



## ORIGINAL

## Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores

Adrián Campos-García, Amparo Oliver\*, José M. Tomás, Laura Galiana y Melchor Gutiérrez

Universitat de València, Valencia, España



### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 1 de noviembre de 2016

Aceptado el 19 de enero de 2018

On-line el 4 de julio de 2018

#### Palabras clave:

Aprendizaje a lo largo de la vida

Salud percibida

Satisfacción con la vida

Personas mayores

Envejecimiento con éxito

### R E S U M E N

**Introducción:** Un desafío importante en la sociedad actual es conseguir que las personas mayores no solo vivan más años, sino que los vivan mejor, que logren un envejecimiento exitoso. En este sentido, un constructo que se ha mostrado relevante en la literatura especializada ha sido el autocuidado, en relación con la salud física, psicológica y social. Por ello, este trabajo se ha propuesto ofrecer evidencia de las propiedades psicométricas de una escala destinada a evaluar el autocuidado en personas mayores.

**Material y métodos:** Han participado 443 personas de edades comprendidas entre 60 y 80 años ( $M = 66,11$ ;  $DT = 4,72$ ), participantes en un programa formativo. De ellas, el 64,2% eran mujeres. La mayoría de los participantes estaban casados (73,7%). Se les pidió que respondieran a la Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM), la Escala SF-8 de Percepción de Salud y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Los datos fueron analizados mediante análisis factorial confirmatorio, y correlaciones entre la escala de autocuidado y las variables de su red nomológica.

**Resultados y conclusiones:** El modelo factorial sometido a verificación aportó un adecuado ajuste a los datos:  $\chi^2(23) = 64,257$  ( $p < 0,001$ );  $CFI = 0,936$ ;  $TLI = 0,899$ ;  $SRMR = 0,070$ ;  $RMSEA = 0,064$  (0,046-0,083), evidenciando la presencia de tres factores: autocuidado físico, autocuidado interno y autocuidado social. Estos factores también mostraron correlaciones estadísticamente significativas con dos importantes variables de su red nomológica: la percepción de salud y la satisfacción con la vida.

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Self-care: New evidence for its measurement in older adults

#### A B S T R A C T

**Introduction:** A major challenge in today's society is getting older people, not only live longer, but to have a better life, and achieve successful aging. Self-care has been identified as relevant construct in its relation to physical, psychological, and social health. Therefore, this paper aims to provide first evidence of the psychometric properties of a scale to assess self-care in older people.

**Material and methods:** The sample consisted of 443 people aged between 60 and 80 years ( $M = 66.11$ ,  $SD = 4.72$ ), all of them currently participating in lifelong learning programs. There were 64.2% women, and most participants were married (73.7%). They were asked to complete the Self-Care for Older People Scale (SCOPS), the SF-8 Health Perception scale and, the Life Satisfaction scale (SWLS). Data were analysed using confirmatory factor analysis, and scale correlations between self-care and variables from its nomological network.

**Results and conclusions:** The tested model provided an adequate fit to the data:  $\chi^2(23) = 64.257$  ( $P < .001$ ); comparative fit index ( $CFI$ ) = .936; Tucker Lewis Index ( $TLI$ ) = .899; standardized root mean square residual ( $SRMR$ ) = .070; root mean square error of approximation ( $RMSEA$ ) = .064 (.046-.083), supporting the original structure of three factors: physical, social, and internal self-care. These factors also showed statistically significant correlations with two important variables of their nomological network, perceived health and life satisfaction.

© 2018 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

#### Keywords:

Lifelong learning

Perceived health

Life satisfaction

Older adults

Successful aging

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [oliver@uv.es](mailto:oliver@uv.es) (A. Oliver).

## Introducción

Las sociedades actuales se encuentran con un desafío al que deben hacer frente: dar con la solución para que las personas mayores se mantengan sanas y envejecan de forma exitosa. Son muchas las disciplinas que están investigando la manera de reducir las pérdidas relacionadas con la edad, empleando para ello la promoción de la salud. Numerosas investigaciones están basadas en las teorías sobre envejecer bien, siendo el término de envejecimiento exitoso el más usado para conceptualizar esta idea<sup>1-3</sup>.

