

Aspectos psicológicos, sociales, religiosos y niveles de dependencia en adultos mayores de estrato bajo en la Costa Atlántica colombiana¹

Psychological, Social, and Religious Aspects and Levels of Dependency in Older Adults of Low Stratum in the Colombian Atlantic Coast

<https://doi.org/10.15332/22563067.9108>

[Artículos]

Stefano Vinaccia²

✉ Stefanovinacci@unisinu.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0001-5169-0871>
Universidad del SINU, Colombia

Alba Cecilia Velázquez

Universidad del SINU, Colombia

Patricia Pineda

Universidad del SINU, Colombia

Japcy Margarita Quiceno

 <http://orcid.org/0000-0002-3821-27843>
Universidad de Medellín, Colombia

Cesar Andrés Gómez

 <http://orcid.org/0000-0002-7932-0466>
Universidad de Pamplona, Colombia

Gabriela Sequeda

 <http://orcid.org/0009-0008-4365-9215>
Universidad Simón Bolívar, Colombia

Shadye Matar-Khalil

 <http://orcid.org/0000-0002-2250-9794>
Universidad del SINU, Colombia

Recibido: 02/07/2022

Revisado: 07/11/2022

Aceptado: 12/02/2023

¹ Artículo de investigación

² Autor de correspondencia

Citar como:

Consectetuer Vinaccia, S. ., Velázquez, A. C., Pineda, P. ., Quiceno, J. M. ., Gómez, . C. A., Sequeda, G., & Matar-Khalil, S. . (2023). ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES, RELIGIOSOS Y NIVELES DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES DE ESTRATO BAJO EN LA COSTA ATLÁNTICA COLOMBIANA . *Diversitas*, 19(1), 6–27. <https://doi.org/10.15332/22563067.9108>



Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar las relaciones entre la autoestima, el apoyo social, las emociones negativas y positivas, la resiliencia, las creencias religiosas positivas y los niveles de dependencia en adultos mayores de estrato bajo en la Costa Atlántica colombiana. Para este estudio se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 115 adultos mayores de 60 años de estrato bajo del departamento de Córdoba, Colombia, no institucionalizados. Como instrumentos de medida se emplearon las escalas CD-RISC 10 de resiliencia, HADS de ansiedad y depresión, DUKE-UNC de apoyo social, RSE de autoestima y R-COPE de afrontamiento religioso positivo. Resultados a nivel de correlacional se encontró, por un lado, que la resiliencia y la autoestima tuvieron una correlación positiva con el apoyo social y las creencias religiosas positivas y, por otro, correlaciones negativas entre ansiedad y depresión con autoestima y apoyo social. En conclusión, esta muestra de adultos mayores de estrato socioeconómico bajo de la ciudad de Montería presentó niveles elevados de emociones positivas y bajos niveles de emociones negativas.

Palabras clave: adultos mayores, resiliencia, apoyo social, emociones negativas y positivas, afrontamiento religioso.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the relationships between self-esteem, social support, negative and positive emotions, resilience, positive religious beliefs and levels of dependency in low stratum older adults in the Colombian Atlantic coast. A non-experimental design of descriptive correlational and cross-sectional type was used for this study. The sample consisted of 115 non-institutionalized adults over 60 years of age from the low stratum of the Department of Córdoba, Colombia. The following scales were used as measurement instruments: CD-RISC 10 for resilience, HADS for anxiety and depression, DUKE-UNC for social support, RSE for self-esteem and R-COPE for positive religious coping. Results at the correlational level showed on the one hand that resilience and self-esteem had a positive correlation with social support and positive religious beliefs and on the other

hand negative correlations between anxiety and depression with self-esteem and social support. In conclusion, in this sample of older adults there were good levels of positive emotions, low levels of negative emotions and low levels of positive emotions.

Keywords: Older adults, resilience, social support, negative and positive emotions, religious coping.

Introducción

Los adultos mayores no fueron considerados una población importante en las problemáticas de salud, sin embargo, debido a un aumento en esta población esta perspectiva ha cambiado (Laguado Jaimés et ál., 2017); la mayoría de los países están experimentando envejecimiento de la población, un incremento tanto en la cantidad como en la proporción de adultos mayores (Organización Mundial de la Salud [oms], 2022).

En Colombia, aproximadamente, 7.1 millones de personas son adultos mayores y se espera que cada año aumente alrededor del 3 % (Ortega-Lenis y Méndez, 2019; Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2021a). La adultez mayor es considerada una etapa del desarrollo en la que se transita por diversos cambios, tanto físicos como psicológicos, sociales, laborales, entre otros, que generan repercusiones emocionales, cognitivas y comportamentales (Huenchuan, 2018; Moreno et ál., 2011), en la que la persona puede ajustarse a los cambios o manifestar alteraciones por el desajuste a la etapa vital a la que se enfrenta. En este sentido, existen diversas variables que favorecen el bienestar del adulto mayor, como la percepción de actividad, la utilidad, el apoyo social o familiar, el acompañamiento institucional, el acceso a la educación, uso de la tecnología, el estado de salud, concepciones personales hacia la vejez, los ingresos económicos y entre otros aspectos (Custodio et ál., 2012; Díaz et ál., 2013; Sandoval et ál., 2019).

