

ARTÍCULO/ARTICLE

Estructura factorial y fiabilidad del cuestionario Práctica y Gestión del Autocuidado Juvenil (PGJ) en una muestra de estudiantes de secundaria

Factor Structure and Reliability of the Youth Self-Care Practice and Management Questionnaire (PGJ) in a Sample of High School Students

Juan Carlos Checa Olmos

Universidad de Almería, España
jcheca@ual.es

Montserrat Monserrat Hernández

Universidad de Almería, España
mmh548@ual.es

Ángeles Arjona Garrido

Universidad de Almería, España
arjona@ual.es

Recibido/Received: 15/12/2023

Aceptado/Accepted: 18/6/2024



RESUMEN

El autocuidado es el principal elemento que interviene en la prevención de la enfermedad o su atención. Medir la capacidad de agencia del autocuidado se convierte en imprescindible, puesto que identifica los déficit del autocuidado y permite diseñar estrategias para paliarlo. El objetivo de este trabajo es evaluar la estructura factorial y fiabilidad del cuestionario Práctica y Gestión del Autocuidado. El cuestionario se crea en torno a tres dimensiones prácticas (física, psicológica, social) y otra de gestión. La investigación se desarrolla en la provincia de Almería con 290 alumnos de secundaria que mostraron su voluntad de participar. Los resultados manifiestan porcentajes altos respecto a la Varianza Total Explicada (VTE). El Análisis Factorial Exploratorio desprende cuatro factores para cada dimensión, excepto para la gestión, que solo desglosa uno. La estabilidad temporal de la escala se confirmó ($r = 0,801$) y la correlación con la escala de referencia ofreció validez de criterio. En conclusión, el cuestionario PGJ es una herramienta válida y consistente para medir el autocuidado en población juvenil, y, por tanto, debería ser utilizado en los centros educativos para evaluar la capacidad de agencia del alumnado sobre su bien salud.

PALABRAS CLAVE: práctica del autocuidado; gestión del autocuidado; salud; estudiantes; secundaria; análisis factorial; análisis de fiabilidad.

CÓMO CITAR: Checa Olmos, J. C., Monserrat Hernández, M. y Arjona Garrido, Á. (2024). Estructura factorial y fiabilidad del cuestionario Práctica y Gestión del Autocuidado Juvenil (PGJ) en una muestra de estudiantes de secundaria. *Revista Centra de Ciencias Sociales*, 3(2), 97-122. <https://doi.org/10.54790/rccs.87>.

English version can be read on <https://doi.org/10.54790/rccs.87>

ABSTRACT

Self-care is the main element involved in the prevention of the disease or its care. Measuring the agency capacity of self-care becomes essential, since it identifies self-care deficits and allows strategies to be designed to alleviate them. The objective of this work is to evaluate the factor structure and reliability of the Self-Care Practice and Management questionnaire. The questionnaire is created around three practical dimensions (physical, psychological, social) and another management one. The research is carried out in Almería with 290 high school students, who showed their willingness to participate. The results show high percentages with respect to the Total Explained Variance (VTE). The Exploratory Factor Analysis reveals four factors for each dimension, except for management, which only breaks down one. The temporal stability of the scale was confirmed ($r=0.801$) and the correlation with the reference scale offered criterion validity. In conclusion, the PGJ questionnaire is a valid and consistent tool to measure self-care in the youth population, and, therefore, it should be used in educational centers to evaluate the agency capacity of students over their well-being.

KEYWORDS: self-care practice; self-care management; health; students; secondary; factor analysis; reliability analysis.

1. Introducción

Se entiende por autocuidado al conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona para controlar los factores que comprometen su bienestar y salud (Berbiglia *et al.*, 2022; Orem, 1999). Y el déficit de autocuidado se produce cuando las personas están sujetas a limitaciones que los incapacitan para el cuidado continuo o hacen que este sea ineficaz o incompleto (Taylor *et al.*, 2000).

Estos son conceptos muy extendidos entre los profesionales de la salud, tanto en prevención como en el tratamiento de enfermedades ya manifestadas, pero menos explorado en el campo de las ciencias sociales. Por eso, en medicina, enfermería o psicología se desarrollan programas de prevención a nivel institucional (véanse, entre otros, Junta de Andalucía, 2023; Ministerio de Sanidad, 2023) en universidades públicas y privadas, que ponen el acento en el autocuidado. Parten de la premisa de que ofreciendo información de cómo y por qué autocuidarse, las personas mejoran sus prácticas y, por ende, su salud y bienestar (véanse, entre otros, Cabrera *et al.*, 2013; López y Rodríguez, 2017; Ruiz-Aquino *et al.*, 2021).

