

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA "ESCALA DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO"

Nissa Yaing Torres Soto¹, Víctor Corral Verdugo², Nadia Saraí Corral Frías² y María de Lourdes Rojas Armadillo¹

¹Universidad de Quintana Roo; ²Universidad de Sonora (México)

Resumen

El autocuidado constituye un conjunto de acciones y comportamientos que contribuyen a mantener la vida, la salud y el bienestar de los individuos y representa un constructo de relevancia en diversas áreas de la psicología. El propósito del presente estudio fue desarrollar la "Escala de conductas de autocuidado" y evaluar sus propiedades psicométricas. La muestra incluyó a 235 personas ($M= 29,11$ años; $DT= 10,53$) de México, siendo el 61,3% mujeres. Para analizar la estructura de la escala se realizó un análisis factorial exploratorio, que reveló la existencia de tres factores (físico, psicológico y espiritual) que explicaron el 54,18% de la varianza total. Un análisis de covarianzas de tres factores produjo índices de bondad de ajuste adecuados y el cálculo de varianza media extraída. La escala obtuvo evidencias de validez convergente y discriminante. Los índices de consistencia interna de la puntuación total y las subescalas fueron elevados (entre 0,93 y 0,96). La correlación significativa entre estos factores con variables personales arrojó pruebas sobre la validez concurrente de la escala.

PALABRAS CLAVE: *conductas de autocuidado, autocuidado físico, autocuidado psicológico, autocuidado espiritual.*

Abstract

Self-care constitutes a series of actions and behavior that contributes to an individual's life, health and well-being maintenance, and represents a relevant construct in diverse psychological areas. The purpose of the present study was to develop the Self-Care Scale to evaluate its psychometric properties. The sample included 235 individuals ($M= 29.11$ years, $SD= 10.53$) from the north area of Mexico. To analyze the structure, a factorial exploratory analysis, revealed the existence of three factors (physical self-care, psychological self-care, spiritual self-care) that would explain 54% of total covariance. A three-factor analysis of covariance allowed adequate goodness-of-fit indices and the calculation of the mean variance extracted. The scale obtained evidence of convergent and discriminant validity. The internal consistency indices of the total score and the subscales were high (between .93 to .96). The significant correlation between these

factors with personal variables provided evidence of the concurrent validity of the scale.

KEY WORDS: *self-care behavioral, physical self-care, psychological self-care, spiritual self-care.*

Introducción

Las conductas de autocuidado se refieren a un conjunto de habilidades que desarrolla el individuo para conservar su propia vida, salud y bienestar (Orem, 2001). Constituye un compromiso ético, moral y consciente que permite controlar las afecciones sanitarias, regular el funcionamiento y el desarrollo humano (Richard y Shea, 2011). Este término ha sido abordado desde diferentes campos disciplinares, aunque se ha desarrollado especialmente desde la literatura sanitaria (Godfrey *et al.*, 2011; Lommi, Matarese, Alvaro, Piredda y De Marinis, 2015). La mayoría de los estudios se han centrado en evaluar el autocuidado en pacientes clínicos (Gao *et al.*, 2013; Shrivastava, Shrivastava y Ramasamy, 2013), en adultos mayores (Campos-García, Oliver, Tomás, Galiana y Gutiérrez, 2018; Jung, Kim, Bishop y Hermann, 2019) y en los profesionales de la salud pública (Magno, 2020; Unadkat y Farquahar, 2020). Recientemente la psicología ha examinado el papel del autocuidado en la promoción del bienestar y la salud psicológica, particularmente en los profesionales de la salud mental (Dorociak, Rupert, Bryant y Zahniser, 2017; Jiang, Topps y Suzuki, 2020; Posluns y Lynn, 2020). Se ha comprobado que las personas que practican conductas de autocuidado comprenden que dichas acciones no solo traen beneficios positivos al bienestar personal, sino que contribuye al desarrollo de conductas prosociales (altruistas, equitativos) y proambientales (frugales, proecológicos) (Corral-Verdugo, Pato y Torres-Soto, 2021).

Diversas investigaciones concuerdan con la existencia de una estructura tridimensional del autocuidado constituido por el autocuidado físico (cuerpo), interior (mente) y social (relaciones interpersonales) (Campos-García *et al.*, 2018; Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015) mientras que, desde una perspectiva teórica, Corral, Caso y Frías (2017) sostienen que el autocuidado está básicamente compuesto por tres dimensiones (físico, psicológico y espiritual).

El autocuidado físico comprende un conjunto de destrezas que se emplean para mejorar el funcionamiento físico y prevenir o controlar enfermedades. Los procesos vitales del organismo requieren consumo de agua, acceso al aire limpio, protección de la salud, la revisión médica periódica, el acceso a los recursos de atención sanitaria y la evitación al daño corporal (Butler, Mercer, McClain-Meeder, Horne y Dudley, 2019; Corral *et al.*, 2017). Mantener una dieta sana, hábitos de higiene personal, realizar ejercicio físico, la higiene del sueño y realizar actividades de recreación son algunos ejemplos de acciones de autocuidado físico (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015; Harrison y Westwood 2009; Hernández, 2016).

El autocuidado psicológico incluye prácticas que llevan a un buen funcionamiento de la salud mental permitiendo hacer frente a condiciones emocionales de angustia o alteraciones en la vida (Vidal-Blanco, Oliver, Galiana y Sansó, 2019). Representa una práctica esencial para prevenir el mal manejo de

situaciones de estrés, agotamiento y deterioro personal (Barnett, Baker, Elman y Schoener, 2007). Estudios previos demuestran que el déficit de autocuidado psicológico se relaciona con el síndrome del quemado (*burnout*), síntomas de estrés y mayor riesgo de deterioro de la salud (Butler, Carello y Maguin, 2017; Santana y Fouad, 2017).

El autocuidado espiritual hace referencia a cómo las personas se relacionan con su subjetividad, incluyendo la creencia de las relaciones con los demás y la conexión existencial que se establece con un ente superior, sintiéndose conectadas con el mundo (White, Peters y Schim, 2011). Este es influido por las disposiciones hacia la espiritualidad y es útil para motivar a las personas a establecer relaciones positivas y recíprocas con los otros, reparando relaciones y/o participando como voluntarias en grupos de ayuda mutua (Liu *et al.*, 2008). El autocuidado espiritual también implica entrar en contacto con la espiritualidad a través del desarrollo de actividades como la oración, la meditación, la atención plena, el yoga o Tai Chi, ponerse en contacto con la naturaleza, participar en grupos religiosos o de autoayuda (Puchalski *et al.*, 2019; Steinhorn, Din y Johnson, 2017; White y Myers, 2013; Butler *et al.*, 2019). Se ha documentado que participar en acciones espirituales trae beneficios a la salud física y mental especialmente en la etapa de la adultez (Barreto *et al.*, 2015; Koenig, 2018). Esto puede ser a través de su rol moderador entre el estrés ocupacional y el agotamiento emocional (Chirico, Sharma, Zaffina y Magnavita, 2020; Rushton, Batcheller, Schroeder y Donohue, 2015).