En las últimas décadas han venido coexistiendo tres modelos del envejecimiento que compiten y dominan la literatura científica<sup>4</sup>. Uno de ellos, el *biomédico*, define el envejecimiento exitoso en términos de longevidad, funcionamiento físico y mental saludable, y a veces añade el compromiso o participación social<sup>4-7</sup>. El modelo *psicosocial* resalta la búsqueda del propio potencial, el bienestar social, la adaptación, el control, la productividad, la competencia social<sup>4</sup>. Baltes y Baltes<sup>8</sup> señalan un desplazamiento de la meta de las investigaciones desde identificar los criterios del envejecimiento exitoso hacia la comprensión de los procesos involucrados en envejecer correctamente. En coherencia con ello, estos autores acuñaron el *proceso de optimización selectiva con compensación* (SOC) del envejecimiento exitoso, que se centra en cómo la gente utiliza las estrategias de selección, optimización y compensación para gestionar su vida y afrontar las pérdidas relacionadas con la edad. Con este modelo se trata de explicar cómo las personas mayores intentan conseguir los máximos beneficios, minimizar sus pérdidas y esforzarse por conseguir importantes metas personales<sup>8</sup>. Mediante la *selección*, las personas especializan sus esfuerzos teniendo en cuenta las restricciones impuestas por limitaciones físicas y cognitivas. Aunque la selección implique una reducción del número de dominios de alta eficacia, también puede implicar dominios nuevos y objetivos vitales. La *optimización* refleja la visión de que los mayores se comprometen en conductas que enriquecen y aumentan su bienestar físico y sus reservas mentales. Mediante la *compensación*, el individuo incorpora estrategias psicológicas (p.ej., ayudas externas) y tecnológicas (p.ej., audífono) cuando la memoria interna o los recursos personales son insuficientes. Estos tres elementos interaccionan de tal modo que una persona puede sufrir una disminución general de las capacidades y funciones específicas pero, ayudada por la selección, la optimización y la compensación, puede gestionar su vida de manera eficaz. Coetáneamente, otros autores complementaron este movimiento introduciendo en los modelos de Rowe y Kahn el factor de la espiritualidad positiva<sup>9,10</sup>. De este modo se ha ido completando el marco teórico del envejecimiento exitoso hacia un modelo constituido por tres o cuatro dimensiones, según se consideren los factores psicológico y espiritual conjuntamente o por separado<sup>1,3,11-13</sup>.

Rowe y Kahn propusieron el que quizá sea el modelo de envejecimiento de éxito más aceptado en la literatura, recogiendo numerosos aspectos psicosociales del proceso de envejecer. Sin embargo, más recientemente su modelo ha sido criticado precisamente por no incluir aspectos como la espiritualidad. Globalmente, la satisfacción con la vida en las personas mayores se ha relacionado fuertemente con algunos indicadores del modelo, y de esta forma, con la inclusión de la espiritualidad, se ha aumentado claramente la capacidad explicativa de la satisfacción vital en personas mayores. Los resultados de investigaciones recientes en nuestro contexto<sup>14</sup> concuerdan con la literatura anterior, aportando como novedad cuantificar el peso de la espiritualidad en el marco de este modelo. En definitiva, la espiritualidad es un elemento clave a la hora de abordar el concepto de envejecimiento con éxito.

Bowling e Iliffe<sup>15</sup>, efectuando una revisión de la literatura sobre el envejecimiento exitoso, se dieron cuenta de que los investigadores usaban indiscriminadamente los diferentes modelos sobre el

envejecimiento, y que cada cual utilizaba el que mejor refleja su disciplina académica, mostrando poca consideración hacia la propia visión de los mayores sobre el envejecimiento exitoso. Cuando se les pregunta a las personas mayores sobre qué es envejecer bien, tienden a mencionar características del envejecimiento exitoso incluidas en los tres modelos anteriormente comentados<sup>1,11,13,16,17</sup>, pero también refieren diversos indicadores que no están incluidos en los modelos académicos. Los más relevantes son «actitud positiva», «seguridad financiera», «espiritualidad», «tener sentido del humor», «apreciar lo que se tiene», «calidad de vida», «devolver lo que la vida te ha dado» y «aprendizaje permanente»<sup>15,18,19</sup>. En otros estudios se indica que los adultos mayores valoran de manera importante aspectos como «familia y amigos», «continuar comprometido con el mundo y con los demás», «no sentirse solo o aislado» y «tener una influencia positiva»<sup>2,20</sup>. Al modelo de Rowe y Kahn se le añade la espiritualidad, que pasa a ser definida como el cuarto gran factor del envejecimiento de éxito<sup>21</sup>, siendo los otros tres grandes bloques el bienestar emocional, el compromiso con la comunidad y la salud física.

