimientos de mi cuerpo.
- c) **Actividad Física:** Definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Evaluado en los ítems 8, 20, 27, 33. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Hago actividades físicas (como correr, bailar, andar en bici, caminar rápido, aeróbica, gimnasia o nadar) por lo menos 3 veces a la semana.
- d) **Grasa Corporal:** Definida como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Evaluado en los ítems 9, 17, 21. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Mi cintura es demasiado ancha.
- e) **Competencia Deportiva:** Definida como aptitud o capacidad para llevar a cabo prácticas deportivas. Evaluado en los ítems 10, 22, 34. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Soy bueno en la mayoría de los deportes.
- f) **Resistencia:** Definida como capacidad de continuar con una determinada actividad más allá del cansancio físico o psíquico. Evaluado en los ítems 4, 30, 37. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Puedo mantenerme físicamente activo durante un periodo largo de tiempo sin cansarme.
- g) **Fuerza:** Definida como la capacidad para mover una cosa que tenga peso o haga resistencia. Evaluado en los ítems 2, 13. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Tengo mucha fuerza física.

- h) **Apariencia:** Definido como el aspecto exterior de una persona. Evaluado en los ítems 12, 18, 29. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Tengo una cara agradable.
- i) **Flexibilidad:** Definida como capacidad de estiramiento y facilidad para adoptar diferentes posturas sin demasiado esfuerzo. Evaluado en los ítems 3, 14, 36. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Creo que obtendría buenos resultados en una prueba de flexibilidad.
- j) **Autoconcepto Físico Global:** Definido como percepción que tiene una persona sobre sí misma relativo al ámbito físico. Evaluado en los ítems 11, 23, 28, 35. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Físicamente me siento contento conmigo mismo.
- k) **Autoestima General:** Definida como Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo. Evaluado en los ítems 5, 24, 31, 38, 40 del PSDQ-S. Abarca afirmaciones como por ejemplo: Nada de lo que hago parece salir bien (58).

2.8 Procedimiento para recolección de datos:

2.8.1 Métodos empleados:

Para la recolección de datos, se contactó con la encargada del Programa Adulto Mayor de la Dirección de Desarrollo Comunitario de Chillán quien proporcionó información sobre los Clubes de Adultos Mayores de la comuna.

Posteriormente, se contactó vía telefónica con los/as presidentes/as de cada institución para solicitar su autorización y obtener los siguientes datos: días y lugar en el que se reúne la agrupación, y número de adultos mayores pertenecientes; además, se coordinó el día y la hora de la visita.

En el establecimiento o sede del Club de Adulto Mayor se realizó la presentación formal, explicación del propósito de la investigación y se entregó el Consentimiento Informado a cada participante, una vez leído y firmado el Consentimiento Informado por ambas partes

(participante y un miembro del equipo de investigadores) se procedió a la administración del cuestionario por las investigadoras quienes habían sido previamente entrenadas.

2.8.2 Prueba piloto:

La autora de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada, autorizó el uso del cuestionario para su adaptación y validación en nuestro contexto, y envió el instrumento para su administración (Anexo 4).

Cuando se desarrolla una versión a partir de una adaptación ya existente en el mismo idioma pero creada en otro contexto (en otro país hispano parlante), como es nuestro caso, se debe realizar un estudio para evaluar la interpretabilidad de los ítems en el contexto de adaptación. Para ello, se realizó, previa a la administración definitiva del cuestionario, una prueba piloto con una muestra de 12 participantes, con características similares a los del estudio definitivo, y cuyos datos no fueron incluidos en el estudio final.

En cuanto al proceso de validación lingüística ajustada, los participantes del estudio de interpretabilidad, informaron dificultad para comprender los ejemplos añadidos en los ítems de coordinación y en el método explicativo de las diferentes alternativas de respuesta del cuestionario. Por lo tanto, se eliminaron los ejemplos. En cuanto a la escala Likert, para mejorar la comprensión se agregaron ilustraciones en donde cada respuesta poseía un color representativo (las verdaderas de color azul y las falsas de color rojo) que iban en degradado de acuerdo a su nivel de Veracidad y de Falsedad. En cuanto a los ítems no se presentaron problemas de comprensión.

2.9 Aspectos ético legales:

Para garantizar la adecuación de los aspectos éticos de esta investigación, se solicitó autorización a los/as presidentes/as de cada Club de Adulto Mayor, mediante una carta de patrocinio de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío (Anexo 5). Además, los participantes fueron informados del objetivo general del estudio (cuidando no introducir sesgos de expectativa), de los inconvenientes (disponibilidad de tiempo) y

ventajas (informe sobre resultados) que suponía participar. Explícitamente se señaló que la colaboración era voluntaria, que el estudio se podía abandonar en el momento deseado y que los investigadores se comprometían a velar por la confidencialidad de los datos. Todos los detalles sobre el Consentimiento Informado (Anexo 6) figuraron en un documento que debía ser leído y firmado por ambas partes, participante y un miembro del equipo de investigación, tal y como se refleja en los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, así como en la Ley 19.628 (71), la Ley 20.120 en su Artículo 11 (72) y la Ley 20.584 (73).

2.10 Procesamiento de datos:

Se describieron las variables que caracterizan la muestra de acuerdo a las frecuencias observadas y porcentaje.