Así como el autocuidado parece tener ventajas específicas en la salud física, también parece actuar como un factor protector del bienestar psicológico. La evidencia empírica ha probado que el autocuidado físico disminuye los síntomas de ansiedad, estrés, dolor, depresión y los problemas relacionados con el sueño (Anderson, King, Stewart, Camacho y Rejeski, 2005; Callaghan, 2004; Gerber, Jonsdottir, Lindwall y Ahlborg, 2014). Otros estudios han mostrado que aumentar la frecuencia del ejercicio físico trae beneficios importantes a la salud mental, ya que previene de enfermedades mentales y contribuye de forma importante al bienestar (Mandolesi *et al.*, 2018) siendo el optimismo un predictor significativo de la salud física (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009).

En la actualidad existen algunas medidas diseñadas para evaluar las prácticas de autocuidado (Cook-Cottone y Guyker, 2018; Dorociak *et al.*, 2017; Jiang *et al.*, 2020; Lee, Miller y Bride, 2020), sin embargo, se carece de estudios que evalúen de forma conjunta el autocuidado físico, psicológico y espiritual. Por esta razón, resulta pertinente llevar a cabo una verificación empírica de la estructura trifactorial del autocuidado. A partir de los planteamientos anteriores, el objetivo del presente estudio fue diseñar y validar una escala de conductas de autocuidado formada por tres factores en una muestra mexicana.

Método

Participantes

La muestra fue seleccionada al azar usando la fórmula para población conocida (coeficiente de confianza= 1,96; probabilidad de éxito= 0,05; margen de error=

0,05) (Fahim y Negida, 2019). Incluyó 235 participantes de una ciudad de México, cuyas principales características se incluyen en la tabla 1.

Instrumentos

- a) Cuestionario de datos sociodemográficos *ad hoc*. Se pasó este cuestionario para recoger información relativa a la edad, ingreso económico, escolaridad, peso corporal, enfermedades, consumo de alcohol y tabaco, acceso a servicios médicos, práctica de actividades deportivas e involucramiento en actividades religiosas.
- b) “Escala de conductas de autocuidado” (ECA). Esta escala fue diseñada para la presente investigación y está compuesta por 52 ítems que miden tres dimensiones de autocuidado: físico (20 ítems), psicológico (23 ítems) y espiritual (9 ítems), con cinco opciones de respuesta de tipo Likert (1= nunca, 2= casi nunca, 3= ocasionalmente, 4= casi siempre a 5= siempre) (ver anexo). Este cuestionario inicialmente estuvo formado por 61 ítems distribuidos así en las tres dimensiones de autocuidado: físico (29 ítems), psicológico (23 ítems) y espiritual (9 ítems). Se tomó como referencia el cuestionario “Cuidado consigo mismo” de Corral-Verdugo *et al.* (2021), formado por 18 ítems que se responden en una escala Likert de cinco puntos (de 0= nunca a 4= todos los días). Su nivel de consistencia interna es alto ($\alpha = 0,94$) y las saturaciones factoriales significativas entre los ítems ($p < 0,05$) estaban entre 0,58 y 0,82 (Corral-Verdugo *et al.*, 2021). Esta escala evalúa comportamientos como el ejercicio físico, ingerir alimentos saludables, promover emociones positivas, mantener relaciones positivas con los demás y practicar la meditación. Un primer ejercicio implicó ampliar el número de ítems originales sin perder el contenido teórico que sustenta al constructo y clasificando las conductas de autocuidado (físico, psicológico y espiritual). Para la subescala de *Autocuidado psicológico* se crearon 11 ítems basándose en la “Escala de inteligencia emocional percibida” (*Trait Meta-Mood Scale*, TMMS-24; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995), adaptada al español por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), que mide el metaconocimiento de los estados emocionales a través de 24 ítems agrupados en tres dimensiones: atención a las emociones ($\alpha = 0,80$), claridad emocional ($\alpha = 0,75$) y reparación emocional ($\alpha = 0,74$). El nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,83 para la escala total. Para la subescala de *Autocuidado espiritual* se tomó como referencia la “Escala de prácticas de autocuidado espiritual” (*Spiritual Self-care Practices Scale*) (White, 2016) que está compuesta por 35 ítems agrupados en cuatro dimensiones: 1) *prácticas de cuidado personal* ($\alpha = 0,89$), con 14 ítems que miden acciones como hacer tiempo para uno mismo, comer alimentos saludables, sentirse en paz y/o en armonía, descansar, dar amor, seguir ordenes médicas, mantener un sentido de esperanza para el futuro, risa, perdón, encontrar significado a la vida, mantener relaciones positivas, hacer preguntas sobre ordenes médica y ayudar a otras personas; 2) *prácticas espirituales* ($\alpha = 0,85$), con nueve ítems que miden accio-

Tabla 1

Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas de los participantes (N= 235)

Variable	n	%	Variable	n	%
Sexo			Religión		
Mujer	144	61,3	Católica	185	78,7
Hombre	91	38,7	Cristiana	16	6,8
Rango de edad			Budista	2	0,9
18-29	96	40,9	Testigo de Jehová	2	0,9
30-49	55	23,4	Judía	2	0,9
50-69	84	35,7	Evangélica	3	1,3
Peso (Kg)			Adventista	1	0,4
45-65	97	41,3	Ateo	24	10,2
66-86	93	39,6	Enfermedad que padece		
87-107	36	15,3	Ninguna	183	77,9
108-128	7	3,0	Obesidad	26	11,1
129-150	2	0,9	Hipertensión arterial	5	2,1
Escolaridad			Deficiencia nutricional	5	2,1
No estudió	9	3,8	Enfermedad del corazón	5	2,1
Primaria	3	1,3	Diabetes	5	2,1
Preparatoria	15	6,4	Artritis	4	1,7
Carrera técnica	30	12,8	Otra	2	0,9
Universidad	135	57,4	Actividad deportiva		
Posgrado	43	18,3	Ninguna	57	24,3
Ingreso mensual familiar			1 por semana	47	20,0
≤ \$2, 500	1	4,0	2-3 veces por semana	68	28,9
\$2,501 a \$5,000	65	27,7	> tres veces por semana	63	26,8
\$5,0001 a \$10,000	65	27,7	Cigarrillos		
\$10,001 a \$20,000	67	28,5	Nunca	190	80,9
\$20,001 a \$40,000	5	2,1	1 por semana	16	6,8
≥ \$40,0001	32	13,6	2-3 veces por semana	11	4,7
Estado civil			> 4 veces por semana	2	0,9
Casado	109	46,4	Todos los días	16	6,8
Soltero	95	40,4	Bebidas alcohólicas		
Divorciado	11	4,7	Nunca	129	54,9
Unión libre	20	8,5	1 por semana	86	36,6
Servicio médico			2-3 veces por semana	17	7,2
INSABI	75	31,9	> 4 veces por semana	2	0,9
IMSS	73	31,1	Todos los días	1	0,4
ISSSTE	64	27,2			
Ninguno	23	9,8			