Hilton et al.<sup>2</sup> resaltan que, a pesar de existir algunas idiosincrasias raciales y étnicas en las percepciones del envejecimiento, se constata un consenso intercultural en torno a las características consideradas más importantes cuando se refieren a alguien que envejece bien. Todos los grupos étnicos mencionan tener buena salud, movilidad, vida independiente, actitud positiva, ser socialmente activo, poder trabajar, no parecer viejo y participar en actividades de ocio. Como puede verse, estas áreas abarcan las cuatro dimensiones del modelo biopsicosocial de envejecimiento exitoso: tener buena salud (salud física), independencia (salud funcional), amigos y familia (salud social), y actuar según las normas interiores y sentirse bien consigo mismo (salud psicológica). También aparecen, aunque con menos frecuencia, los términos «autocuidado» y «espiritualidad» como conceptos necesarios para conseguir un envejecimiento exitoso<sup>2</sup>. En este sentido, se define el autocuidado como la capacidad para moverse, cuidar de su existencia personal, cuidar de su salud, cuidar la apariencia personal, hacer ejercicio e intentar comer saludablemente. Esta incorporación resulta sugerente por la proximidad entre los conceptos de autocuidado y envejecimiento exitoso, no solo desde un punto de vista teórico o académico, sino también teniendo en consideración la mentalidad de las propias personas mayores<sup>3,9,10</sup>.

Tradicionalmente, se ha equiparado el autocuidado a las actividades que promueven la salud, entendiendo por ello las actividades individuales emprendidas para mejorar la salud, prevenir la enfermedad, limitar la enfermedad o restaurar la salud después de una enfermedad o lesión. El autocuidado constituye un conjunto de comportamientos al alcance de cualquier individuo, como hacer ejercicio, cuidar la nutrición, cuidar los hábitos de salud o relajarse<sup>22-24</sup>. Esta tesis supone una perspectiva más racional del autocuidado como mantenimiento de la salud. Por otro lado, Orem<sup>25</sup> considera que el autocuidado significa cuidados que uno realiza para sí mismo cuando ha alcanzado un estado de madurez que le habilita para una acción consistente, controlada, efectiva y decidida. Para ello es necesario contar con la aceptación de sí mismo y sus valores. En esta definición se incluyen conductas, esfuerzos, deseos para minimizar las amenazas hacia el aprendizaje, mejora personal y crecimiento personal. Acorde con esta orientación, Dean<sup>26</sup> apunta que no todas las actividades de autocuidado son racionales, puesto que algunas de ellas tienen un significado aprendido socialmente. Por eso hay que tener en cuenta las interacciones del cuidado de sí mismo con las influencias socioculturales.

En atención a todo lo señalado, se puede afirmar que el concepto de autocuidado y el de envejecimiento exitoso se encuentran relacionados, aunque cada uno constituye un concepto *per se*. El autocuidado no solo se ha estudiado desde la perspectiva propia de las personas mayores, sino también desde el punto de vista

de los profesionales sanitarios que las atienden. En este ámbito irrumpen la Escala de Autocuidado para Profesionales Sociosanitarios (*Professional Self-Care Scale* [PSCS])<sup>27</sup>. Sus autores postulan tres dimensiones del autocuidado: el autocuidado físico, que se refiere a la implicación en actividades que ayudan a mantener el cuerpo sano; el autocuidado interior, que está relacionado con las actividades que ayudan a mantener la mente sana, y el autocuidado social, relacionado con las actividades sociales que ayudan al individuo a mantener su bienestar. El estudio psicométrico de la PSCS ha ofrecido evidencia de dicha estructura y ha resultado ser una medida útil para poner en relación el autocuidado con otros aspectos clave de la calidad de vida del profesional sociosanitario<sup>28</sup>.

Desde una perspectiva teórica, los componentes físico, interior-espiritual y social-interpersonal constituyen los ejes de los modelos de envejecimiento con éxito revisados, así como el centro de las percepciones de las personas mayores. La evidencia en que se basa la unión de aspectos de bienestar interior y de espiritualidad se centra en modelos validados empíricamente, como el presentado por Barreto et al.<sup>29</sup>. Desde esta perspectiva, se entiende a la persona como un ser complejo, dinámico, único y con una naturaleza espiritual que se relaciona con emociones como la ansiedad, la depresión y la resiliencia. Se trataría de una capacidad humana universal que integra en una dimensión más general las competencias para minimizar, paliar o superar la adversidad, y permite crecer ante las grandes dificultades de la vida. Por este motivo, parece pertinente llevar a cabo una verificación empírica de la estructura del autocuidado desarrollado originalmente en el contexto de profesionales de la atención a personas mayores. La hipótesis de partida es que la estructura del autocuidado en personas mayores estará básicamente compuesta por las tres dimensiones de autocuidado ya conocidas: física, interior y social.

## Material y métodos

### Diseño y procedimiento

Se evaluó a personas mayores que iniciaban un periodo de formación para adultos en el seno de un programa universitario. Siguiendo las directrices éticas y legales vigentes, se garantizó un trato humano y la protección de los datos personales, contándose con la aprobación del Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad de Valencia (expediente H1403533342121). Se explicó a los participantes el objeto último de la investigación (conocer más sobre el buen envejecer) y que el tratamiento de los datos sería confidencial y con fines exclusivamente relacionados con el objeto de estudio. El cuestionario fue anónimo y se aplicó a los participantes en las aulas de *Universitat dels Majors* y *Unisocietat* en diversos centros y sedes asociadas.