Con el objetivo de conocer la estructura del cuestionario se aplicó un análisis factorial exploratorio mediante la técnica de análisis de componentes principales (ACP), con rotación ortogonal Varimax. Se probó la pertinencia del análisis factorial con el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se presentó la solución rotada que cumplía con cargas factoriales mayores a 0,30 y comunalidades mayores a 0,50.

La consistencia interna de la escala fue evaluada con el coeficiente Alfa de Cronbach.

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 15 en español.

III. Resultados

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra, la cual estuvo formada por 216 adultos mayores, los cuales el 25,93% y 20,83%, pertenecían al grupo etario de 65-69 años y 70-74 años, respectivamente. Con respecto al sexo el 72,70% eran mujeres. Más de la mitad de los encuestados eran casados (53,20%), mientras que en un 1,80% señalaron estar divorciados. El nivel educacional predominante correspondió a la básica (33,80%), mientras que el 3,20% de la muestra no poseían estudios.

Tabla 1
Distribución de los adultos mayores de la muestra según Características Sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	n	%
Edad (años)		
60-64	39	18,06
65-69	56	25,93
70-74	45	20,83
75-79	42	19,44
80 y más	34	15,74
Sexo		
Hombre	59	27,30
Mujer	157	72,70
Estado civil		
Soltero	25	11,57
Casado	115	53,24
Separado	12	05,56
Viudo	60	27,78
Divorciado	4	1,85
Escolaridad		
Sin estudios	7	3,20
Educación básica	73	33,80
Educación media	70	32,40
Educación superior	66	30,60

Respecto al análisis factorial exploratorio aplicado a la escala PSDQ-S fue presentado con rotación Varimax a partir del método de componentes principales. Se encontró que el coeficiente KMO fue de 0,89 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=5174,24$; $p<0,00$).

En la Tabla 2 se presenta la solución factorial con nueve componentes que explica el 68,71% de la varianza total. Los primeros tres explican entre el 10,12 y 15,34% de la varianza y los últimos seis, entre 3,54 y 8,47% de la varianza.

Tabla 2
Matriz de componentes rotados y comunalidades de los reactivos

Reactivos	Componentes									Comunalidades
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
R27	0,82									0,82
R34	0,81									0,79
R22	0,81									0,80
R10	0,79									0,72
R37	0,79									0,74
R20	0,77									0,74
R33	0,76									0,75
R4	0,64									0,65
R8	0,57									0,56
R30	0,48									0,49
R26		0,78								0,79
R16		0,75								0,73
R1		0,70								0,67
R7		0,70								0,70
R19		0,67								0,60
R23			0,78							0,73
R35			0,74							0,75
R38			0,64							0,56
R5			0,59							0,70
R11			0,59							0,60
R31			0,58							0,76
R28			0,47							0,58
R39				0,80						0,57
R15				0,75						0,63
R32				0,71						0,64
R6				0,70						0,57

R25									0,68											0,57
R17																				0,80
R9																				0,79
R21																				0,78
R18																				0,74
R29																				0,75
R12																				0,71
R2																				0,72
R13																				0,65
R3																				0,64
R24																				0,59
R40																				0,59
R14																				0,71
R36																				0,73
Valor propio	6,14	4,32	4,05	3,39	2,58	2,09	2,05	1,44	1,42											
% varianza	15,34	10,81	10,12	8,47	6,46	5,23	5,11	3,58	3,54											
α – Cronbach	0,92	0,86	0,86	0,81	0,86	0,74	0,77	0,58	0,75											

En la tabla 3 se presenta las puntuaciones medias y valores alfa de Cronbach de las 9 dimensiones del cuestionario de Autoconcepto. Las puntuaciones medias de las dimensiones varían entre 3,24 para la dimensión de Actividad Física, Competencia Deportiva y Resistencia, y 5,16 para la dimensión de Autoestima General. Los valores de alfa oscilan entre 0,92 para la dimensión Actividad Física, Competencia Deportiva y Resistencia, y 0,58 para la dimensión Autoestima General. La puntuación global de la escala alcanzó un alfa de 0,93.

Tabla 3
Media, desviación estándar y estadísticos de fiabilidad de los constructos

Dimensiones del PSDQ-S	Ítems	$\bar{x} \pm sd$	α – Cronbach
Actividad Física, Competencia Deportiva y Resistencia	10	3,24 ± 1,25	0,92
Coordinación	5	4,56 ± 1,10	0,86
Auto concepto Físico Global	7	4,90 ± 0,86	0,86
Salud	5	4,63 ± 1,09	0,81
Grasa Corporal	3	3,72 ± 1,48	0,86
Apariencia Física	3	4,39 ± 1,04	0,74
Fuerza	3	4,21 ± 1,21	0,77
Autoestima General	2	5,16 ± 1,12	0,58
Flexibilidad	2	3,98 ± 1,39	0,75
Puntaje global	40	4,10 ± 0,79	0,93

IV. Discusión

4.1 Discusión:

El objetivo de este estudio fue determinar el grado de fiabilidad por consistencia interna y la validez de constructo del PSDQ-S mediante un análisis factorial exploratorio, en la población de personas mayores que participan en los clubes de adultos mayores de la comuna de Chillán.