Nota: INSABI= Instituto de Salud para el Bienestar; IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE= Instituto de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

nes como asistir a servicios religiosos, contribuir a un grupo religiosos, orar, consultar a un consejero espiritual, vivir una vida moral, meditar, contemplar o reflexionar, leer para buscar inspiración, reparar relaciones rotas y resolver conflictos; 3) *prácticas físicas espirituales* ($\alpha= 0,69$), con cinco ítems que miden la participación en actividades físicas, dar limosna a los pobres o realizar otros actos de caridad, participar como voluntario, caminar y practicar yoga o tai-chi; y 4) *prácticas espirituales interpersonales* ($\alpha= 0,66$), con siete ítems que analizan el seguimiento de una dieta especial, el mantener amistades, pasar tiempo con la familia y amigos, tener una conversación significativa con los demás y recibir amor. La consistencia interna para la escala total es alta ($\alpha= 0,91$), lo que indica que la escala es fiable. A partir de estos dominios, se diseñaron ocho ítems para la subescala de autocuidado espiritual de la ECA.

Procedimiento

La encuesta fue diseñada en el software Qualtrics y compartida a través de redes sociales y página web. Previo a la participación, se obtuvo el consentimiento informado de las personas y se explicó sobre el carácter anónimo, confidencial y voluntario de sus datos personales. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de Sonora (CEI-UNISON).

Análisis de datos

Se evaluó normalidad de los datos mediante las pruebas de asimetría y curtosis. Se obtuvieron las estadísticas univariadas y se realizó el análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach) utilizando SPSS. Mediante este mismo paquete estadístico se desarrolló un análisis factorial exploratorio (AFE). Se utilizó el método de componentes principales dado que permite extraer una máxima varianza para cada factor (Chen, Chen y Jin, 2011). Adicionalmente, se utilizó la rotación Varimax, tomando como criterio de inclusión ítems con peso factorial $\geq 0,40$ (Pituch y Stevens, 2016). Se probó el índice de KMO (medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin) y la prueba de esfericidad de Bartlett (Field, 2013).

Para estimar la validez, se especificó y probó un modelo de covarianzas, dentro de un análisis factorial confirmatorio, utilizando el paquete estadístico EQS (Bentler, 2006). Dada la cantidad de ítems y una muestra pequeña para estimar modelos de ecuaciones estructurales, se computaron tres parcelas por cada factor (Hau y Marsh, 2004). Los índices de bondad de ajuste estadística utilizados en este modelo fueron el chi-cuadrado, así como los índices de bondad de ajuste práctica: Bonett de ajuste normado (BBNFI) y el Índice Bentler-Bonett de ajuste no normado (BBNFI), además del RMSEA permitiendo considerar la pertinencia del modelo (O'Boyle y Williams, 2011).

Se realizó un procedimiento adicional para la validación convergente y divergente de constructo, la extracción de la varianza media extraída (VME) así como la raíz cuadrada de la VME (RCVME) tomando como base los supuestos de Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham (2009). Para calcular la VME se extrajeron los pesos factoriales de cada factor (λ), se elevaron al cuadrado, se sumaron y se dividieron

por el número total de indicadores. Se calculó RCVME obteniendo la raíz cuadrada del VME (validez convergente: $VME > 0,50$; validez divergente RCVME > valor de las covarianzas entre los factores) (Henseler, Ringle y Sinkovics, 2009). Finalmente, para obtener indicadores de validez concurrente se computó una matriz de correlación de Pearson para observar las interrelaciones entre los factores del autocuidado y las características sociodemográficas.

Resultados

Análisis factorial exploratorio

La estructura factorial presentó tres dimensiones que explican el 54,18% de la varianza total, con un alto índice de consistencia interna ($\alpha = 0,95$). La medida de adecuación muestral (KMO= 0,90) y la prueba de esfericidad de Bartlett resultaron aceptables (14511,12; $p < 0,001$). Ambos valores indicaron un adecuado ajuste del análisis factorial para el conjunto de ítems (tabla 2). Cabe mencionar que se suprimieron ítems con $\lambda < 0,40$ y se eliminaron nueve ítems del componente de autocuidado físico (4, 5, 9, 11, 17, 18, 19, 22, 28) lo que resultó un total de 52 ítems para la escala final de autocuidado, dividida en tres subescalas (autocuidado físico= 20, autocuidado psicológico= 23, autocuidado espiritual= 9). Los estadísticos de comunalidad (η^2) resultaron superiores a 0,50, (67%), lo que muestra que la solución factorial logró explicar altas proporciones de varianza para cada ítem sometido a validación.

Tabla 2

Medias, desviaciones típicas, saturaciones factoriales rotadas y comunalidades (η^2) para los ítems de los factores del autocuidado

Ítems	M	DT	Saturaciones factoriales			η^2
			1	2	3	
1. Hago algún tipo de actividad física.	3,64	0,80	0,795	0,013	0,018	0,633
2. Procuero alimentarme con comidas saludables.	3,80	0,82	0,828	0,179	-0,002	0,718
3. Acostumbro a alternar la posición de mi cuerpo a lo largo del día para preservar mi salud.	3,77	0,79	0,775	0,046	0,034	0,604
6. Frecuentemente examino mi cuerpo para verificar si hay algún cambio.	3,78	0,80	0,873	0,113	0,052	0,777
7. Modero el consumo de sal en mi dieta alimenticia.	3,69	0,96	0,745	0,044	0,077	0,563
8. Duermo lo suficiente para sentirme descansado.	3,68	0,95	0,761	0,036	0,088	0,589
10. Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde.	3,77	0,93	0,736	0,081	0,060	0,551
12. Hago cambios en mis malos hábitos para mantener mi salud.	3,82	0,81	0,783	0,141	-0,009	0,633