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 443 personas con edades comprendidas entre 60 y 80 años que iniciaban un periodo de formación para adultos en la *Universidad de los Mayores* (adscrita a la Universidad de Valencia) durante el curso 2014-2015. La edad media de los participantes era de 66,11 años (DT = 4,72). El 64,2% eran mujeres. La mayoría estaban casados (73,7%), el 11% eran viudos, el 8% solteros y el 6,8% restante divorciados. En cuanto al nivel de estudios, casi todos ellos contaban con cierto bagaje cultural (27,4% estudios primarios, 40% estudios secundarios y 32,3% estudios universitarios); tan solo el 0,3% no tenía estudios reglados.

En cuanto a su nivel de actividad y su contexto familiar y social, el 41% de los participantes tienen padres vivos en la actualidad y el 43,5% señalan ser cuidadores informales de un progenitor o una persona dependiente. El 44,5% nunca realiza voluntariado, y

los demás se distribuyen en un 28,8% que lo hace algunas veces al año, un 11,5% alguna vez al mes, un 10,7% varias veces a la semana y un 4,5% a diario. La actividad física es un dato relevante para esta investigación, y cabe señalar que casi un tercio (32,8%) la practican como deporte varias veces por semana, un 19,4% varias veces por mes, un 14,4% lo hace algunas veces al año y un 18,8% declara no realizar nunca deporte.

### Instrumentos

El instrumento utilizado fue la Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM), que es una adaptación de la Escala de Autocuidado para Profesionales de la Atención Sociosanitaria (PSCS)<sup>27</sup>. Consta de 9 ítems en escala tipo Likert de 5 anclajes que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Está dividida en tres subescalas: autocuidado físico (actividades que ayudan a mantener un cuerpo saludable), autocuidado interior (actividades que ayudan a mantener una mente saludable) y autocuidado social (actividades que ayudan a mantener la salud social). Puesto que originalmente se desarrolló y validó en el colectivo de profesionales de atención sociosanitaria<sup>27</sup>, su contenido fue adaptado para la población mayor, modificándose algunos de los ítems que la componen, tal como se puede observar en el *Anexo*. Sus propiedades psicométricas se presentan en la sección de resultados, dado que son objeto del presente estudio.

Adicionalmente se emplearon dos instrumentos: la Escala SF-8 de Salud<sup>30</sup> y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)<sup>31</sup>. La Escala SF-8 evalúa la salud percibida mediante 8 ítems a los que se responde en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta. La Escala de Satisfacción con la Vida, por su parte, evalúa la satisfacción vital mediante 5 ítems, también con 5 anclajes de respuesta.

### Análisis de datos

El porcentaje de datos perdidos era menor del 3% y su tratamiento fue mediante *Full Information Maximum Likelihood* (FIML) incorporado en la plataforma de software Mplus 7.3.

Se llevaron a cabo diversos análisis de datos con el objetivo de obtener evidencia de fiabilidad, validez interna y externa. En primer lugar se calcularon medias, desviaciones típicas, correlaciones inter-ítem y homogeneidad del ítem (correlaciones ítem-total corregidas) para las tres dimensiones de la Escala de Autocuidado para Personas Mayores. La fiabilidad se estimó utilizando el *Composite Reliability Index* (CRI)<sup>32</sup>, que se interpreta de forma análoga al alfa de Cronbach, es decir, valores a partir de 0,70 son considerados como indicativos de buena fiabilidad. Este es el índice más oportuno para procedimientos confirmatorios, que no se ve afectado cuando el número de ítems es reducido, y que ofrece estimaciones más precisas que el coeficiente alfa tradicional, interpretándose con el mismo *rationale*.

La evidencia de validez interna, en concreto validez factorial, se evaluó mediante la especificación, estimación y evaluación de un modelo de ecuaciones estructurales, a través de análisis factorial confirmatorio (AFC). El AFC se estimó utilizando máxima verosimilitud con correcciones robustas para los errores estándar y los índices de ajuste, tal como recomienda la literatura<sup>33</sup>. Este AFC puso a prueba la estructura original de tres factores inter-correlacionados encontrada en el estudio original de desarrollo de la escala<sup>27</sup>. La plausibilidad del modelo se evaluó mediante diversos índices de ajuste:  $\chi^2$  cuadrado<sup>34</sup>; el CFI<sup>35</sup>, que se considera adecuado con valores mayores de 0,90, e idealmente mayores de 0,95; el TLI, con los mismos criterios que el anterior; el SRMR, con valores de 0,05 o inferiores indicativos de un buen ajuste<sup>36</sup>, y el RMSEA, con valores de 0,05 o inferiores también considerados como indicativos de ajuste excelente. Los modelos de ecuaciones estructurales, en concreto análisis factorial confirmatorio, se estimaron con Mplus<sup>737</sup>.