Después de los 60 años, las personas ingresan a un grupo etario caracterizado por la presencia de estereotipos sociales, los cuales están ligados a cada cultura. Generalmente, la vejez está asociada a menor productividad, deterioro físico y en la salud, disminución de la autoestima, autonomía, del contacto social y afectivo, aumento de sentimientos de soledad y depresión, decremento de los ingresos económicos, cambio de roles sociales y familiares, entre otras (Rondón y Rodríguez, 2020). Sin embargo, existen perspectivas hacia el envejecimiento exitoso (EE) que se orientan hacia la funcionalidad y bienestar del adulto mayor, estando ligados a la autopercepción de adecuada salud, pertenecer y ser activo en un grupo religioso, estar casado, un alto nivel educativo, ser mujer, entre otros aspectos (Curcio et ál., 2017). La prevalencia de EE en Colombia es 24.4 %, es decir, 1 de cada 10 personas mayores de 65 años percibe condiciones satisfactorias en su vida, al evaluar diversos aspectos relacionados con su bienestar como la economía, relaciones sentimentales, ausencia de enfermedad, espiritualidad alta, entre otros. En este orden de ideas, aspectos como la autoestima, el apoyo social, las emociones negativas y positivas, la resiliencia, el afrontamiento religioso positivo

y los niveles de dependencia, hacen parte de aquellos factores que pueden influir en la adaptación, satisfacción y bienestar con la vida en la etapa de la vejez (Gómez, 2021; Reyes et ál., 2021).

En primer lugar, la autoestima durante la vida tiene que ver con la percepción positiva o negativa de sí mismo y se considera una necesidad psicológica relacionada con la salud mental y la calidad de vida. En los adultos mayores, la autoestima está relacionada con el nivel de funcionalidad, la autonomía en las diversas actividades incluido el desplazamiento sin ayuda, el apoyo social, la actividad sexual y física, la sensación de control en su vida, la resiliencia, flexibilidad cognitiva y calidad de vida relacionada a la salud (Guerrero-Martelo et ál., 2015; Guillen-Moya et ál., 2021).

Respecto al apoyo social en la vejez, es un aspecto que cobra importancia al considerar los vínculos de amistad, la relación con los hijos, el adecuado funcionamiento familiar con la pareja, como los principales recursos de apoyo con los que se cuenta en esta edad (Curcio et ál., 2018). Así, en Colombia, el 34.3 % no cuenta con red de apoyo y personas de confianza, no obstante, esta cifra no tiene diferencias significativas en comparación con rangos de edad de personas jóvenes (DANE, 2021b). Diversas investigaciones refieren que una percepción de adecuado apoyo social influye en aspectos como la autoevaluación del estado de salud, mayor adherencia al tratamiento mayor asistencia a actividades religiosas y disminución de depresión, ansiedad y estrés (Caetano et ál., 2013; Elgart, 2019; Peterson y Martin, 2015; Ponce et ál., 2014).

De igual manera, las emociones en la vejez, tanto positivas como negativas, están relacionadas a la forma de afrontar de forma satisfactoria o no, las dificultades de la vida, lo que genera bienestar, adaptación y satisfacción con su vida o la presencia de respuestas adversas que pueden repercutir en la salud, afectividad, comportamiento, cogniciones, relaciones sociales (Etxebarria et ál., 2018; Meléndez et ál., 2022; Reyes et ál., 2021).

En cuanto a la resiliencia en la adultez mayor, se concibe como la capacidad para enfrentarse o sobreponerse a situaciones desfavorables mediante patrones de respuesta adaptativas y continuar el transcurso de la vida mostrando cambios positivos y fortalecimiento de sus capacidades para el afrontamiento de las futuras adversidades y el disfrute de las nuevas experiencias (Fernandes de Araújo y Bermúdez, 2015; Sánchez et ál., 2016).

Para el caso del afrontamiento religioso positivo en la vejez, este se considera un proceso psicológico personal que acerca al sentido y propósito de vida, y que además está relacionado con la manera en la que se comprende y se da manejo a los eventos de la vida, a partir de las concepciones, creencias y prácticas espirituales o religiosas. Por ende, existe una relación positiva con la salud mental, en la que la espiritualidad y religiosidad se consideran recursos psicosociales que incrementan la resiliencia, el apoyo social y el afrontamiento positivo ante las dificultades o cambios por los que se atraviesa en esta etapa vital (Gallardo-Peralta y Sánchez-Moreno, 2020; González-Rivera y Pagán-Torres, 2018; Lazarus y Folkman, 1986; Pargament et ál., 1998).