Ítems	M	DT	Saturaciones factoriales			η^2
			1	2	3	
13. Asisto a revisión médica periódica para mantener mi salud.	3,78	0,83	0,830	0,122	-0,002	0,704
14. Antes de consumir un medicamento, procuro informarme sobre los efectos dañinos a la salud.	3,80	0,83	0,833	0,131	-0,004	0,711
15. Trato de no automedicarme cuando padezco algún dolor o enfermedad.	3,71	0,86	0,827	0,094	0,083	0,700
16. Hago cambios en mis hábitos para mantener el peso que me corresponde.	3,83	0,97	0,719	0,140	-0,011	0,536
20. Mantengo prácticas de higiene personal todos los días (higiene dental, lavado de manos, baño, cortar las uñas, etc.).	3,87	0,88	0,813	0,079	0,110	0,679
21. Procuro lavarme los dientes las tres veces al día.	3,98	0,87	0,801	0,075	0,113	0,660
23. Procuro bañarme diariamente.	4,12	0,87	0,668	0,043	0,149	0,470
24. Mantengo mis uñas cortas y limpias.	3,94	0,85	0,715	0,096	0,021	0,520
25. Descanso para recuperar mi salud y energía.	4,00	0,87	0,757	0,101	0,100	0,593
26. Consumo por lo menos tres comidas al día (desayuno, comida y cena).	4,02	0,86	0,646	0,100	0,128	0,444
27. Realizo una dieta balanceada para mantener mi salud.	3,92	0,90	0,708	0,031	0,088	0,510
29. Evito consumir alimentos que perjudican mi salud (grasas, sales, embutidos, dulces, refresco, etc.).	3,96	0,92	0,750	0,133	0,070	0,585
30. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	3,81	1,00	0,074	0,614	-0,015	0,383
31. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	3,77	1,07	0,077	0,639	-0,012	0,414
32. A menudo pienso en mis sentimientos.	3,81	1,06	0,048	0,596	0,043	0,360
33. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	4,17	0,95	0,003	0,625	0,065	0,394
34. Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.	4,20	0,87	0,012	0,668	0,092	0,454
35. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	3,54	1,15	0,089	0,534	0,159	0,318
36. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	3,98	0,98	0,058	0,531	0,187	0,320
37. Hago actividades para descansar de las preocupaciones diarias (leer un libro, hacer algún deporte, salir a correr, entre otros.).	3,93	1,02	0,085	0,616	0,030	0,387
38. Me tomo el tiempo para hacer cosas que me agradan.	4,09	0,90	0,088	0,678	0,047	0,469
39. Procuro mantener el equilibrio entre mi cuerpo, mis emociones y mi mente.	3,90	0,90	0,232	0,731	0,168	0,616
40. Participo en actividades que me ayudan a ser una persona mejor.	3,92	0,96	0,160	0,649	0,248	0,508

Ítems	M	DT	Saturaciones factoriales			η^2
			1	2	3	
41. Hago actividades que me generan bienestar.	3,96	0,90	0,140	0,748	0,097	0,588
42. Procuero conocerme mejor cada día.	3,97	0,97	0,113	0,732	0,162	0,575
43. Hago cosas que me producen placer.	4,07	0,87	0,161	0,765	0,021	0,612
44. Disfruto mantener relaciones sanas con los otros.	4,49	0,67	0,001	0,524	0,059	0,278
45. A diario procuro estar bien conmigo mismo(a).	4,29	0,83	-0,016	0,686	0,138	0,490
46. Después de trabajo (o estudio) procuro recompensarme con cualquier actividad placentera.	4,05	0,96	0,033	0,628	0,127	0,412
47. Cuando percibo que estoy estresado(a) procuro pensar en otras cosas.	3,80	1,00	0,016	0,538	0,152	0,313
48. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	3,94	0,93	-0,002	0,625	0,146	0,412
49. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	4,03	0,97	0,008	0,549	0,220	0,349
50. Me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	4,20	0,79	-0,043	0,693	0,061	0,485
51. Presto mucha atención a cómo me siento.	4,04	0,90	0,101	0,733	0,057	0,550
52. Para mantener mi mente relajada y en calma, practico actividades que me ayuden a sentirme mejor.	4,02	0,90	0,130	0,701	0,164	0,535
53. Experimento satisfacción después de meditar.	2,91	1,35	0,075	0,236	0,668	0,508
54. Recorro a la meditación para encontrar paz y fuerza interior.	2,97	1,35	0,055	0,252	0,583	0,406
55. Realizo actividades espirituales para encontrar armonía con el mundo.	2,86	1,37	0,036	0,255	0,730	0,600
56. Me siento conectado(a) con un ser superior a mi (Dios).	3,48	1,40	0,083	0,137	0,799	0,665
57. Realizo prácticas espirituales para mantener mi salud (yoga, tai chi, meditación, rezar, grupos de convivencia bíblica, lectura de textos espirituales, etc.).	2,79	1,41	0,041	0,169	0,756	0,602
58. Mi relación con un ser superior (dios) me ayuda a amar a los demás.	3,51	1,34	0,088	0,062	0,886	0,797
59. He aprendido a perdonar a otras personas.	3,57	1,30	0,097	0,060	0,869	0,768
60. He aprendido a perdonarme a mí mismo.	3,60	1,30	0,084	0,079	0,873	0,776
61. Busco confort a través de medios espirituales (oración, meditación, asistencia a servicios religiosos o espirituales o tomando conserjería espiritual).	3,08	1,45	0,072	0,188	0,784	0,655

Nota: Factor 1= Autocuidado físico; Factor 2= Autocuidado psicológico; Factor 3= Autocuidado espiritual.

Al factor 1 denominado *Autocuidado físico*, lo integraron 20 ítems que consisten en acciones de cuidado personal que realizan las personas para cuidar su

organismo. Este factor presentó un 28,33% de la varianza total explicada y su nivel de consistencia interna fue alto ($\alpha = 0,96$). El factor 2, nombrado *Autocuidado psicológico* se constituyó por 23 ítems que refieren la percepción que tienen las personas respecto a la regulación emocional y la satisfacción personal. Este factor presentó un 16,89% de varianza total explicada y su nivel de consistencia interna fue alto ($\alpha = 0,94$). Finalmente, el factor 3, denominado *Autocuidado espiritual* se compuso de nueve ítems haciendo referencia a la paz interior que mantiene una persona al estar en conexión con su espíritu, cuerpo y alma. Este factor explica el 8,95% de la varianza total y su nivel de consistencia interna fue alto ($\alpha = 0,93$).

El Autocuidado físico se correlacionó de forma moderadamente baja y significativa con el Autocuidado psicológico ($r = 0,23$), mientras que el Autocuidado psicológico se relacionó positiva, moderada y significativamente con el Autocuidado espiritual ($r = 0,35$); en cambio, la asociación entre el Autocuidado físico y el Autocuidado espiritual resultó baja, aunque significativa ($r = 0,18$). Por otro lado, la edad y el ingreso se asociaron positivamente con cada subescala, mientras que el peso corporal se asoció negativa y únicamente con el Autocuidado físico. Disponer de servicios de asistencia médica, realizar algún tipo de actividad deportiva, tener acceso a servicios de salud y practicar algún tipo de religión se relacionaron positivamente con las tres dimensiones. El padecimiento de algún tipo de enfermedad, el consumo de tabaco y alcohol se asociaron negativa y significativamente con las tres conductas. Finalmente, la escolaridad no se relacionó con ningún tipo de conducta de autocuidado (tabla 3).