No obstante, a pesar de las campañas de prevención, sobre todo entre los jóvenes, las tasas de sobrepeso y obesidad, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de drogas y alcohol, conductas sexuales de riesgo, etc., están aumentando (Digennaro y Iannaccone, 2023; Sanmartín *et al.*, 2022). Específicamente, la Asociación Española de Pediatría (2020) apunta que los adolescentes tienen una actitud proactiva respecto a prácticas saludables con relación a alimentación, ejercicio, ocio, consumo de drogas y relaciones sexuales; pero, sin embargo, no se corresponde con su comportamiento (AEP, 2020). Por esto, se precisan crear instrumentos que indiquen el porqué de esta situación, ya que, en materia de prevención, la mayoría de las investigaciones se centran en analizar el perfil conductual, es decir, comprobar las acciones de los sujetos (véanse, entre otros, De Valenzuela *et al.*, 2021; Hernández-Serrano *et al.*, 2013; Iglesias *et al.*, 2023; Rimón y Castro, 2016), y menos en los factores que determinan los comportamientos.

En consecuencia, entendemos que el cuestionario Práctica y Gestión del Autocuidado en la población juvenil ayuda a entender tanto las acciones directas como los factores que influyen en ellas. Cuestión que se torna imprescindible para poder actuar, en los casos necesarios, para prevenir o ayudar a curar los déficit del autocuidado. De ahí que, como primer paso, sea comprobar la validez del instrumento, y, como segundo, su estabilidad temporal.

En síntesis, el lector encontrará, primero, un breve recorrido por los modelos de gestión del autocuidado, así como los instrumentos que se han utilizado. Posteriormente, señalamos los objetivos que nos planteamos y las decisiones metodológicas para su consecución. Posteriormente mostramos los resultados de las pruebas que evalúan la estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario y, por último, la discusión y conclusiones.

1.1. Modelos de gestión y medición del autocuidado

Desde el año 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como ausencia de enfermedad (Hoyo *et al.*, 2021; La Valle, 2017; OMS, 1948). De ahí que autores no relacionados con las ciencias biomédicas, como Durkheim (1985), consideran el comportamiento humano como un todo, en el que los diferentes sistemas y órganos trabajan de forma conjunta, tienen su función determinada e influyen en el funcionamiento del resto. Y, más específicamente en el ámbito sanitario, Dean (1989) apunta que no todas las actividades de cuidado son racionales, puesto que algunas de ellas tienen un significado aprendido socialmente.

Ahora bien, la existencia de consenso en cuanto a la definición de salud no significa que exista en la gestión del cuidado. Esta resulta de la aplicación de juicios profesionales que promueven el bienestar y la salud de las personas. Este proceso humano se identifica con la teoría del autocuidado de Orem (1999), desde dos vías: primera, por conductas aprendidas que se dan en momentos de la vida y, segunda, por la interacción entre el profesional biomédico y la persona que presenta algún quebrante de salud. Proceso que conlleva tanto adaptaciones comportamentales como puesta en valor de recursos materiales y financieros que busquen garantizar la continuidad de los cuidados (Zárate, 2004).

Más concretamente, en la actualidad los modelos de gestión del autocuidado presentan una doble visión. Por un lado, los que se centran en el análisis de logros y errores en el proceso de atención médica de diferentes enfermedades o patologías, como consecuencia de prácticas, hábitos, comportamientos y/o dolencias comunes en cada una de ellas (véanse, entre otros, Achury y Konato, 2023; Alania-Chávez, 2021). Este modelo de gestión lo conforman equipos interdisciplinarios que se centran, sobre todo, en el fomento del autocuidado y la promoción de la salud (Santiago, 2022; De la Torre, 2016; Pool-Góngora *et al.*, 2023), especialmente en población vulnerable o ya enferma (Nuño-Solinis *et al.*, 2013; Reyes y Guadarrama, 2022). Asimismo, sus acciones van dirigidas a intervenciones en los centros de salud.