Finalmente, en la adultez mayor, el grado de dependencia aumenta y se encuentra enlazada a la disminución de la autonomía física, psicológica o cognitiva, que repercute en la autonomía y

funcionalidad en las actividades de la vida diaria, como comer y beber, regulación de esfínteres, aseo personal, cuidados corporales, vestimenta, cuidado de la salud, desplazamiento, toma de decisiones, entre otras. En este sentido, la dependencia se puede concebir en diversos niveles según el grado de funcionalidad, como dependencia leve, moderada, severa o independencia (Amador, 2020; Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997; Paredes Arturo y Yarce Pinzón, 2018).

En este sentido, la adultez mayor se caracteriza por un declive natural de diversas condiciones, como físicas, cognitivas, psicológicas, emocionales, sociales y demás, que son propias de los individuos después de los 60 años, no obstante, es necesario reconocer las diversas características que influyen en la visión de una vejez positiva, en la que el entorno del adulto mayor promueva la creación de condiciones que favorezcan la satisfacción en esta etapa evolutiva: aumentar el acceso a los servicios de salud, disminuir la morbilidad y el deterioro cognitivo, incrementar el bienestar y la participación social, entre otros aspectos a tener en cuenta en la planeaciones y ejecución de políticas públicas para los adultos mayores (García-Ramírez et ál., 2020; Gómez -Lugo et ál., 2016; Hernández Vergel et ál., 2021).

Expuesto lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar las relaciones entre la autoestima, el apoyo social, las emociones negativas y positivas, la resiliencia, el afrontamiento religioso positivo y los niveles de dependencia en adultos mayores de estrato bajo en la Costa Atlántica colombiana.

Método

Participantes

En este estudio participaron 115 adultos hombres y mujeres mayores con una media de edad de 77 años y de estrato socioeconómico bajo, todos residentes en el departamento de Córdoba, Colombia, específicamente en los barrios Pastrana y Policarpa de la ciudad de Montería. Fueron escogidos mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles. Criterios de inclusión: mayores de 60 años, no ser institucionalizados, no presentar deterioro cognitivo o dificultades de lectoescritura y participación libre y voluntaria en el estudio. Criterios de exclusión: menores de 60 años, ser institucionalizados, presentar deterioro cognitivo o dificultades de lectoescritura, no participación libre y voluntaria en el estudio.

Instrumentos

Se usó el índice de discapacidad de Barthel, desarrollado originalmente por Mahoney y Barthel (1965). Para este estudio se utilizó la versión española de González et ál. (2018). Dicho índice permite calificar la posibilidad que tiene el individuo de realizar las conductas por sí mismo, con un nivel de medición ordinal que incluye 10 actividades cotidianas. La puntuación oscila entre 0 y 100,

cada reactivo se califica con tres posibles respuestas 0 si es dependiente, 5 si lo hace con ayuda y 10 si es independiente. Presentando este estudio un alfa de Cronbach de 0.77.

Escala CD-RISC- La *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC 10), desarrollada originalmente por Campbell-Sills y Stein (2007). Para este estudio se utilizó la versión colombiana de Riveros et ál. (2016). Esta escala mide los niveles de resiliencia de una persona, consta de 10 ítems en formato tipo Likert y de 5 opciones de respuesta (0 = en absoluto, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo y 4 = casi siempre), la estimación de la escala indica que a mayor puntuación mayor resiliencia. La escala presenta un alfa de Cronbach de 0.82 en esta investigación.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (The Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]), desarrollada originalmente por Zigmond y Snaith (1983). La versión colombiana de la escala HADS fue realizada por Rico et ál. (2005) contando con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85. Comprende 14 ítems que se responden en un sistema tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de 0 hasta 3 puntos y cuenta con dos dimensiones que evalúan la ansiedad y la depresión en relación con el periodo actual. El rango para cada dimensión es de 0 a 21 puntos. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión. El coeficiente alfa de Cronbach para este estudio fue de 0.81 para ansiedad y de 0.67 para depresión.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), desarrollada originalmente por Rosemberg (1965). Está constituida por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, la mitad de los cuales están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. En este estudio se trabajó solo con los 5 ítems positivos. Las opciones de respuesta se puntúan entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. En Colombia fue validada por Gómez et ál. (2016). El coeficiente alfa de Cronbach para este estudio fue de 0.74.

Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 desarrollado por Broadhead et ál. (1988), versión española de Bellón et ál. (1996). Se trata de un instrumento autoadministrado de 11 ítems que utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). Evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido. En este estudio se ha obtenido valores de consistencia interna, alfa de Cronbach para la escala total de 0.88.