**Tabla 1**  
Estadísticos descriptivos, correlación ítem-total corregida y correlaciones inter-ítem de los ítems de la Escala de Autocuidado para Personas Mayores

Dimensión	Ítem	M	DT	A	C	$r_{i-t}$ corr.	Correlaciones inter-ítem		
							It. 1	It. 2	It. 5
Autocuidado físico	1	3,94	1,01	-1,1	1,1	0,24	1,00		
	2	3,92	0,86	-0,99	1,5	0,35	0,23	1,00	
	5	3,91	0,93	-0,94	0,88	0,29	0,18	0,36	1,00
Autocuidado interno	6	3,07	1,26	-0,18	-0,92	0,77	1,00		
	7	3,05	1,26	-0,13	-0,91	0,83	0,86	1,00	
	8	3,69	0,91	-0,82	0,85	0,45	0,40	0,47	1,00
Autocuidado social	3	4,12	0,72	-0,98	2,5	0,62	1,00		
	4	4,26	0,75	-1,2	2,3	0,48	0,60	1,00	
	9	3,62	0,87	-0,74	0,81	0,35	0,39	0,23	1,00

A: asimetría; C: curtosis; DT: desviación típica; M: media;  $r_{i-t}$  corr.: correlación ítem total corregida.

Finalmente, se obtuvo evidencia de validez nomológica mediante la estimación de correlaciones de Pearson entre las tres dimensiones del autocuidado y dos variables tradicionalmente usadas en la literatura como núcleo del envejecimiento con éxito: la salud y la satisfacción con la vida<sup>6-8,38</sup>. Las correlaciones de Pearson se obtienen a partir de las variables observables o puntuaciones directas, que a su vez ajustaban a distribuciones razonablemente normales, es decir, con cumplimiento de supuestos.

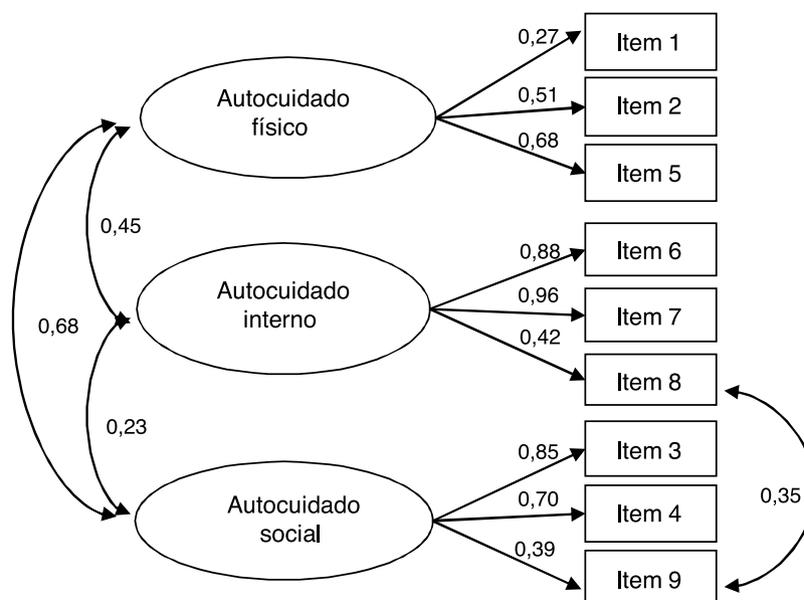
## Resultados

Los estadísticos relativos a los ítems de la Escala de Autocuidado para Personas Mayores mostraron adecuadas propiedades psicométricas de todos sus elementos, excepto el ítem 1 («Practico ejercicio con regularidad») de la dimensión de autocuidado físico (ver tabla 1). Este ítem fue también el que mostró menor homogeneidad ( $r_{it}=0,244$ ). Se detectaron además correlaciones bajas entre este ítem 1 y otros aspectos físicos (tabla 1). Igualmente se puede observar una correlación baja entre el ítem 9 y los ítems 3 y 4 (tabla 1).

En cuanto a las estimaciones de consistencia interna, resultaron adecuadas para la dimensión de autocuidado interno (CRI=0,822) y el autocuidado social (CRI=0,698), pero no tanto para el autocuidado físico (CRI=0,506), en el que el ítem anteriormente mencionado disminuyó claramente la fiabilidad de la escala.