Y, por otro, se está empezando a gestar un modelo que implementa medidas sobre el autocuidado en población sana, aunque su atención se centra, principalmente, en el aspecto físico y biológico de las potenciales enfermedades. Para ello se utiliza una serie de instrumentos de medida, a saber: Self-care Ability Scale for the elderly (SASE), Self-care of home-Dwelling Elderly (SCHDE), Lorensen's Self-care Capability Scale (LSCS), Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI), Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI-90), Exercise of Self-Care Agency (ESCA), Self-as-Carer Inventory (SCI), Appraisal of the Self-Care Agency Scale (ASA-A), Perceived Self-Care Agency Questionnaire (PSCAQ) (Matarese *et al.*, 2016).

No obstante, en esta segunda visión también existen investigaciones que prestan atención al autocuidado a factores sociales y psicológicos (Campos *et al.*, 2018; León y Gómez, 2020; Videra y Reigal, 2013), pero se adolece de una escala unificada contrastada que favorezca un análisis multicausal.

En lo que concierne a los modelos de gestión en materia de prevención y, en especial, con el grupo etario de jóvenes adolescentes, existen instrumentos de medición en cuanto a práctica o agencia (Slusher *et al.*, 1999), pero no introducen cuestiones sociales y personales que intervienen en el autocuidado, y que permita un análisis de las circunstancias que determinen y expliquen las acciones.

Los programas de gestión del autocuidado en los centros educativos de Andalucía son trabajados por la figura del/la enfermero/a escolar (Bernedo *et al.*, 2023; García y Langa, 2012). Si bien es cierto que su labor está generando gran interés y ayuda a la comunidad educativa (Rodríguez y Hernández, 2018), sus actuaciones se establecen a través de premisas estandarizadas para toda la comunidad y según el análisis cualitativo de la situación en cada centro. O lo que es igual, no se tiene en cuenta la capacidad de agencia de los sujetos en el autocuidado, entendida esta como la puesta en valor de los recursos materiales, de conocimiento, etc., que el individuo emplea para disfrutar de un estado de salud y bienestar óptimo. De ahí que sea necesario conocer y medir esa capacidad y detectar los elementos y factores que acarrearán la aparición del déficit del autocuidado.

1.2. Objetivos e hipótesis de trabajo

Existen numerosas investigaciones sobre la funcionalidad del autocuidado, como vimos anteriormente, en el campo de las ciencias médicas; pero en las ciencias sociales es un fenómeno poco explorado, ya que el estudio del autocuidado es limitado y visiblemente inexistente. Incluso más, no existe literatura que estudie la dinámica del autocuidado en jóvenes y adolescentes que cubra sus prácticas de riesgo, ni los criterios que pueden arrojar los instrumentos de evaluación, por lo que esta investigación se vuelve necesaria y pionera en el país. Además, algunas investigaciones concuerdan con la existencia de una estructura tridimensional de la práctica del autocuidado (físico, mental y social) (Campos-García *et al.*, 2018; Galiana *et al.*, 2015). No obstante, aún no existen escalas estandarizadas para su medición de forma conjunta.

El objetivo del presente trabajo es conocer la estructura factorial del cuestionario PGJ en una muestra de estudiantes de secundaria de Almería, así como su fiabilidad en

términos de consistencia interna y validez temporal. Por todo esto, se parte de las siguientes hipótesis principales: a) la estructura factorial y ajuste del cuestionario PGJ presenta varios factores que pueden medirse de forma independiente y completa a un modelo unifactorial (véanse, entre otros, Campos *et al.*, 2018; Díaz *et al.*, 2016) y, por ende, posibilita diseñar intervenciones adecuadas; b) existe una importante consistencia interna ($\alpha > 0,7$) entre los factores que componen el cuestionario PGJ y una estabilidad aceptable ($r > 0,5$) a partir de dos mediciones en distintos momentos.

2. Método

2.1. Diseño

El presente estudio comprende un diseño instrumental de las propiedades psicométricas del cuestionario PGJ, en el que se incluyen los siguientes análisis: estructura factorial de los ítems, pruebas de fiabilidad (consistencia interna de las puntuaciones) y estabilidad temporal. El cuestionario estaba compuesto inicialmente por 88 ítems que responden a cuatro dimensiones que corresponden a dos enfoques: uno que deriva de la gestión (Santiago, 2022; Pool-Góngora *et al.*, 2023) y otro que proviene de la práctica, a partir de acciones físicas, mentales y sociales (Campos-García *et al.*, 2018; Galiana *et al.*, 2015).

El autocuidado físico son las destrezas que se emplean para mejorar el funcionamiento físico y prevenir o controlar enfermedades. Estas se manifiestan a través de ciertos hábitos de ejercicio, alimentación e higiene, así como de la prevención del daño corporal (Butler *et al.*, 2019; Corral *et al.*, 2017).