Escala Abreviada de Afrontamiento Religioso Brief Measure of Religious Coping (B-RCOPE; Pargament et ál., 1998). Versión colombiana de Trejos et ál. (2023). Para la evaluación del afrontamiento religioso se utilizó solamente esta dimensión positiva de 7 ítems. La escala presenta un formato de respuesta tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta en función del grado de acuerdo de los participantes, entre 0 (de ningún modo) y 3 (mucho). Los valores de consistencia interna alfa de Cronbach encontrados para esta subescala fueron de 0.75

Procedimiento

El estudio se desarrolló en los barrios Pastrana y Policarpa de la comuna 2 de la ciudad de Montería, Colombia. Antes de iniciar con la fase de campo de la investigación, la cual comprendía la aplicación

de los instrumentos, se seleccionaron 10 adultos mayores de 60 años, a los que se les realizó una prueba piloto, con el fin de identificar palabras o preguntas de difícil comprensión, conocer la respectiva comprensión en el sistema de respuestas y establecer el tiempo de respuesta para cada uno de los instrumentos. Culminado este proceso se ajustó la claridad y entendimiento con base en las respuestas de los participantes de la prueba piloto. Posteriormente, se seleccionaron 115 personas (85 mujeres y 30 hombre) mayores de 60 años, quienes cumplieron con las características principales y decidieron participar de forma voluntaria. El procedimiento de muestreo fue no probabilístico bajo la técnica de bola de nieve. Luego de una explicación de la investigación, los objetivos y los procedimientos a llevar a cabo, se procedió con la firma de los consentimientos informados por parte de los participantes. Posteriormente, se continuó con la escala de los datos sociodemográficos para conocer las características de la población y con la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden: índice de discapacidad de Barthel, CD-RISC, HAD, RSES y B-RCOPE. Todo el proceso duró alrededor de 2 horas. Los datos obtenidos se incorporaron a una base de datos y fueron analizados por medio del paquete estadístico SPSS-20.

El estudio fue proyectado en coherencia con legislación vigente en Colombia para la investigación psicológica con humanos (Ley 1090 de 2006; Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud), la protección y tratamiento de datos personales (Ley 1581 de 2012) y la declaración de Helsinki (Colegio Colombiano Psicólogos, 2014; Congreso de la República, 2006).

Procesamiento de los datos

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (edad) y psicológicas (resiliencia, ansiedad-depresión, apoyo social, autoestima, afrontamiento religioso), se utilizó como medida de tendencia central la media. Así mismo, se calculó la desviación típica (DT) y las puntuaciones mínimas (*Mín.*) y máximas (*Máx.*). Respecto a las variables nominales (sexo, estado civil, ocupación, con quién vive, sistema de salud) y discretas (estrato socioeconómico), estas fueron calculadas mediante porcentaje. Por otro lado, para el análisis de fiabilidad de las diferentes dimensiones y escalas totales de los instrumentos psicométricos se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach. Y, finalmente, para el análisis de correlación se empleó el Rho de Spearman.

Resultados

En la tabla 1, se identifica que la muestra de este estudio estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (73.91 %), con una edad entre los 65-74 años (63 %) y un nivel de educación primaria (61.14 %); la mayoría de los participantes vivían en compañía de su esposo/a e hijos (95.7 %), de estrato socioeconómico 1 (100 %) y afiliados al sistema de salud subsidiado Sisbén (100 %), con una autopercepción de salud buena.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Vive con	Nivel de estudios		Auto salud	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%

Solo	4	3.5	Sin estudios 87	30	26	Buena	100	28	24.3
Con familia	110	95.7	Primaria 13	70	61.14	Regular - Mala	15	79	68.7
Con amigos	1	0.9	Bachillerato 100	14	12	Total	115	7	6.1
Edad	115	100	Técnico	1	0.86			1	0.9
	12.2		Total	115	100			115	100
	14	54.8							
	63		Sistema de salud Sisbén			%			
	28.7		n						
60-64	33		115			100			
65-74	5		115			100			
75-84	4.3								
85-94	115								
Total	100								
Sexo	n	%	Estado civil	n	%			n	%
Femenino	85	73.91	Soltero	15	13			23	20.0
Masculino	30	26.9	Casado	50	43			50	43.5
Estrato		%	Separado	25	22			4	3.5
Estrato I	115	100	Unión libre	10	9			12	10.4
Total	115	100	Viudo	15	13			26	22.6
			Total	115				115	100

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2, se presenta la confiabilidad de los resultados mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para la evaluación del grado de dependencia, en la cual se utilizó el índice de Barthel se identificó una puntuación total (0.77). En cuanto a resiliencia, para la cual se utilizó el CD-RISC10, se encontró una puntuación alta (0.91) y, por último, en la escala de depresión CES-D se encontró una alta confiabilidad (0.82). En relación con el HADS la subdimensión ansiedad tuvo un puntaje de (0.81), mientras que la de depresión tuvo un resultado no significativo de (0.67). Con respecto al apoyo social percibido, este tuvo un puntaje alto de (0.88) y en relación con la autoestima y el afrontamiento religioso en las subdimensiones positivas se presentaron puntajes aceptables de (0.74) y de (0.75). En general, las puntuaciones de confiabilidad de las escalas fueron altas. Al compararse las medias con los mínimos y máximos, los datos de la tabla muestran puntajes altos en el grado de dependencia, apoyo social autoestima y afrontamiento religioso positivos y medio alto en la escala de resiliencia y bajos en los niveles de emociones negativas como ansiedad y depresión.