Tabla 3

Matriz de correlaciones entre las características sociodemográficas y autocuidado

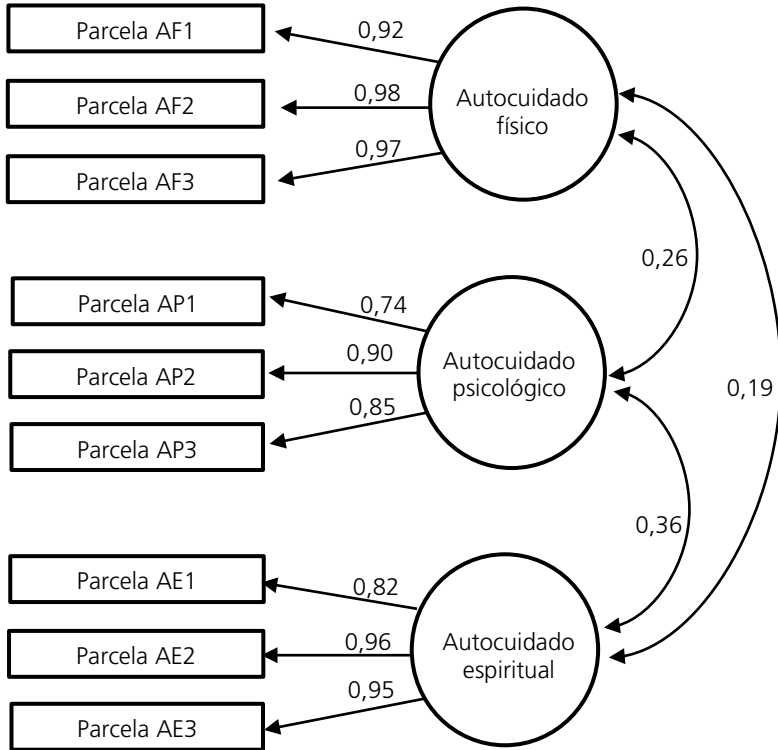
Variables	Autocuidado físico	Autocuidado psicológico	Autocuidado espiritual
Autocuidado físico	1		
Autocuidado psicológico	0,23**	1	
Autocuidado espiritual	0,18**	0,35**	1
Edad	0,16*	0,51**	0,75**
Peso	-0,13*	-0,12	-0,11
Escolaridad	0,11	0,03	-0,01
Ingresos	0,20**	0,20**	0,15*
Padecimiento de enfermedad	-0,20**	-0,24**	-0,33**
Asistencia médica	0,23**	0,28**	0,22**
Actividad deportiva	0,21**	0,22**	0,32**
Servicio médico	0,22**	0,30**	0,24**
Religión	0,20**	0,24**	0,36**
Consumo de tabaco	-0,22**	-0,36**	-0,35**
Consumo de alcohol	-0,21**	-0,27**	-0,32**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En la figura 1, se exponen los resultados del modelo en el que los factores de Autocuidado físico, Autocuidado psicológico y Autocuidado espiritual emergen de manera coherente a partir de las relaciones altas y significativas entre sus indicadores

(parcelas). Las tres covarianzas resultaron significativas ($p < 0,05$). Respecto a los indicadores de bondad de ajuste del modelo, la χ^2 resultó no significativa ($\chi^2[24]=35,28$; $p > 0,05$) y los indicadores prácticos (BBNFI=0,98; BBNFI=0,99; CFI=0,99) así como el RMSEA=0,04 señalan que el modelo teórico se ajusta adecuadamente a los datos empíricos.

Figura 1
Modelo de covarianza de los factores de autocuidado



Notas: AF= Autocuidado físico, AP= Autocuidado psicológico, AE= Autocuidado espiritual.

Las lambdas de los tres factores de autocuidado resultaron aceptables ($0,74 < \lambda < 0,98$). Las VME de cada subescala fueron mayores a 0,50 y la diferencia entre RCVME y las covarianzas resultaron positivas. Por ende, en el modelo de los factores de autocuidado sugieren tanto validez convergente como divergente (tablas 4 y 5).

Tabla 4

Varianza media extraída y raíz cuadrada de varianza media extraída para las escalas de autocuidado

Escalas de autocuidado	Varianza media extraída	Raíz cuadrada de varianza media extraída
Autocuidado físico	0,91	0,95
Autocuidado psicológico	0,69	0,83
Autocuidado espiritual	0,83	0,91

Tabla 5

Diferencia entre la raíz cuadrada de varianza media extraída y las covarianzas de los constructos de autocuidado

Escalas de autocuidado	RCVME - covarianza
Autocuidado físico - Autocuidado psicológico	0,698
Autocuidado físico - Autocuidado espiritual	0,770
Autocuidado psicológico - Autocuidado físico	0,698
Autocuidado psicológico - Autocuidado espiritual	0,471
Autocuidado espiritual - Autocuidado físico	0,728
Autocuidado espiritual - Autocuidado psicológico	0,551

Nota: RCVME= raíz cuadrada de varianza media extraída.

Discusión

Los resultados del presente estudio mostraron que la "Escala de conductas de autocuidado" (ECA) exhibió adecuadas propiedades psicométricas. Su estructura factorial reveló la existencia de tres factores, denominados autocuidado físico, psicológico y espiritual, presentando índices de consistencia interna aceptables tanto para el instrumento total como para las subescalas. Los estadísticos demostraron que el instrumento evalúa un constructo congruente. La escala completa de autocuidado produjo una consistencia interna alta. Así mismo, el análisis factorial confirmatorio produjo valores de lambda altos indicando validez de constructo convergente. La escala también demostró validez discriminante entre las tres dimensiones del autocuidado. Las covarianzas entre los factores fueron menores a los valores de las lambdas entre los factores y sus indicadores, lo cual se considera una evidencia de validez divergente (Corral y Figueredo, 1999). Los valores de varianza media extraída (VME) y la raíz cuadrada de la varianza media extraída (RCVME) corroboraron la presunción de validez convergente y divergente de la medida de autocuidado.

Como se predijo, los factores del autocuidado se correlacionaron entre sí de forma positiva y significativa. Aunque no abundan los estudios en esta área, algunas investigaciones refieren que las personas que practican comportamientos de autocuidado físico comprenden que esas acciones les permiten impactar positivamente en su salud emocional y espiritual (Lustyk, Widman, Paschane y Olson, 2004; White y Myers, 2013). También se ha encontrado que aquellas personas que mantienen prácticas de cuidado físico poseen mayores competencias de regulación emocional y mejores habilidades para manejar situaciones estresantes y agotadoras

(Anderson *et al.*, 2005; Callaghan, 2004; Sansó *et al.*, 2015). Nuestros resultados, en congruencia con la literatura, sugieren que cuidarse físicamente se relaciona con mejoras en aspectos emocionales y espirituales.