La muestra de este estudio estuvo constituida por adultos mayores de 60 años y más, a diferencia de otros estudios en que se consideraban como adultos mayores a los de 55 y más años (4), (11), (68). Además, predominó mayoritariamente el sexo femenino, mientras que en otros estudios se buscó mantener una proporción similar entre mujeres y hombres (65), (66). En la presente investigación, debido a las características de los asistentes a los Clubes de Adultos Mayores, principalmente mujeres, no fue posible establecer paridad. En cuanto al estado civil y el nivel educacional, no existen investigaciones con las que se puedan comparar estas variables ya que no eran consideradas al momento de caracterizar las muestras.

En las pruebas de fiabilidad por consistencia interna se evidencia una alta congruencia entre los ítems de cada dimensión (α entre 0,58 y 0,92), con valores bastante cercanos a los propuestos por el *Scientific Advisory Committee (74) of the Medical Outcomes Trust (75)* y los criterios de calidad propuestos por Terwee *et al.* (76) y cercanos también a los alfa de Cronbach del estudio original del PSDQ en su versión corta (α varían de 0,84 a 0,91) (62). Esto también se puede observar en un estudio realizado en España donde los alfa de Cronbach fluctuaban entre $\alpha=0,70$ o $\alpha=0,95$ (44), a diferencia de la aplicación del cuestionario en Hong Kong donde los valores de alfa oscilaban entre $\alpha=0,01$ y $\alpha=0,92$ (47). En este último estudio también se observa una gran diferencia entre los p-value de las dimensiones de Apariencia física $p=0,95$, Autoestima $p=0,90$ y Flexibilidad $p=0,75$, mientras que en nuestro análisis factorial todos los p-value eran inferiores a 0,05.

Las pruebas de evaluación del modelo factorial indican que es adecuado el análisis factorial para el conjunto de datos recopilados. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin es superior a 0,70 (0,89) y la prueba de esfericidad de Bartlett arroja un p-value altamente significativo (0,00). Estos resultados se asemejan al estudio realizado en México donde la media del KMO fue de 0,95 y el Test de Bartlett de 0,00 (66).

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de este estudio mostró una estructura formada por nueve dimensiones, tres menos que el estudio original, aunque cuatro coinciden completamente con las planteadas en la versión original (Coordinación, Salud, Grasa Corporal y Apariencia Física). Las dimensiones de Autoestima y Flexibilidad se mantienen, pero de forma incompleta. La dimensión de Autoconcepto Físico Global también coincide con la estructura original, pero se le añaden algunos ítems pertenecientes a Autoestima, al igual que la dimensión de Fuerza, en donde se incluye un ítem perteneciente a Flexibilidad. Por otro lado, las dimensiones de Actividad Física, Competencia Deportiva y Resistencia se agruparon dentro de un mismo componente, haciendo que el AFE prescinda de 2 de las 11 dimensiones.

Las diferencias en la matriz de componentes rotados se pueden explicar debido a las características de las muestras utilizadas. En el estudio realizado en México, en estudiantes de primaria y secundaria, la estructura factorial arrojó sólo 7 dimensiones (66), en cambio en otros estudios como los realizados en Túnez en escolares (63), Hong Kong con participantes universitarios (67), y otro en Australia, España y Turquía con estudiantes de enseñanza media y universitarios (61), la estructura factorial arrojó 11 dimensiones, demostrando que dependiendo del grupo etario en donde se aplique el cuestionario y las diferencias transculturales, la escala se comportará de manera distinta, evidenciando una estructura acorde a las características específicas de los participantes.

Las 3 dimensiones que en nuestro estudio no se distinguen y que se han agrupado están muy relacionadas entre sí para el adulto mayor debido a que para ellos tener la resistencia suficiente les va a permitir realizar actividad física y, para ellos tampoco se puede tener habilidades deportivas si no se realiza ningún deporte u actividad física. Es por esta razón

que aquellos adultos mayores que no realizaban ningún tipo de actividad física también respondían negativamente a los ítems de Competencia Deportiva y Resistencia, mientras que los adultos mayores que realizaban alguna actividad física respondían también de forma positiva a las otras 2 dimensiones. Esnaola (4) en su estudio incluyó en su muestra a adultos mayores y encontró diferencias significativas al compararlos con otros grupos etarios en cuanto a la Actividad Física, Competencia Deportiva y Resistencia, pero no encontró diferencias dentro del mismo grupo de adultos mayores, atribuyéndolo a que la mayor parte de los participantes eran sedentarios. Infante *et al.* (68) analizan en su estudio el Autoconcepto Físico Global a lo largo de la edad adulta, establecen diferencias significativas en las dimensiones de Resistencia, Fuerza, Autoconcepto Físico Global y Actividad Física, donde las puntuaciones disminuyen proporcionalmente en el grupo de edad entre 50 a 64 años, comparados con los de 23 a 34 años. Por lo tanto, al descender las autopercepciones físicas en estas dimensiones podrían estar puntuando de igual forma y así agrupándose dentro de una misma dimensión. Marsh (62) señala que las correlaciones más altas se encuentran entre Actividad Física, Fuerza, Salud, y Competencia Deportiva, lo que también podría explicar la agrupación de estas dimensiones.

Los ítems que originalmente pertenecían a Flexibilidad, saturaron además en Coordinación y Fuerza, esto se puede deber a que los adultos mayores asocian la Flexibilidad con la capacidad de realizar movimientos armónicos y tener la fuerza necesaria para llevarlos a cabo.