Tabla 2. Descriptivo variables psicológicas

	Media	Mediana	DT	Mín.	Máx.	Alfa
Índice de Barthel: grado de dependencia	95.4	100.0	10.5	40	100	0.779
CDRISC-10: resiliencia	26.5	28.0	8.2	4	40	0.824
HADS						

Ansiedad	6.9	7.0	4.4	0	21	0.812
Depresión	5.1	4.0	3.7	0	21	0.677
DUKE-UNC: apoyo social percibido	44.1	44.0	8.2	15	55	0.885
RSE: autoestima de Rosenberg						
RSE Positiva	17.7	18.0	2.2	9	20	0.745
R-COPE: afrontamiento religioso						
Afrontamiento religioso positivo	32.6	34.0	3.1	21	35	0.751

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3, se presenta el análisis de correlación de Spearman entre las variables índice de dependencia, resiliencia, ansiedad y depresión, apoyo social percibido, autoestima y afrontamiento religioso positivo y clasificación adulto mayor. Se encontraron relaciones positivas significativas entre resiliencia y autoestima y entre autoestima y afrontamiento religioso positivo y autoestima con apoyo social. Por otra parte, se encontraron correlaciones negativas significativas entre las variables depresión-ansiedad y las variables autoestima y apoyo social.

Tabla 3. Análisis de correlación de Spearman de las variables del estudio

	Índice Barthel (Grado de dependencia)	CD- RISC	Ansied ad HAD	Depresi ón HAD	DUKE UNC (Apoyo social percibi do)	RSE Autoesti ma Positiva	RSE Autoesti ma Positiva	Clasificación adulto mayor
Índice Barthel (Grado de dependencia)	1.00	0.091	-0.023	-.195*	0.083	0.166	-0.029	-.221*
CD-RISC		1.00	-.208*	-.271**	.284**	.309**	0.054	-0.068
Ansiedad HAD			1.000	.419**	-.329**	-.396**	-.267**	0-008
Depresión HAD				1.000	-.376**	-.449**	-0.178	.194*
DUKE UNC (Apoyo social percibido)					1.000	.407**	.205*	0.044
RSE Autoestima Positiva						1.000	.408**	-0.137

R COPE (Afrontamiento religioso)	1.000	-0.020
Clasificación adulto mayor		1.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En este estudio se buscó determinar y relacionar los niveles de grado de dependencia, la resiliencia, la ansiedad-depresión, el apoyo social, la autoestima y el afrontamiento religioso positivo en 115 adultos mayores de estrato socioeconómico bajo no institucionalizados de Montería, Colombia.

Respecto a la variable de grado de dependencia (índice de Barthel), que evalúa el estado funcional de los participantes, encontramos muy bajos niveles de discapacidad al comparar nuestros resultados con el estudio de Cano-Gutiérrez et ál. (2017) con una muestra de 2000 adultos mayores de Bogotá, Colombia, y los resultados del estudio de Velasco et ál. (2019) con una muestra de 635 adultos mayores de Villavicencio, Colombia, lo que sugiere que los adultos mayores en Montería presentan una alta capacidad para participar activamente en su entorno con nivel alto de independencia en sus actividades de la vida diaria.

En cuanto a la variable de resiliencia en adultos mayores, medida con el cuestionario CD-RISC 10, se compararon los presentes resultados con estudios desarrollados con población adulta mayor, véase (Hernández y Rodríguez, 2012 en Bogotá, Colombia; Levasseur et ál., 2017 en Canadá; Vinaccia et ál., 2021 en Montería, Colombia; Tourunen et ál., 2021 en Finlandia).

La muestra de nuestro estudio alcanzó una media (M = 26.5) superior a las medias encontradas Bogotá (M = 22.35) e inferior a las de Canadá (M= 31.00 y Finlandia M = 31.43), lo que sugiere que en Montería los participantes muestran parcialmente una capacidad para afrontar situaciones adversas de forma autónoma, tolerancia a los efectos negativos y fortaleza frente al estrés, aceptación positiva de los cambios y relaciones seguras.

Por otro lado, con respecto a los niveles de ansiedad y depresión (HADS) a nivel general no se encontraron síntomas clínicos de depresión-ansiedad en nuestros participantes según los puntos de corte de su validación en Colombia (Rico et ál., 2005). Estos resultados son similares a los resultados encontrados con la medición de estas emociones negativas con el HADS hallados en los cortes para adultos mayores de 60 años con una muestra de 1500 personas de ciudades como Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Cartagena y Manizales por Hinz et ál. (2014) y con estudios desarrollados con muestras similares en el Reino Unido y Alemania (Crawford et ál., 2001; Hinz y Brähler, 2011).