Por lo que respecta a los resultados del AFC, el ajuste global del modelo resultó adecuado:  $\chi^2(23)=64,257$  ( $p<0,001$ ); CFI=0,936; TLI=0,899; SRMR=0,070; RMSEA=0,064 (0,046-0,083), obteniéndose así evidencia de las tres dimensiones recogidas en toda la literatura revisada del autocuidado. Cuando se examinó el ajuste analítico, todos los ítems tuvieron una carga factorial estadísticamente significativa en los factores hipotetizados, aunque se pudieron observar problemas en el ítem 1, cuya carga fue sustancialmente inferior al del resto de ítems del factor (fig. 1). También se observa un covarianza entre los ítems 8 y 9 (fig. 1) de 0,35. Este parámetro adicional no se encontraba en la estructura original pero por razones estadísticas debe incluirse, ya que mejora el ajuste del modelo. A través de replicaciones en posteriores estudios se conocerá en qué medida es sólida la conexión entre los aspectos.

Finalmente, la Escala SF-8 de Salud<sup>30</sup> y la Escala de Satisfacción con la Vida<sup>31</sup> mostraron una consistencia interna para esta muestra

**Figura 1.** Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Autocuidado en Personas Mayores.

Todas las saturaciones factoriales, correlaciones entre factores y entre errores estándar mostradas en la figura son estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 2**  
Correlaciones entre las dimensiones del autocuidado, salud y satisfacción con la vida

Dimensión	Salud percibida	Satisfacción con la vida
Autocuidado físico	0,237 <sup>*</sup>	0,230 <sup>*</sup>
Autocuidado interno	0,088	0,207 <sup>*</sup>
Autocuidado social	0,229 <sup>*</sup>	0,516 <sup>*</sup>

<sup>\*</sup> p < 0,01.

de estudio de 0,850 y 0,914, respectivamente. Las correlaciones calculadas para estudiar la validez externa mostraron relaciones positivas y estadísticamente significativas entre la salud percibida y el autocuidado físico y el social, y relaciones positivas y también estadísticamente significativas entre la satisfacción con la vida y las tres dimensiones del autocuidado, tal como puede observarse en la [tabla 2](#).

## Discusión

Una amplia revisión de la literatura sobre el envejecimiento exitoso y el autocuidado<sup>1-26</sup> indica que este último constructo en mayores puede estar formado por los factores de autocuidado físico, interno y social, coincidiendo con la estructura del autocuidado en profesionales de la salud<sup>27</sup>, ya ampliamente validada. A partir de aquí, tal como se ha ido mostrando en páginas anteriores, hay evidencias y argumentos suficientes para interpretar que el modelo teórico sometido a verificación ajusta a los datos analizados y se aproxima adecuadamente al constructo de autocuidado en mayores. A su vez, la escala aquí validada se reivindica como un instrumento útil, rápido, sencillo de aplicar, válido y fiable para evaluar el autocuidado en este colectivo. Este valor diagnóstico le confiere gran utilidad de cara a la valoración del estado de adultos mayores.

Por otro lado, al igual que se ha aportado evidencia de validez nomológica al comprobar que el autocuidado correlaciona con la percepción de salud y la satisfacción con la vida, dos variables tradicionalmente usadas en la literatura como sinónimo de envejecimiento activo, también se intuye que podría ser así con la calidad de vida<sup>6-8</sup>. En un futuro, gracias a la medida aquí validada, se podría analizar la relación entre el autocuidado en mayores y otros aspectos clásicos de la calidad de vida, del mismo modo que ya se relacionó satisfactoriamente en el estudio del autocuidado y la calidad de vida en profesionales sociosanitarios<sup>27</sup>. Cabe resaltar que esta escala de autocuidado podría sumarse a la batería de instrumentos utilizados para la evaluación de la efectividad de programas de mejora de la calidad de vida en personas mayores. Estos programas se consideran extremadamente necesarios, tal como apunta la OMS<sup>39</sup>, para garantizar un envejecimiento exitoso en una población cada vez más envejecida.

No obstante, aunque este modelo aporta una imagen científicamente rigurosa del autocuidado de los mayores que realizan actividades formativas que les mantienen activos, sigue necesitándose más investigación al respecto. Por un lado, se debe seguir estudiando su posibilidad de replicación en más contextos y, por otro, cabe iniciar una línea de investigación centrada en su adaptación al autocuidado físico.