Algunos ítems de Autoestima saturaron en la dimensión de Autoconcepto Físico Global, ya que la capacidad física se ve disminuida con el paso del tiempo y ello afecta directamente la autoestima del adulto mayor (68). Además, saturaron parcialmente en la dimensión de Salud, ya que el deterioro fisiológico normal de la vejez también afectará su autoestima.

A pesar de que algunos investigadores recomiendan utilizar la versión completa del PSDQ (70 ítems) (77), en este estudio, dada las características de la muestra (adultos mayores), la versión corta del PSDQ (40 ítems) representa una menor carga para el respondiente, por lo que su aceptabilidad fue buena. Esto se refleja en que todos los adultos mayores

seleccionados en este estudio respondieron las 40 preguntas del cuestionario en un tiempo aproximado de 15 minutos.

4.2 Limitaciones:

Aunque los resultados aportados en esta investigación, informan datos relevantes sobre fiabilidad y validez de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en nuestro contexto, y en una muestra que ha sido muy poco investigada, no está exenta de algunas consideraciones metodológicas:

-Dificultad para obtener registro de personas mayores inscritas en los Clubes de Adultos Mayores de la comuna de Chillán, lo que obstaculizó acceder a la muestra de adultos mayores que se requerían para realizar este estudio de validación.

-Escasos estudios que han evaluado el Autoconcepto Físico en adultos mayores, lo que limitó la comparación con otros estudios con muestras similares.

4.3 Sugerencias:

Existen algunas sugerencias que pueden ser útiles para el desarrollo de futuras investigaciones:

-Modificar la escala de respuesta tipo Likert de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada, reduciendo el número de opciones de respuesta, lo que facilitaría la comprensión por parte de los adultos mayores.

-Realizar otras investigaciones con muestras similares a la de este estudio, de tal manera que se pueda disponer de más datos que permitan su comparación.

-Realizar estudios de validación cada vez que se utilice una medida que haya sido desarrollada o adaptada en otro contexto (aunque sea hispano parlante), debido a que las diferencias culturales influyen en el desempeño del instrumento.

4.4 Conclusión:

La validación lingüística ajustada del instrumento “Versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada” fue satisfactoria, no existiendo dificultades en la comprensión de los ítems por parte de los adultos mayores. Sin embargo, la escala Likert propuesta resultó compleja para algunos participantes. A pesar de ello, se alcanzó valores satisfactorios de fiabilidad por consistencia interna y la validez de constructo del instrumento, aunque con algunas diferencias, mostró una estructura factorial similar a la de la versión original. Por tanto, las evidencias aportadas en este estudio apoyan el uso de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada como una medida fiable y válida para la evaluación del Autoconcepto Físico en adultos mayores.

V. Bibliografía

- (1) Whittaker J, Whittaker S. Personalidad humana. En: Bravo A, editor. Psicología Whittaker. 4ª Ed. México: Interamericana; 1984. p. 568-612.
- (2) Región del Bío- Bío: Caracterización de adultos mayores por genero, Encuesta CASEN 2011 [Internet]. Chile: MINSAL.c2012 [acceso el 9 de septiembre 2014].CASEN [3 pantallas]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Biob%C3%ADo_final_50e1b58b569f3.pdf
- (3) Instituto de mayores y servicios sociales. Envejecimiento activo. Madrid: Publicaciones Inersero; 2011.
- (4) Esnaola I. Diferencias de sexo en el auto concepto físico durante el ciclo vital. Behavioral Psychology. 2009; 17(2): 365-380.
- (5) Esnaola I, Goñi A, Madariaga J. El autoconcepto: perspectivas de investigación. Revista de Psicodidáctica / Journal of Psychodidactics. [Internet] 2006 [acceso el 9 de Septiembre 2014]; 13(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17513105>
- (6) Cheryl A. Lehman, Andrea Poindexter. La población que envejece. En: Cristina Sánchez Sainz-Trapaga, Editora. Enfermería Geriátrica, competencias asistenciales. 1a ed. España: Mc Graw-Hill; 2008. p. 23-44.
- (7) Murrow E. Demografía del envejecimiento: Implicaciones para la Enfermería. En: Ángela Simón Staab, Linda Campton Hodges, Editores. Enfermería Gerontológica. 1a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.p. 16-24.
- (8) Cuidados de enfermería en el adulto mayor. PUC [Internet] 2000 [acceso el 13 de octubre 2014]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>

- (9) Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025. SENAMA. [Internet] 2011 [acceso el 10 de septiembre 2014]; Disponible en: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/descargas/PIEP_2012-2025.pdf
- (10) Herrera A. Vejez. En: Escribar A, Pérez M, Villaroel R, Editores. Bioética Fundamentos y Dimensión Práctica. Santiago, Chile: Mediterráneo Ltda.; 2004. P.317-353.
- (11) Vera J, Domínguez M, Laborín J, Batista F, Seabra M. Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores en el noreste brasileño. Scielo [Internet] 2007 [acceso el 9 septiembre 2014]; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642007000100008&script=sci_arttext
- (12) MINSAL. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. [Internet]. 2ª ed. Santiago: MINSAL; 2013 [acceso el 26 de junio 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- (13) Villalobos D. Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia [Tesis Magíster]. San José: Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica; 1989.
- (14) McDonald D, Hodgdon J. The psychological effects of aerobic fitness training: Research and theory. New York: Springer-Verlag; 1991.
- (15) Landers D, Petruzzello S. Physical, activity, fitness and anxiety. En: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, Editores. Physical activity, fitness, and health: International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, IL: Human Kinetics; 1994. p.868-882.