Acerca de los puntajes de apoyo social percibido, medidos con el cuestionario DUKE UNC, tienen un puntaje superior a 32 puntos lo que indica un apoyo normal según los criterios de (Bellon et ál., 1996; Broadhead et ál., 1988; de la Revilla et ál., 1991). Una fuerte disponibilidad percibida de apoyo social aumenta la confianza de las personas para hacer frente a las situaciones estresantes diarias en personas mayores (Ayala et ál., 2012).

Por lo que corresponde a los niveles de autoestima positiva medidos con el cuestionario RSE presentan puntajes muy altos. Una persona desarrolla un sentimiento de autoestima como resultado de experiencias positivas y negativas en la vida (Ryszewska et ál., 2022). Cabe destacar que las personas mayores que tienen confianza en sí mismos presentan una mayor autoestima y son más capaces de afrontar los problemas psicosociales (Orth et ál., 2018). Además, la autoestima es un elemento importante en los procesos de adaptación y no depende de la edad, sino del nivel de integración social y de la capacidad para afrontar situaciones vitales difíciles (García et ál., 2018; Meira et ál., 2017).

En tanto a los niveles de la escala abreviada de afrontamiento religioso positivo los participantes de nuestro estudio presentaron puntajes altos. Estos resultados concuerdan con estudios en un país como Colombia donde el 82 % de la población se considera religiosa (WIN-Gallup International, 2012). El afrontamiento religioso puede ser conceptualizado como estilo de afrontamiento significativo en personas religiosas y puede desempeñar un papel en el modo en que las personas revaloriza las pérdidas, el sufrimiento y los momentos adversos de la vida (Desmet et ál., 2022; Koenig, 2000), además, afirma que las creencias religiosas pueden ser un mecanismo de afrontamiento útil porque proporcionan un sentido y un propósito durante la existencia, especialmente en la vejez.

Con respecto al análisis de las correlaciones, se encontraron relaciones positivas significativas entre resiliencia y la autoestima. La resiliencia afecta positivamente a la satisfacción vital y al malestar psicológico a través de los efectos mediadores de la autoestima. La alta autoestima se ha considerado un factor protector de la resiliencia y, al mismo tiempo, la resiliencia se considera un factor promotor de la autoestima (Liu et ál., 2014). Además, las correlaciones positivas entre autoestima y afrontamiento religioso positivo concuerdan con estudios anteriores en esta área y un número creciente de investigaciones han planteado que la autoestima media la relación entre la espiritualidad y el bienestar (Gabova et ál., 2021; Joshanloo y Daemi, 2015).

Finalmente, relaciones positivas entre autoestima y apoyo social. La autoestima, por un lado, se refiere a la sensación general de un individuo de su valor o valía y, por otro, el apoyo social se describe como la interacción entre las personas que incluye la expresión de afecto, la afirmación de los comportamientos y la ayuda material. La investigación en el área ha sugerido que las personas con mayores habilidades emocionales pueden reconocer y gestionarse a sí mismos y, por tanto, son más propensos a mejorar su autoestima. De otro modo, el efecto mediador del apoyo social sugiere que los individuos pueden reconocer y gestionar las emociones de los demás, son más propensos a

mejorar su apoyo social, lo que también contribuye a aumentar su satisfacción vital (Fernández y Manrique, 2010; Kong y You, 2011).

Mientras que las correlaciones negativas entre las variables depresión-ansiedad con las variables autoestima y apoyo social secundan los estudios que indican que la baja autoestima está estrechamente relacionada con la ansiedad y depresión en la vejez (Sare et ál., 2021), los niveles de apoyo social son inversamente proporcionales a los niveles de ansiedad-depresión (Garipey et ál., 2016).

Estos resultados tienen puntos de contacto con las investigaciones de Curcio et ál. (2017) en relación con papel que desempeña la religión y autopercepción de salud como indicadores de envejecimiento exitoso. Por otro lado, creemos que fue significativo en los buenos resultados del estudio el trabajo sistemático llevado durante diferentes años por una fundación en estos dos barrios donde se trabajaron sistemáticamente factores asociados a la modificación de factores de estilo de vida negativos en los habitantes de estas comunidades, incluyendo adultos mayores. Futuros estudios deberán ser desarrollados para confirmar estos hallazgos teniendo en cuenta aspectos como la evaluación de adultos en otros contextos marginados, el tamaño de la muestra y la población de zonas rurales, además de estudios longitudinales con el fin de determinar si las puntuaciones encontradas en esta investigación se mantienen en el tiempo. Como limitaciones del estudio encontramos que la muestra no fue aleatoria y que el estudio fue de tipo transversal.