Por su parte, el autocuidado emocional puede tener una influencia positiva en actos que impactan la salud física. Algunos estudios sostienen que a mayor conciencia de sí mismo y satisfacción personal mayor es el despliegue de actividades físicas que inciden positivamente en la salud y el bienestar de las personas (Babakhani, 2011). De esta forma, es evidente que el autocuidado psicológico constituye un requerimiento esencial para que las personas puedan asumir hábitos de vida saludables y mantener un buen estado de salud física.

Similar a lo encontrado por Bloomquist, Wood, Friedmeyer-Trainor y Kim (2015), nuestros hallazgos mostraron una asociación más alta entre autocuidado psicológico y autocuidado espiritual. Una persona que ha aprendido a autorregular sus emociones posee mayor conciencia sobre sus propias necesidades humanas y mayor capacidad para mantener y promover acciones espirituales (Myers *et al.*, 2012). Investigaciones anteriores han demostrado que la conciencia de sí mismo tiene un efecto directo en la regulación emocional y éste, a su vez, impacta de manera positiva en el autocuidado espiritual y el bienestar (Richards, Campenni y Muse-Burke, 2010). Se ha encontrado que esta relación funciona de manera recíproca, ya que la atención plena, puede tener un efecto positivo en el autocuidado psicológico (Brown y Ryan, 2003) y contribuye al bienestar general de las personas, actuando como factor protector de la salud física, mental y emocional (Valiente-Barroso, Sáiz-Obeso y Martínez-Vicente, 2021). Así mismo, personas con buena autorregulación emocional poseen mayores posibilidades de cuidar su espiritualidad a través de acciones como la meditación, el yoga, la paz interior, entre otras (White y Myers, 2013). Estas acciones impactan de manera positiva a la salud física y emocional (Parsian y Dunning, 2009). Lo anterior sugiere un modelo de salud con implicaciones orgánicas, emocionales y de trascendencia espiritual.

En congruencia con la literatura que muestra niveles menores de prácticas saludables en población joven, nuestros resultados produjeron una correlación positiva entre edad y autocuidado (Fortuna, Robbins y Halterman, 2009). El ingreso económico también tuvo una relación negativa, sugiriendo que una mayor afluencia económica resulta en mayor acceso a servicios (médicos, gimnasio, nutrición). Estos hallazgos han sido documentados en previas investigaciones que advierten que el ingreso económico condiciona las conductas de autocuidado (Walker, Gebregziabher, Martin-Harris y Egede, 2014; Yee, McGuire, Taylor, Niznik y Simon, 2015). Replicando previos estudios, padecer enfermedades y consumir sustancias nocivas correlacionaron negativamente con el autocuidado (Rodríguez-Muñoz, Carmona-Torres y Rodríguez-Borrego, 2020).

La literatura sustenta que la práctica religiosa y la espiritualidad pueden aumentar prácticas de autocuidado (Heidari, Rezaei, Sajadi, Ajorpaz y Koenig, 2017; Sharif Nia *et al.*, 2017) y la salud física y mental (Goudarzian *et al.*, 2019; Koenig, 2015). De la misma forma, las investigaciones sistemáticas respaldan el argumento de que la participación religiosa y espiritual tiene efectos positivos en la salud emocional (Koenig, 2009), ya que contribuye al bienestar, florecimiento personal y la prosperidad (Park y Slattery, 2013). Adicionalmente, la religiosidad se relaciona

con un menor consumo de sustancia nocivas, actividad física, dieta balanceada y prácticas sexuales seguras (Jim *et al.*, 2015; Koenig, 2015; Koenig, 2012). Todos estos resultados resaltan la importancia de educar a la población a mantener prácticas de autocuidado de manera consciente y razonada, no solo para mejorar la salud y prevenir enfermedades, sino también para impactar de forma positiva en el bienestar. Esto es especialmente relevante en las condiciones actuales de proliferación de enfermedades crónico-degenerativas e infecciones transmisibles.

El presente estudio no está exento de limitaciones. Se evaluó el autocuidado a través de autoinforme, técnica sujeta a cierto grado de subjetividad y deseabilidad social. Aunque el uso de medidas alternativas no es tan fácil y conveniente, estudios futuros podrían utilizar métodos alternativos. Esto podría incluir la implementación de estrategias específicas de autocuidado, a través de un diseño experimental para efectuar comparaciones con grupos controlados. Sería recomendable, desarrollar estudios longitudinales para evaluar la estabilidad y el ajuste del modelo de autocuidado. Otra limitación es que la escala fue aplicada durante los meses iniciales de la pandemia del Covid-19, lo que podría suponer una posible exacerbación de las conductas de autocuidado. Finalmente, este estudio se realizó con una muestra del noroeste de México, lo que dificulta la generalización de los resultados a otros contextos mexicanos o latinoamericanos. Es necesario realizar nuevos estudios en una amplia variedad de contextos socioculturales.

A pesar de estas limitaciones, la investigación aquí reportada podría brindar una importante contribución. Las tres dimensiones podrían ser utilizadas para futuros esfuerzos de investigación, educación y políticas públicas, que a su vez beneficiarían al bienestar y la salud de forma holística. En el caso de este estudio, nos centramos en estudiar el autocuidado en una muestra general de una ciudad mexicana; sin embargo, una sugerencia para futuros estudios sería estudiar dicho constructo en muestras particulares, como analizar a población adulta mayor. Esta escala podría ser aplicada en el ámbito de la salud pública y examinar a poblaciones con algún tipo de enfermedad para determinar si las dimensiones de autocuidado pueden lograr mitigar los estragos del padecimiento y mejorar el bienestar.

Referencias

- Anderson, R. T., King, A., Stewart, A. L., Camacho, F. y Rejeski, W. J. (2005). Physical activity counseling in primary care and patient well-being: do patients benefit? *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 146-154. doi: 10.1207/s15324796abm3002_7
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S. y Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: the self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 603-612. doi: 10.1037/0735-7028.38.6.603
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A. y Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22, 25-32. doi: 10.1016/j.medipa.2013.02.002
- Bentler, P. M. (2006). *EQS: structural equations program manual* (6ª ed.). Encino, CA: Multivariate Software.
- Bloomquist, K. R., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K. y Kim, H. W. (2015). Self-care and professional quality of life: predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work*, 16, 292-311. doi: 10.18060/18760