- (16) Morgan W. Physical, activity, fitness and depression. En: Bouchard C, Shephard R, Stephens T, Editores. Physical activity, fitness, and health: International Proceedings and Consensus Statement. Washington, DC: Taylor and Francis; 1994. p.3-32.
- (17) McAuley E, Rudolf D. Physical activity, aging and psychological wellbeing. J Aging Phys Act. 1995; 3(1): 67-96.
- (18) Sonstroem R. The physical self-system: a mediator of exercise and self-esteem. En Fox K, Editor. The physical self: From motivation to well-being. Champaign: Human Kinetics; 1997. p.3-26.
- (19) Pate R, Pratt M, Blair S, Haskell W, Macera C, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273(5): 402-407.
- (20) Rector N, Roger D. Cognitive style and well-being: A prospective examination. Elsevier. 1996; 21(5): 663-674.
- (21) Goñi A. El autoconceptofísico: Psicología y educación. Madrid: Pirámide; 2008.
- (22) Fox K. Self-esteem, self-perceptions and exercise. Int. J. SportsPsychol. 2000; 31(2): 228-240.
- (23) Olson M. Problemas asociados con la conducta. En: Simón Á, Campton L, Editores. Enfermería Gerontológica. 1a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996. p.342-353.
- (24) Izquierdo M, Aguado X. Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular. AMD. 1998; 15(66): 299-306.
- (25) Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva Subjetiva De La Calidad De Vida Del Adulto Mayor, Diferencias Ligadas Al Género Y A La Práctica De La Actividad

Físico Recreativa. MHSalud [Internet] 2004 [acceso el 24 de junio 2015]; 1(1): [1-12]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017928002>.

(26) Moreno A. Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. RIMCAFD. 2005; 5(19): 222-237.

(27) Crocker P, Eklund R, Kowalski K. Children`s physical activity and physical self-perceptions. J Sports Sci. 2000; 18(6): 383-394.

(28) Goñi A, Ruiz de Azúa S, Rodríguez A. Manual del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Madrid: EOS; 2006.

(29) Lindwall M, Lindgren E. The effects of a 6-month exercise intervention programme on physical self-perceptions and social physique anxiety in non-physically active adolescent Swedish girls. Psychol Sport Exerc.2005; 6(6): 643-658.

(30) Li F, Harmer P, Chaumeton N, Duncan T, Duncan S. Tai Chi as a means to enhance self-esteem: a randomized controlled trial. J ApplGerontol. 2002; 21(1): 70-89.

(31) Gorostegui M, Dörr A. Género y Autoconcepto: Un Análisis Comparativo de las Diferencias por Sexo en una Muestra de Niños de Educación General Básica (EGB) (1992-2003). Scielo [Internet] 2005 [acceso el 10 de septiembre 2014]; 14(1); [151-163]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000100012

(32) Riquelme E, Riquelme P. Análisis Psicométrico confirmatorio de la medida multidimensional del Test de Autoconcepto Forma 5 en Español (AF5), en estudiantes Universitarios de Chile. Psicología, Saúde e Doenças [Internet] 2011 [acceso el 13 de octubre 2014]; 12(1); [91-103]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36222221008>.

- (33) Jorquera R. Autoconcepto e identificación social urbana en la ciudad de Copiapó, Chile. Dialnet [Internet] 2012 [acceso 13 de octubre de 2014]; 9(1); [33-46]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974436>.
- (34) Navas L, Soriano J, Holgado F. Cuestionario de Autoconceptofísico (CAF) en una muestra de estudiantes chilenos. EJREP [Internet] 2013 [acceso 13 de octubre de 2014]; 11(31); [809-830]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293129588011>.
- (35) Jowett S, Lavalley D. Social Psychology in Sport. Estados Unidos: Sheriden Books; 2007 Vol. 10.
- (36) Goñi A, Rodríguez A, Snaola I. Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. Psicothema. 2010; 22(3): 460-467.
- (37) Shavelson R, Hubner J, Stanton J. Self concept: validation of construct interpretations. RevEduc Res. 1976; 46(3): 407-441.
- (38) Enciclopedia de la Psicología Océano Barcelona, España: Ediciones Océano; 1997 Vol. 4 p.205-260.
- (39) González M, Turón J. Autoconcepto y rendimiento escolar: sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje. Pamplona: EUNSA; 1992.
- (40) James W. The self in social interaction. Vol. 1. Nueva York: Gordon and Gergen; 1968.
- (41) Mead M. The study of Contemporary western cultures. Nueva York: Berghahn; 2000.
- (42) Burke P, Tully J. The Measurement of Role Identity. SocForces. 1977; 55(4): 881-897.
- (43) Ribeiro L. Aumente su autoestima. Barcelona: Urano; 1997.