Junto a las fortalezas que evidencia el presente estudio, como el amplio y representativo tamaño muestral de envejecientes de éxito o el uso de procedimientos confirmatorios, también hay que reconocer alguna limitación. Así, por ejemplo, el ítem 1 de autocuidado físico ha mostrado el peor comportamiento psicométrico de todos los elementos que componen la escala. Sin embargo, esto no debe hacer pensar que el factor de autocuidado físico sea prescindible o deba ser eliminado por el bien de la escala en su conjunto, como si de un lastre se tratara. Como contraposición, deben tenerse en

cuenta los buenos índices de ajuste obtenidos en el análisis confirmatorio, lo cual ratifica la composición del autocuidado por los tres factores. La eliminación del factor físico en aras de una mayor parsimonia penalizaría en exceso el ajuste del modelo, además de empobrecerlo de forma injustificada.

Analizando este fenómeno desde un plano más teórico, a nivel de constructo, se han de tener en cuenta las necesidades especiales de ese colectivo a la hora de enfocar el ejercicio físico. Este colectivo no parece necesitar la práctica de un ejercicio físico explosivo, intenso e incluso solitario, como puede estar evaluando el ítem 1, sino una actividad física de tonificación ligera, continuada y definitivamente más social. Es decir, este colectivo de personas mayores necesita una actividad particular para esta etapa del ciclo vital, distinta de las actividades practicadas en otras etapas de la vida, como las que se pueden encontrar en los profesionales de atención sociosanitaria, donde originalmente se validó este instrumento<sup>27</sup>. Una línea de investigación futura podría plantear la reformulación de dicho ítem para hacerlo más próximo a lo que supone la práctica física diaria, sin necesidad de sobreentender un ejercicio físico más vigoroso, o incluso, manteniendo el ítem actual, añadir otros que recojan con mayor precisión la realidad de este colectivo. Respecto a la baja relación entre el ítem 9 y los ítems 3 y 4, es posible que estemos ante un efecto de método. Aunque la escala contiene todos sus ítems formulados en positivo para evitar los efectos de método, puede deberse al enunciado similar de los ítems 3 y 4; de ahí la mayor relación entre ellos.

Este trabajo plantea una analogía entre los tres componentes del autocuidado y los tres modelos de envejecimiento: lo biomédico o físico, lo cognitivo o interno, y lo social o más relacional. La integración de los modelos de envejecimiento exitoso en un enfoque biopsicosocial refuerza a la vez ciertos aspectos de interés en la investigación en personas mayores<sup>8,9</sup>, entre ellos, en lo interno, «espiritualidad», «aprendizaje permanente», «actitud positiva», «apreciar lo que se tiene» y «tener sentido del humor». Otros, como «devolver aquello que la vida te ha dado» o «continuar involucrado con el mundo y los demás», podrían hacer referencia a aspectos de la generatividad que podrían adscribirse al componente de autocuidado social, generatividad como aspecto importante en la adultez tardía e incluso más en la vejez<sup>40</sup>. Esto último, unido a la fiabilidad moderada del factor social, podría sugerir, como línea futura, completarlo con ítems sobre generatividad, persiguiendo mejorar la fiabilidad y la validez del factor de autocuidado social. Siguiendo con la analogía, el dominio físico está presente tanto en los modelos de envejecimiento exitoso como en el autocuidado. En los modelos el factor físico viene representado por la perspectiva biomédica del envejecimiento exitoso y apoyado por las declaraciones de las propias personas mayores<sup>1,11,13,16,17</sup>.

A su vez, el autocuidado viene representado por las teorías más tradicionales como un conjunto de comportamientos para evitar la enfermedad; por ejemplo: hacer ejercicio o cuidar la nutrición, poniendo en relieve su dimensión física<sup>22-24</sup>. Otra razón es que el autocuidado de profesionales de la atención a personas mayores también se compone de una dimensión física, y esta presencia transversal del factor físico apoya el mantener esta dimensión en personas mayores.

En definitiva, como resultado de este trabajo, se cuenta con una medida que supone un punto de partida válido para aproximarse al autocuidado, no solo conociendo su prevalencia en el colectivo de personas mayores, sino también las magnitudes de su interrelación con otras variables clave en el proceso de envejecer con calidad de vida.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Esta investigación entra en el marco del proyecto PSI2014-53280 de la Convocatoria MINECO I+D Retos en la Sociedad. Adrián Campos participó como becario de investigación SEDI de la Universitat de València, convocatoria 2016.