- Butler, L. D., Carello, J. y Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 416-424. doi: 10.1037/tra0000187
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M. y Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29, 107-124. doi: 10.1080/10911359.2018.1482483
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, H, 476-483. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x
- Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L. y Gutiérrez, M. (2018). Self-care: new evidence for its measurement in older adults. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53, 326-331. doi: 10.1016/j.regg.2018.01.010
- Chirico, F., Sharma, M., Zaffina, S. y Magnavita, N. (2020). Spirituality and prayer on teacher stress and burnout in an Italian cohort: a pilot, before-after controlled study. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02933
- Cook-Cottone, C. P. y Guyker, W. M. (2018). The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): an assessment of practices that support positive embodiment. *Mindfulness*, 9, 161-175. doi: 10.1007/s12671-017-0759-1
- Corral, V. y Figueredo, A. J. (1999). Convergent and divergent validity of three measures of conservation behavior: the multitrait-multimethod approach. *Environment & Behavior*, 31, 805-820. doi: 10.1177/00139169921972353
- Corral, V., Caso, J. y Frías, M. (dirs.) (2017). *Psicología del cambio climático. Mitigación y adaptación conductual ante el calentamiento global* (1ª ed.). México: Pearson.
- Corral-Verdugo, V., Pato, C. y Torres-Soto, N. (2021). Testing a tridimensional model of sustainable behavior: self-care, caring for others, and caring for the planet. *Environment, Development and Sustainability*, 1-16. doi: 10.1007/s10668-020-01189-9
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B. y Zahniser, E. (2017). Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 325-334. doi: 10.1037/cou0000206
- Fahim, N. K. y Negida, A. (2019). Sample size calculation guide-part 2: how to calculate the sample size for an independent cohort study. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3, 1-2. doi: 10.22114/AJEM.v0i0.104s
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. doi: 10.2466/pr0.94.3.751-755
- Field, A. (dir.) (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4ª ed.) Londres: Sage.
- Fortuna, R. J., Robbins, B. W. y Halterman, J. S. (2009). Ambulatory care among young adults in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 151, 379-385. doi: 10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00002
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N. y Benito, E. (2015). Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-9. doi: 10.1017/SJP.2015.71
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y. y Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 14, 1-6. doi: 10.1186/1471-2296-14-66
- Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Lindwall, M. y Ahlborg, G. (2014). Physical activity in employees with differing occupational stress and mental health profiles: a latent profile analysis. *Psychology of Sport and Exercise*. 15, 649-658. doi: 10.1016/j.psychsport.2014.07.012

- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D. y Oakley, P. (2011). Care of self-care by other-care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 3-24. doi: 10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x
- Goudarzian, A. H., Boyle, C., Beik, S., Jafari, A., Nesami, M. B., Taebi, M. y Zamani, F. (2019). Self-care in Iranian cancer patients: the role of religious coping. *Journal of Religion and Health*, 58(1), 259-270. doi: 10.1007/s10943-018-0647-6
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* [Multivariate data análisis] (6ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Harrison, R. L. y Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203-219. doi: 10.1037/a0016081
- Hau, K. T. y Marsh, H. W. (2004). The use of item parcels in structural equation modelling: non-normal data and small sample sizes. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 57(2), 327-351. doi: 10.1111/j.2044-8317.2004.tb00142.x
- Heidari, S., Rezaei, M., Sajadi, M., Ajorpaz, N. M. y Koenig, H. G. (2017). Religious practices and self-care in Iranian patients with type 2 diabetes. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 683-696. doi: 10.1007/s10943-016-0320-x
- Henseler, J., Ringle, C. M. y Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. En R. R. Sinkovics y P. N. Ghauri (dirs.), *Advances in international marketing* (pp. 277-319). Bingley: Emerald.
- Hernández, M. R. (2016). Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 79-88. doi: 10.18270/rsb.v5i2.1468
- Jiang, X., Topps, A. K. y Suzuki, R. (2020). A systematic review of self-care measures for professionals and trainees. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/tep0000318
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V. Munoz, A. R., Georg, L., Snyder, M. y Salsman, J. M. (2015). *Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis*. *Cancer*, 121(21), 3760-3768. doi: 10.1002/cncr.29353
- Jung, S. E., Kim, S., Bishop, A. y Hermann, J. (2019). Poor nutritional status among low-income older adults: examining the interconnection between self-care capacity, food insecurity, and depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(10), 1687-1694. doi: 10.1016/j.jand.2018.04.009
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291. doi: 10.1177/070674370905400502
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 1-33. doi: 10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in mind-body Medicine*, 29(3), 19-26.
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: research and clinical applications*. Nueva York, NY: Academic.
- Lee, J. J., Miller, S. E. y Bride, B. E. (2020). Development and initial validation of the Self-Care Practices Scale. *Social Work*, 65(1), 21-28. doi: 10.1093/sw/swz045
- Liu, C. J., Hsiung, P. C., Chang, K. J., Liu, Y. F., Wang, K. C., Hsiao, F. H., Ng S. M. y Chan, C. L. (2008). A study on the efficacy of body-mind-spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2539-2549. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02296.x
- Lommi, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M. y De Marinis, M. G. (2015). L'evoluzione del concetto di cura di sé nell'assistenza sanitaria: una revisione narrativa della letteratura [The evolution of the concept of self-care in the healthcare system: a

- narrative literature review]. *Professioni Infermieristiche*, 68(2), 155-166. doi: 10.7429/pi.2015.682155
- Lustyk, M. K. B., Widman, L., Paschane, A. A. E. y Olson, K. C. (2004). Physical activity and quality of life: assessing the influence of activity frequency, intensity, volume, and motive. *Behavioral Medicine*, 30, 124-131. doi: 10.3200/BMED.30.3.124-132
- Magno, S. (2020). Self-care for health professionals. *Recenti Progressi in Medicina*, 111(4), 205-206. doi: 10.1701/3347.33182
- Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P. y Sorrentino, G. (2018). Effects of physical exercise on cognitive functioning and wellbeing: biological and psychological benefits. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00509
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A. y Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. doi: 10.1037/a0026534
- O'Boyle, E. H. y Williams, L. J. (2011). Decomposing model fit: measurement vs. theory in organizational research using latent variables. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 1-12. doi: 10.1037/a0020539
- Orem, D. E. (dir.) (2001). *Nursing concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Park, C. L. y Slattery, J. M. (2013). Religion, spirituality, and mental health. En R. F. Paloutzian y C. L. Park (dirs.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (vol. 2; pp. 540-559). Nueva York, NY: Guilford.
- Parsian, N. y Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process. *Global Journal of Health Science*, 1(1), 2-11. doi:10.5539/gjhs.v1n1p2
- Pato, C. y Corral, V. (2014, octubre 8-10). *Conduta sustentável: autocuidado, cuidado com os outros e com o planeta* [Sustainable behavior: self-care, caring for others and the planet] [comunicación oral]. I Congresso Brasileiro de Psicologia Positiva, Porto Alegre, Brasil.
- Pituch, K. A. y Stevens, J. P. (dirs.) (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences: analyses with SAS and IBM's SPSS* (6ª ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Posluns, K. y Lynn, T. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: a literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20. doi: 10.1007/s10447-019-09382-w
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A. y Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*, 4(1), 1-12. doi: 10.1136/esmoopen-2018-000465.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. y Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. doi: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Richard, A. A. y Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Richards, K., Campenni, C. y Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: the mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264. doi: 10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806
- Rodríguez-Muñoz, P. M., Carmona-Torres, J. M. y Rodríguez-Borrego, M. A. (2020). Influence of tobacco, alcohol consumption, eating habits and physical activity in nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 2-9. doi: 10.1590/1518-8345.3198.3230

- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K. y Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care, 24*(5), 412-421. doi: 10.4037/ajcc2015291
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (dir.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management, 50*(2), 200-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
- Santana, M. C. y Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a Self-Care Behavior Inventory. *Training and Education in Professional Psychology, 11*(3), 140-145. doi: 10.1037/tep0000142
- Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., Goudarzian, A. H., Allen, K. A., Jamali, S. y Heydari Gorji, M. A. (2017). The relationship between religious coping and self-care behaviors in Iranian medical students. *Journal of Religion and Health, 56*(6), 2109-2117. doi: 10.1007/s10943-017-0376-2
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S. y Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes y Metabolic Disorders, 12*(1), 14, 2-5. doi: 10.1186/2251-6581-12-14
- Steinhorn, D. M., Din, J. y Johnson, A. (2017). Healing, spirituality, and integrative medicine. *Annals Palliative Medicine, 6*, 237-247. doi: 10.21037/apm.2017.05.01
- Unadkat, S. y Farquhar, M. (2020). Doctors' wellbeing: self-care during the covid-19 pandemic. *British Medical Journal, 368*, 1-2. doi: 10.1136/bmj.m1150
- Valiente-Barroso, C., Sáiz-Obeso, J. y Martínez-Vicente, M. (2021). Satisfacción vital y sintomatología prefrontal como predictores de la atención plena disposicional en la mujer rural. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 29*(2), 489-503. doi: 10.51668/bp.8321215s
- Vidal-Blanco, G., Oliver, A., Galiana, L. y Sansó, N. (2019). Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. *Enfermería Clínica, 29*(3), 186-194. doi: 10.1016/j.enfcle.2018.10.001
- Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B. y Egede, L. E. (2014). Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in Type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry, 36*(6), 662-668. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.06.011
- White, M. L. (2016). Spirituality self-care practices as a mediator between quality of life and depression. *Religions, 7*(5), 54, 1-10. doi: 10.3390/rel7050054
- White, M. L. y Myers, S. (2013). Development of a spiritual self-care practice scale. *Journal of Nursing Measurement, 21*(3), 450-462. doi: 10.1891/1061-3749.21.3.450
- White, M. L., Peters, R. y Schim, S. M. (2011). Spirituality and spiritual self-care. *Nursing Science Quarterly, 24*(1), 48-56. doi: 10.1177/0894318410389059
- Yee, L. M., McGuire, J. M., Taylor, S. M., Niznik, C. M. y Simon, M. A. (2015). Factors promoting diabetes self-care among low-income, minority pregnant women. *Journal of Perinatology, 36*(1), 13-18. doi: 10.1038/jp.2015.134

RECIBIDO: 22 de agosto de 2020

ACEPTADO: 3 de abril de 2021

Anexo**Escala de conductas de autocuidado (ECA)***(Torres, Corral y Corral, 2021)*

Selecciona la respuesta con las que más te sientas identificado tachando con una "X" la respuesta correspondiente a tu elección. Te recordamos que no hay respuestas correctas o incorrectas, solamente expresa tu opinión de los enunciados que se presentan a continuación.

Ítems	Nunca	Casi nunca	Ocasional mente	Casi siempre	Siempre
1. Hago algún tipo de actividad física.					
2. Procuero alimentarme con comidas saludables.					
3. Acostumbro a alternar la posición de mi cuerpo a lo largo del día para preservar mi salud.					
4. Frecuentemente examino mi cuerpo para verificar si hay algún cambio.					
5. Modero el consumo de sal en mi dieta alimenticia.					
6. Duermo lo suficiente para sentirme descansado.					
7. Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde.					
8. Hago cambios en mis malos hábitos para mantener mi salud.					
9. Asisto a revisión médica periódica para mantener mi salud.					
10. Antes de consumir un medicamento, procuro informarme sobre los efectos dañinos a la salud.					
11. Trato de no automedicarme cuando padezco algún dolor o enfermedad.					
12. Hago cambios en mis hábitos para mantener el peso que me corresponde.					
13. Mantengo prácticas de higiene personal todos los días (higiene dental, lavado de manos, baño, cortar las uñas, etc.).					
14. Procuero lavarme los dientes las tres veces al día.					
15. Procuero bañarme diariamente.					
16. Mantengo mis uñas cortas y limpias.					
17. Descanso para recuperar mi salud y energía.					
18. Consumo por lo menos tres comidas al día (desayuno, comida y cena).					
19. Realizo una dieta balanceada para mantener mi salud.					

Ítems	Nunca	Casi nunca	Ocasional mente	Casi siempre	Siempre
20. Evito consumir alimentos que perjudican mi salud (grasas, sales, embutidos, dulces, refresco, etc.).					
21. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
22. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.					
23. A menudo pienso en mis sentimientos.					
24. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
25. Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.					
26. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					
27. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
28. Hago actividades para descansar de las preocupaciones diarias (leer un libro, hacer algún deporte, salir a correr, entre otros.).					
29. Me tomo el tiempo para hacer cosas que me agradan.					
30. Procuo mantener el equilibrio entre mi cuerpo, mis emociones y mi mente.					
31. Participo en actividades que me ayudan a ser una persona mejor.					
32. Hago actividades que me generan bienestar.					
33. Procuo conocerme mejor cada día.					
34. Hago cosas que me producen placer.					
35. Disfruto mantener relaciones sanas con los otros.					
36. A diario procuro estar bien conmigo mismo(a).					
37. Después de trabajo (o estudio) procuro recompensarme con cualquier actividad placentera.					
38. Cuando percibo que estoy estresado(a) procuro pensar en otras cosas.					
39. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
40. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.					
41. Me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
42. Presto mucha atención a cómo me siento.					

Ítems	Nunca	Casi nunca	Ocasional mente	Casi siempre	Siempre
43. Para mantener mi mente relajada y en calma, practico actividades que me ayuden a sentirme mejor.					
44. Experimento satisfacción después de meditar.					
45. Recorro a la meditación para encontrar paz y fuerza interior.					
46. Realizo actividades espirituales para encontrar armonía con el mundo.					
47. Me siento conectado(a) con un ser superior a mi (Dios).					
48. Realizo prácticas espirituales para mantener mi salud (yoga, tai chi, meditación, rezar, grupos de convivencia bíblica, lectura de textos espirituales, etc.).					
49. Mi relación con un ser superior (dios) me ayuda a amar a los demás.					
50. He aprendido a perdonar a otras personas.					
51. He aprendido a perdonarme a mí mismo.					
52. Busco confort a través de medios espirituales (oración, meditación, asistencia a servicios religiosos o espirituales o tomando conserjería espiritual).					