- (44) James W. Psychology: The Brieler Course. New York: Holt; 1862.
- (45) Combs A. Some Observations of Self-Concept Research and Theory. Cambridge MA: Ballinger; 1981.
- (46) Rogers C. Client-Centered Therapy: its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
- (47) Coopersmith S. The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: Freeman; 1967.
- (48) Lynch M. Self-Concept Development in Childhood. Cambridge MA: Ballinger; 1981.
- (49) L'Ecuyer R. The Development of Self-Concept Through the Life Span. Cambridge MA: Ballinger; 1981.
- (50) Epstein S. The Self-Concept Revisited. APA. 1973; 28(5): 403-416.
- (51) Markus H, Kunda Z. Stability and Malleability of the Self Concept. J Pers Soc Psychol. 1986; 51(4): 858-866.
- (52) Burns R. The Self Concept Theory. Measurement, Development and Behaviour. New York: Longman Inc; 1979.
- (53) Tourón J. Factores del Rendimiento Académico en la Universidad. Pamplona: EUNSA; 1984.
- (54) Tesser A, Felson R, Suls J. Psychological Perspectives on Self and Identity. Washington DC: APA; 2000.
- (55) Bettelheim B, Moreno C. Psicología Infantil y Desarrollo: Enciclopedia Familiar. México: Trillas; 1995.

- (56) González-Pienda J, Núñez J, Santorum R, Valle A. Autoconcepto: Conceptualización, desarrollo y modelos explicativos. *Revista Miscelánea de Investigación*. 1990; 8: 229-250.
- (57) Myers D, Spencer S. *Social Psychology*. Toronto: McGraw-Hill; 2001.
- (58) Marsh H. Construct validity of Physical Self-description Questionnaire responses: Relations to external criteria. *JSEP*. 1996; 18: 11-131.
- (59) Calixto P. *La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas: estrategias, técnicas y actividades para el autoconocimiento, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de expectativas, estilo atribucional, autocontrol*. Murcia: Servicio de publicaciones, Universidad; 2002.
- (60) Marsh H. Physical Self-Description Questionnaire: Stability and Discriminant Validity. *RQES*. 1996; 67(3): 249-264.
- (61) Marsh H, Marco I, Abçý F. Cross-cultural validity of the physical self-description questionnaire: comparison of factor structures in Australia, Spain, and Turkey. *RQES*. 2002; 73(3): 257-270.
- (62) Marsh H, Martin A, Jackson S. Introducing A short version of the Physical Self-Description Questionnaire: New strategies, short-form evaluative criteria, and applications of factor analyses. *JSEP*. 2010; 32: 438-482.
- (63) Hentati A, Elloumi A. Tunisian validation of a measuring instrument: Physical self-description Questionnaire. *IJHSS*. 2013; 11(1): 79-88.
- (64) Fernández M, Juan J, Marcó M, De Gracia M. Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*. 1999; 20(1): 27-38.

- (65) Torhild A. Validation of the Physical Self-Description Questionnaire for Use in Norwegian Populations. *Self-Concept Research: Driving International Research Agendas*. Norway; 2006.
- (66) Pérez M, Blanco H, Aguirre J, Flores F, Mondaca F, Benavides E. Analisis Psicométrico de la Escala de Autoconcepto físico PSDQ en Alumnos de Primaria y Secundaria en Baja California Sur. *Ciencia y Cultura física: Un reto del presente*. México. 2011; 1(1): 167-175.
- (67) Pak-Kwong Chung. Physical self-concept between PE major and Non- PE major students in Hong Kong. *JESF*. 2003; 1(1): 41-46.
- (68) Infante G, Goñi A, Villarroel J. Actividad física y autoconcepto, físico y general, a lo largo de la edad adulta. *RPD*. 2011; 20(2): 429-444.
- (69) Gorsuch R. *Factor analysis (2a ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1983.
- (70) Tomás I. Equivalencia psicométrica de una traducción del cuestionario de autoconcepto físico PSDQ (physical self-description questionnaire) al castellano [tesis doctoral]. Valencia. Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia; 1998.
- (71) Sobre protección de la vida privada. Ley 19.628/ 1999 de 18 de agosto. *Boletín Oficial del Estado* n° 896-07, (28-08-1999).
- (72) Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Ley 20.120/ 2006 de 7 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado* n° 1993-11, (22-09-2006).
- (73) Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley 20.584/ 2012 de 13 de abril. *Boletín Oficial del Estado* n°4398-11, (24-04-2012).

(74) Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res.* 2002; 11 (3): 193-205.

(75) Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality- of-life instruments: Attributes and review criteria. *Qual Life Res.* 2002; 11(3):193-205.

(76) Terwee C, Bot S, De Boer M, Van der Windt D, Knol D, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007; 60(1):34-42.

(77) Levy P. Short-form tests: A methodological review. *Psychological Bulletin.* 1968; 69: 410-416.

(78) García F, Musitu G. AF5: Autoconcepto Forma 5. 3ª ed. Madrid, España: Tea; 2001.

(79) Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe [Internet] 2005. Edad. [acceso 13 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/edad>.

(80) Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe [Internet] 2005. Sexo. [acceso 13 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/sexo>.

(81) Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe [Internet] 2005. Estado Civil. [Acceso 13 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.wordreference.com/esenl/estado%20civil>.

(82) MeSH. [Internet] 1968. Escolaridad [acceso 13 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Educational+Status>.