## Anexo. Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM)

Ítem	Factor	Contenido
1	Físico	Practico ejercicio con regularidad
2	Físico	Suelo seguir una dieta equilibrada
3	Social	Considero que mis relaciones personales fuera de los estudios son satisfactorias
4	Social	Considero que mis relaciones familiares son satisfactorias
5	Físico	Practico actividades que me ayudan a relajarme
6	Interno	Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual, meditación, oración...
7	Interno	Soy constante, tengo continuidad en mi práctica espiritual
8	Interno	Cuando me siento sobrecargado emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado
9	Social	Cuando me veo sobrepasado por una situación siento que me puedo apoyar en mis compañeros para elaborar esta experiencia

## Bibliografía

- Cosco TD, Prinq AM, Perales J, Stephan BCM, Brayne C. Operational definitions of successful aging: A systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2014;26:373-81.
- Hilton JM, Gonzalez CA, Saleh M, Maitoza R, Anngela-Cole L. Perceptions of successful aging among older Latinos, in cross-cultural context. *J Cross Cult Gerontol*. 2012;27:183-99.
- Petretto DR, Pili R, Gaviani L, López CM, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:229-41.
- Bowling A. Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *Int J Aging Hum Dev*. 2007;64:263-97.
- Rowe J, Kahn RL. Human aging: Usual and successful. *Science*. 1987;237:143-9.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. New York: Pantheon Books; 1998.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70:593-6.
- Baltes PB, Baltes PB. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Baltes MM, editores. *Successful Aging: Perspective from the Behavioural Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
- Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HW. Rowe & Kahn's model of successful aging revisited. *Positive spirituality-the forgotten factor*. *Gerontologist*. 2002;42:613-20.
- Galiana L, Sancho P, Oliver A, Tomás JM, Calatayud P. Envejecimiento y espiritualidad: estructura factorial y fiabilidad de dos escalas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:265-9.
- Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71:445-57.
- Lee P, Lan W, Yen T. Aging successfully: A four-factor model. *Educ Gerontol*. 2011;37:210-27.
- Meng X, d'Arcy C. Successful aging in Canada: Prevalence and predictors from a population-based sample of older adults. *Gerontology*. 2013;60:65-72.
- Tomás JM, Sancho P, Galiana L, Oliver A. A double test on the importance of spirituality, the "forgotten factor", in successful aging. *Soc Indic Res*. 2016;127:1377-89.
- Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age Ageing*. 2006;35:607-14.
- René CW, Dilworth-Anderson P, Leng I, García L, Benavente V, Rosal M, et al. Correlates of successful aging in racial and ethnic minority women age 80 years and older: Findings from the Women's Health Initiative. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71 Suppl 1:S87-99.
- Martin P, Kelly N, Kahana B, Kahana E, Wilcox BJ, Wilcox C, et al. Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *Gerontologist*. 2015;55:14-25.
- Hilton JM, Kopera-Frye K, Krave A. Successful aging from the perspective of family caregivers. *Family J*. 2009;17:39-50.
- Troutman M, Staples J. Successful aging from the viewpoint of older adults. *Res Theor Nurs Pract*. 2014;28:87-104.
- Fernández-Ballesteros R, Schettini R, Sanatacreu M, Angeles-Molina M. Lay concept of aging well according to age: A reanalysis. *J Am Geriatric Soc*. 2012;60:2172-3.
- Lewis JP. The importance of optimism in maintaining healthy aging in rural Alaska. *Qual Health Res*. 2013;23:1521-7.
- Ory MG, Abeles RP, Lipman PD. *Aging, Health, and Behaviour*. Newbury Park, California: Sage Publications; 1992.
- Spitzer A, Bar-Tal Y, Ziv L. The moderating effect of age on self-care. *West J Nurs Res*. 1996;18:136-48.
- Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwartz R, Konrad TR, Ory MG, et al. The economic implications of self-care: The effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of Medicare beneficiaries. *Am J Public Health*. 2000;90:1608-12.
- Orem DE. *Nursing. Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
- Dean K. Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. *Soc Sci Med*. 1989;29:117-23.
- Galiana L, Oliver A, Sansó N, Benito E. Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *Span J Psychol*. 2015;18:1-9.
- Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50:200-7.
- Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Med Paliat*. 2015;22:25-32.
- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, Gandek B. How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 health survey. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2001.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49:71-5.
- Raykov T. Behavioral scale reliability and measurement invariance evaluation using latent variable modeling. *Behav Ther*. 2004;35:299-331.
- Finney SJ, di Stefano C. Non-normal and categorical data in SEM. En: Hancock GR, Mueller RO, editores. *Structural Equation Modelling: A Second Course*. Greenwich, CO: Information Age Publishing; 2006. p. 269-314.
- Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press; 2011.
- Bentler PM. Comparative fit indices in structural models. *Psychol Bull*. 1990;107:238-46.
- Hu L, Bentler PM. Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6:1-55.
- Muthén LK, Muthén BO. *Mplus User's Guide*. 7th edition Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2015.
- Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs*. 2006;15:607-18.
- OMS, editores. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2015 [consultado 8 Feb 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- McAdams DP, de St. Aubin E, Logan R. Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychol Aging*. 1993;8:221-30.