Referencias

- Amador, Y. D. (2020). Evaluación de la funcionalidad y grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Revista Cubana de enfermería*, 36(3), 1-16.
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M. J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G. y Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario de apoyo social funcional y de la escala de soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C. y Taylor, E. P. (2001) Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal Clinical Psychology*, 40(4), 429-434.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Caetano, S. C., Silva, C. M. y Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: A population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics*, 3, 122. doi: 10.1186/1471-2318-13-122.
- Campbell, L. y Stein, M. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Trauma Stress*, 20, 1019-1028. doi: 10.1002/jts.2027

- Cano-Gutiérrez, C., Bordaz, M. G., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A. J. y Samper-Ternent, R. (2017). Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 37(Suppl 1), 57-65.
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C. y Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal Clinical Psychology*, 40(4), 429-434.
- Curcio, C. L., Pineda, A., Quintero, P., Rojas, Á., Muñoz, S. y Gómez, F. (2018). Successful Aging in Colombia: the role of disease. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 1-11.
- Curcio, C. L., Pineda, A., Rojas, Á. M., Muñoz, S. L. y Gómez, F. (2017). Envejecer bien: Un estudio sobre el envejecimiento exitoso y sus determinantes. *Revista Médica Sanitas*, 20(4), 190-204.
- Custodio, N., Herrera E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.
- De la Revilla, L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M. A. y Fleitas L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2021a). Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2021b). Adulto Mayor en Colombia: características generales.
- Desmet, L., Dezutter, J., Vandenhoeck, A. y Dillen, A. (2022) Religious coping styles and depressive symptoms in geriatric patients: Understanding the relationship through experiences of integrity and despair. *International Journal. Environent. Research and. Public Health*, 19, 3835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073835>
- Díaz, R., Marulanda, F. y Martínez, M. H. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Revista Acta Neurológica Colombiana*, 29,141-151.
- Elgart, S. B. (2019). *Análisis de los vínculos de amistad y cambios de la red de apoyo social en la vejez* (Doctoral dissertation).
- Etxebarria, E. J., Iturrioz, E. B. y Alboniga-Mayor, J. J. (2018). Competencia emocional en las personas mayores. *Jornadas de Investigación en Psicodidáctica* (25.ª Vitoria-Gasteiz), 19.
- Fernandes de Araújo, L. y Bermúdez, M. D. L. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
- Fernández, R. y Manrique, F.G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, (19). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es&tlng=es.
- Gabova, K., Malinakova, K. y Tavel, P. (2021) Associations of self-esteem with different aspects of religiosity and spirituality. *Československá Psychologie*, 65(1), 73-85.
- Gallardo-Peralta, L. y Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2), 169-171.
- García, J. E., García, D. O., García, S. L., Jiménez, M. A. y Dios, R. M. (2018). Influence of physical activity on self-esteem and risk of dependence in active and sedentary elderly people. *Anales de Psicología*, 34, 162-166.

- García-Ramírez, J., Nikoloski, Z. y Mossialos, E. (2020). Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-15.
- Garipey, G., Honkaniemi, H. y Quesnel-Valle, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 284-293. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094
- Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. y VallejoMedina, P. (2016). Adaptation, validation, reliability, and factorial equivalence of the Rosenberg self-esteem scale in Colombian and Spanish population. *Spanish Journal of Psychology*, 19, E66. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2016.67>
- González, N., Bilbao, A., Forjaz, M. J., Ayala, A., Orive, M., García-Gutiérrez, S., Hayas, C. L., Quintana, J. M. y OFF (Older Falls Fracture)-IRYSS group. (2018). Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. *Aging Clinical Experimental Research*, 30(5), 489-497. doi: 10.1007/s40520-017-0809-5
- González-Rivera, J. A. y Pagán-Torres, O. M. (2018). Desarrollo y validación de un instrumento para medir estrategias de afrontamiento religioso. *Revista Evaluar*, 18(1), 70-86.
- Guerrero-Martelo, M., Galv, G., Francisco, V., Gina, L. y Morales, D. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad/Relationship Between Self-Esteem and Functional Autonomy in Elderly Adults in Vulnerable Conditions. *Psicogente*, 18(34).
- Guillen-Moya, M. J., Jiménez-Alcocer, K. A., Ramírez-Elizondo, N. y Ceballos-Vásquez, P. (2021). Autoestima global y calidad de vida relacionada con salud percibida por adultos mayores. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 9-13.
- Hernández, A. L. y Rodríguez, J. (2012). *Influencia de la depresión, resiliencia y apoyo social sobre la calidad de vida de las personas de la tercera edad de la ciudad de Bogotá* (tesis de pregrado), Universidad de San Buenaventura, Bogotá.
- Hernández Vergel, V. K., Solano Pinto, N. y Ramírez Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530-543.
- Hinz, A. y Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal Psychosomatic Research*, 71(2), 74-78.
- Hinz, A., Finck, C., Gómez, Y., Daig, I., Glaesmer, H. y Singer, S. (2014). Anxiety and depression in the general population in Colombia: reference values of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 49(1), 41-49.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Cepal.
- Joshanloo, M. y Daemi, F. (2015). Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran. *International Journal of Psychology*, 50(2), 115-120.
- Koenig, H. G. (2000). Religion, well-being, and health in the elderly: The scientific evidence for an association. En J. A. Thorson (ed.), *Perspectives on Spiritual Well-Being and Aging* (pp. 84-97). Charles C Thomas Publisher.
- Kong, F. y You, X. (2011). Loneliness and self-esteem as mediators between social support and life satisfaction in late adolescence. *Social Indicators Research*. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9930-6>

- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. D. C., Campo Torregroza, E. y Martín Carbonell, M. D. L. C. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Medical Journal*, 13, 61-65.
- Meira, S. S., Vilela, A. B. A., Casotti, C. A. y Silva, D. M.d. (2017). Self-esteem and factors associated with social conditions in the elderly. *Revista Pesquisa Cuidado*, 9, 738-744.
- Meléndez, J. C., Delhom, I., Bueno-Pacheco, A., Reyes, M. F. y Satorres, E. (2022). Emotional intelligence predicting ego integrity in healthy older adults. *Aging & Mental Health*, 1-6.
- Moreno, J. A. P., Núñez, N. I. M. y Aguilar, F. L. M. (2011). *Manual de práctica básica del adulto mayor*. Editorial El Manual Moderno.
- Orth, U., Erol, R. Y. y Luciano, E. C. (2018). Development of Self-Esteem from Age 4 to 94 Years: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 144, 1045-1080.
- Levasseur, M., Roy, M., Michallet, B., St-Hilaire, F., Maltais, D. y Génèreux, M. (2017). Resilience, community belonging and social participation among community-dwelling older women and men: Results from the Eastern Townships Population Health Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98, 2422-2432.
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C. et ál. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personal Individual Differences*, 66, 92-97.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ortega-Lenis, D. y Méndez, F. (2019). Survey on health, well-being and aging. SABE Colombia 2015: Technical report. *Colombia Médica: CM*, 50(2), 128.
- Paredes Arturo, Y. V. y Yarce Pinzón, E. (2018). Desempeño funcional en un grupo de adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(4), 92-100.
- Pargament, K., Feuille, M. y Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current 108 psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. y Pérez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724
- Peterson, N. M. y Martin, P. (2015). Tracing the origins of success: Implications for successful aging. *The Gerontologist*, 55, 5-13.
- Ponce, M. S. H., Rosas, R. P. E. y Lorca M. B. F. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48, 739-749.
- Reyes, M. F., Satorres, E., Delhom, I., Bueno-Pacheco, A. y Meléndez, J. C. (2021). Coping and Life Satisfaction in Colombian Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10584.
- Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.

- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2016). Análisis psicométrico del Connor-Davidson Scale (CD-RISC10) en población colombiana con enfermedad crónica. *Salud y Sociedad*, 7(2), 130-137.
- Ryszewska, D., Tobis, S., Kropinska, S., Wieczorowska-Tobis, K. y Talarska, D. (2022). The Association of Self-Esteem with the Level of Independent Functioning and the Primary Demographic Factors in Persons over 60 Years of Age. *International Journal Environmental. Research and Public Health*, 19, 1996.
- Rondón, M. E. B. y Rodríguez, T. M. L. (2020). Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. Perspectivas desde la UNEFM. *Dominio de las Ciencias*, 6(1), 215-235.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sánchez, M. I. S., de Pedro, M. M. y Izquierdo, M. G. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166.
- Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S. y Konjevoda, S. (2021). Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. *Healthcare*, 9(8), 1035. doi: 10.3390/healthcare9081035.
- Sandoval-Carlos, K. C., García-Sánchez, M. D. y Luis-Delgado, O. E. (2019). Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(1), 79-90.
- Trejos Herrera, A. M., Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Vinaccia-Alpi, S., González-Gutiérrez, O., Llinás, H. y Quevedo-Barrios, D. (2023). Propiedades psicométricas de la escala breve de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE) en adultos colombianos. *Rev. CES Psico*, 16(1), 193-210
- Tourunen, A., Siltanen, S., Saajanaho, M., Koivunen, K., Kokko, K. y Rantanen, T. (2021). Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson resilience scale among Finnish older adults. *Aging and Mental Health*, 25(1), 99-106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1683812>
- Velasco, X., Salamanca, E. y Velasco, Z. J. (2019). Funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio - Colombia. *Revista Ciencia. Cuidado*, 16(3), 70-79.
- Vinaccia Alpi, S., Gutiérrez, K. V. y Escobar, M. A. (2021). Calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, Colombia. *Diversitas*, 17(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.7079>
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- WIN-Gallup International. (2012). Global index of religiosity and atheism. *WIN-Gallup International*.