VI. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Autoconcepto Físico	Percepción que tiene una persona de su aspecto físico y de su condición física (78), que involucra las siguientes dimensiones: Salud, Coordinación, Actividad Física, Grasa Corporal, Competencia Deportiva, Resistencia, Fuerza, Apariencia, Flexibilidad, Autoconcepto Físico Global, Autoestima General.	Medido a través de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada, donde los puntajes de cada ítem se evalúan con una Escala Likert de 1-6.
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento (79).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 60-64 años ✓ 65-69 años ✓ 70-74 años ✓ 75-79 años ✓ 80 y mas años
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas (80).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombre ✓ Mujer

Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo (81).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltero(a) ✓ Casado(a) ✓ Separado(a) ✓ Viudo(a) ✓ Divorciado(a)
Escolaridad	El nivel de estudios o el nivel de educación de los individuos (82).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin estudios ✓ Educación básica ✓ Educación Media ✓ Educación Superior



Anexo 2: Cuestionario de Caracterización Sociodemográfico.

Marque con una X según corresponda:

EDAD: _____

SEXO: HOMBRE MUJER

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

SEPARADO

VIUDO

DIVORCIADO

ESCOLARIDAD: SIN ESTUDIOS

EDUCACIÓN BÁSICA

EDUCACIÓN MEDIA

EDUCACIÓN SUPERIOR



Anexo 3: Versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su Forma Abreviada.

Este cuestionario representa una oportunidad para reflexionar sobre usted mismo/a. Sea sincero al contestar. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni respuestas que sean mejores que otras. Cada persona puede responder de forma diferente. Asegúrese de que sus respuestas muestren lo que usted piensa sobre si mismo/a. **POR FAVOR, NO COMENTE TUS RESPUESTAS CON NADIE.** Sus respuestas serán confidenciales.

El propósito de este estudio es analizar cómo se describen las personas físicamente. En las páginas siguientes le pediremos que piense sobre algunas de sus características físicas: por ejemplo, si es atractivo/a, si es fuerte, si es bueno en los deportes, si hace ejercicio de forma regular, si sus movimientos son coordinados, si se enferma muy a menudo, etcétera. Responda a cada frase rápidamente, tal y como se sientes ahora. Por favor, no deje ninguna frase sin contestar.

Cuando esté listo/a para empezar, lea cada frase y decida su respuesta. Hay seis respuestas posibles para cada frase: "Totalmente Verdadero", "Totalmente Falso", y cuatro respuestas intermedias. Junto a cada frase encontrará seis números, uno para cada una de las posibles respuestas. Las respuestas están escritas encabezando cada una de las columnas de números. Elija su respuesta a la frase y encierre con un círculo el número que está bajo la respuesta elegida. Por favor, **NO** diga su respuesta en voz alta ni la comente con nadie.

Si mientras contesta las frases encuentra alguna palabra que no entienda, levante la mano, y pregunte a la persona que le ha entregado el cuestionario.

Por favor, si tiene ahora alguna pregunta, levante la mano. Si no, ya puede comenzar.

	Totalmente falso	Bastante Falso	Más falso que verdadero	Más Verdadero que falso	Bastante verdadero	Totalmente Verdadero
1. Me siento seguro/a realizando movimientos que requieren coordinación.	1	2	3	4	5	6
2. Soy una persona físicamente fuerte.	1	2	3	4	5	6
3. Soy bastante bueno/a doblándome.	1	2	3	4	5	6
4. Puedo correr largas distancias sin parar.	1	2	3	4	5	6
5. En general, la mayoría de las cosas que hago me salen bien.	1	2	3	4	5	6
6. Normalmente me contagio todas las enfermedades (gripe, virus, resfriados, etc.) que hay por ahí.	1	2	3	4	5	6
7. Me resulta fácil controlar los movimientos de mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
8. Suelo hacer ejercicio o actividades que me hacen respirar fuerte, como por ejemplo subir escaleras, caminar rápido.	1	2	3	4	5	6
9. Mi cintura es demasiado ancha.	1	2	3	4	5	6
10. Soy bueno/a en la mayoría de deportes.	1	2	3	4	5	6
11. Físicamente, me siento contento/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5	6
12. Tengo una cara agradable.	1	2	3	4	5	6

	Totalmente falso	Bastante Falso	Más falso que verdadero	Más Verdadero que falso	Bastante verdadero	Totalmente Verdadero
13. Tengo mucha fuerza física.	1	2	3	4	5	6
14. Mi cuerpo es flexible.	1	2	3	4	5	6
15. Me enfermo tan a menudo que no puedo hacer todas las cosas que quisiera.	1	2	3	4	5	6
16. Soy bueno/a realizando movimientos que requieren coordinación.	1	2	3	4	5	6
17. Tengo demasiada grasa en mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
18. Soy más atractivo/a que la mayoría de mis amigos/as.	1	2	3	4	5	6
19. En la mayoría de las actividades físicas, puedo realizar los movimientos con armonía.	1	2	3	4	5	6
20. Hago actividades físicas (como correr, bailar, andar en bici, aeróbica, gimnasia o nadar) por lo menos tres veces a la semana.	1	2	3	4	5	6
21. Peso demasiado.	1	2	3	4	5	6
22. Tengo buenas habilidades deportivas.	1	2	3	4	5	6
23. Físicamente, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5	6
24. En general, no sirvo para nada.	1	2	3	4	5	6

	Totalmente falso	Bastante Falso	Más falso que verdadero	Más Verdadero que falso	Bastante verdadero	Totalmente Verdadero
25. Me enfermo con mucha frecuencia.	1	2	3	4	5	6
26. Realizo con facilidad movimientos que requieren coordinación.	1	2	3	4	5	6
27. Practico muchos deportes, baile, gimnasia u otras actividades físicas.	1	2	3	4	5	6
28. Me siento satisfecho/a con quién soy y con lo que puedo hacer físicamente.	1	2	3	4	5	6
29. Soy atractivo/a.	1	2	3	4	5	6
30. Puedo mantenerme físicamente activo/a durante un periodo largo de tiempo sin cansarme.	1	2	3	4	5	6
31. Hago bien la mayoría de las cosas.	1	2	3	4	5	6
32. Cuando me enfermo me cuesta mucho tiempo recuperarme.	1	2	3	4	5	6
33. Practico deportes, ejercicio, baile u otras actividades físicas casi todos los días.	1	2	3	4	5	6
34. Juego bien en los deportes.	1	2	3	4	5	6
35. Estoy satisfecho/a con cómo soy físicamente.	1	2	3	4	5	6
36. Creo que obtendría buenos resultados en una prueba de flexibilidad.	1	2	3	4	5	6

	Totalmente falso	Bastante Falso	Más falso que verdadero	Más Verdadero que falso	Bastante verdadero	Totalmente Verdadero
37. Soy bueno/a en las actividades de resistencia física, como las carreras de larga distancia, el aeróbica, el ciclismo o la natación.	1	2	3	4	5	6
38. En general, tengo mucho de que sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4	5	6
39. Me enfermo y tengo que ir al médico con más frecuencia que la mayoría de la gente de mi edad.	1	2	3	4	5	6
40. Nada de lo que hago parece salir bien.	1	2	3	4	5	6

Anexo 4: Correo de Autorización para el uso del cuestionario PSDQ-S en su versión española.

-----Mensaje original-----

De: Ines Tomas [mailto:Ines.Tomas@uv.es]
Enviado el: viernes, 17 de octubre de 2014 6:28
Para: Carmen_Luz_Muñoz_Mendoza
Asunto: Re: Cuestionario PSDQ - Chile

Estimada Carmen,

Desde luego que tenéis mi autorización.

Creo que en el ámbito de la medición psicológica, es importante y necesario poder aprovechar los esfuerzos y los pasos que ya se han dado previamente, y seguir trabajando en la difusión y validación de instrumentos de medida. Estos esfuerzos proporcionarán a la comunidad científica, instrumentos comunes que permitan replicar y crosvalidar los resultados de investigaciones realizados en diferentes contextos y culturas. Y desde luego, eso enriquece nuestro conocimiento y el desarrollo de la teoría psicológica.

Ya se han desarrollado validaciones de la escala en otros países latinoamericanos (ej. argentina), y al igual que en esas ocasiones, se lo comunicaré al profesor Herbert Marsh (el autor de la versión original en inglés del instrumento), para hacerle conocedor de esta nueva vía de desarrollo del instrumento.

En ocasiones anteriores, el profesor Herbert Marsh estuvo también de acuerdo y conforme en la concesión de la autorización, y únicamente me pidió que en los productos que se publiquen de estos trabajos, se citen los trabajos y fuentes originales del instrumento (tanto en inglés como en castellano).

Saludos cordiales, y suerte con el trabajo!!

Inés



Anexo 5: Carta de autorización

OFICIO Nº /

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

A: Presidente del Club de Adulto Mayor

DE: **SR. JOSÉ ALEX LEIVA CARO**

Director Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO EN SU FORMA ABREVIADA EN ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN LOS CLUBES DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE CHILLÁN, 2015” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Camila Bustos Canales 18.519.519-8

Noemí Campos Valenzuela 18.156.141-6

Gabriela Carmona Caro 18.215.230-7

Natalia Contreras Escalona 17.750.078-k

Académico Guía: Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza.

Propósito de la Tesis:

-Adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en adultos mayores que participen en Clubes de Adultos Mayores de la comuna de Chillán.

Objetivos Generales de la Tesis:

-Realizar una adaptación lingüística ajustada y determinar el grado de fiabilidad y validez del PSDQ-S en adultos mayores que participen en Clubes de Adultos Mayores de Chile.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del centro organizado de la comunidad que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Abril y Mayo del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

JOSÉ ALEX LEIVA CARO

Director Escuela de Enfermería (S)



Anexo 6: Consentimiento Informado.

Estimado participante:

Quienes suscriben,

Camila Bustos Canales	18.519.519-8
Noemí Campos Valenzuela	18.156.141-6
Gabriela Carmona Caro	18.215.230-7
Natalia Contreras Escalona	17.750.078-k

Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO EN SU FORMA ABREVIADA EN ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN LOS CLUBES DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE CHILLÁN, 2015”**.

El propósito del estudio es “Adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de la versión española del Cuestionario de Autoconcepto Físico en su forma abreviada en los adultos mayores que participan en Clubes de Adultos Mayores de la comuna de Chillán, 2015”.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, **por una vez**, un cuestionario sobre autoconcepto y preguntas sobre antecedentes sociodemográficos. Esto le tomará aproximadamente 30 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza al fono 042-2-463090 o al correo electrónico calmunoz@ubiobio.cl.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Equipo de Investigadores

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes, Camila Bustos Canales, Noemí Campos Valenzuela, Gabriela Carmona Caro y Natalia Contreras Escalona sobre **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO EN SU FORMA ABREVIADA EN ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN LOS CLUBES DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE CHILLÁN, 2015”**. He recibido copia de este consentimiento.

Firma del participante

Nombre, apellidos y firma de la persona que
obtiene el consentimiento