El autocuidado psicológico promueve prácticas que hacen frente a condiciones emocionales que alteran la vida (Vidal-Blanco *et al.*, 2019). Quererse a uno/a mismo, valorarse positivamente y aprender a gestionar los momentos sobrevenidos actúan eficazmente en el cuidado personal (Cerna, 2023). Además, la práctica espiritual promueve actividades de oración o meditación que favorece la salud psicológica (Puchalski *et al.*, 2019; Steinhorn *et al.*, 2017).

La dimensión social ha sido la menos estudiada; en realidad, se ha prestado atención al tipo de relaciones sociales que se tiene con las personas que ayudan al cuidado, ya sean familiares o profesionales que ofrecen información o intervienen en los propios cuidados, como, por ejemplo, higiene, curas, deporte, etc. (Márquez-Terraza, 2022). Pero no se ha trabajado con la agencia del autocuidado en su perspectiva social y relacional, incluso existiendo evidencias que relacionan una adecuada salud social con prevención de enfermedades psicológicas (depresión, ansiedad, TCA) y físicas (sobrepeso, obesidad, etc.) (véanse, entre otros, De los Ángeles-Páramo, 2011; Lacunza *et al.*, 2013; Rondon y Angelucci, 2021; Torrel y Delgado, 2016).

2.2. Participantes

La muestra estuvo formada por 290 estudiantes de secundaria de la provincia de Almería. El tamaño muestral se extrae a partir de un universo que asciende a 38.051 personas entre 12 y 17 años, que conforman nuestra población diana (INE, 2019) (Nivel de confianza = 95%; Margen de Error = 5,7%).

El 61,9% se declaró mujer, el 36,5%, hombre, y el 1,6%, neutro. Edad media 16,07 años (DT = 1,89). El 12,7% está matriculado en primero de la ESO, el 10,7% en segundo, el 10,6% en tercero y el 18,3% en cuarto. Por otra parte, el 12,7% cursa primero de bachillerato, y el 35% restante, segundo de bachillerato.

2.3. Procedimiento

Este trabajo parte del proyecto Rol de la familia en la percepción del autocuidado de los jóvenes andaluces. Hábitos anteriores y posteriores a la COVID-19, subvencionado por el Centro de Estudios Andaluces, convocatoria 2023/2025.

La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico, en centros educativos, de la provincia de Almería, que decidieron participar de manera voluntaria en el proyecto. Además, los padres y/o tutores legales firmaron una carta de consentimiento informado sobre la participación, así como la difusión de los datos resultantes. La administración del cuestionario se realizó a través de la plataforma Limesurvey. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS-27.

2.4. Instrumento

El cuestionario PGJ estaba constituido, inicialmente, por un banco de 88 preguntas (véase la tabla 1); y cada ítem se responde con una escala tipo Likert de cinco niveles, a saber: 1: nunca; 2: casi nunca; 3: ocasionalmente; 4: casi siempre; 5: siempre.

Su propósito es evaluar las prácticas del autocuidado (físicas, psicológicas y sociales) y la gestión global del autocuidado. Se propone esta división tomando como referencia: primero, la literatura precedente en cuanto a los hábitos y conductas de riesgo de los jóvenes (véanse, entre otros, Boraita *et al.*, 2022; Lacave *et al.*, 2022; Rosales, 2022; Sánchez *et al.*, 2022; Vallejo y Jiménez, 2022). Y, segundo, cuestionarios que prestan atención a la gestión global del autocuidado (Díaz *et al.*, 2012; 2016) y trabajan el concepto Capacidad de Agencia del autocuidado (López-Díaz *et al.*, 2000; Orem, 1999), entendida como los recursos que pone en valor el sujeto para conseguir un nivel óptimo de salud y bienestar.

Sobre las propiedades psicométricas de esta primera versión se observó una consistencia interna de $\alpha = 0,71$. No obstante, aun siendo un buen resultado, se optó por reducir el número de ítems para apostar únicamente por aquellos cuyas cargas factoriales alcanzaban valores mayores de 0,5; de modo que se obtuvo, finalmente, un cuestionario formado por 60 ítems (los 60 primeros de la tabla 1) con una consistencia interna de $\alpha = 0,84$ y con unos índices de ajuste aceptables: $S - B \div 2/gl = 2,68$ ($S - B \div 2 = 80,41$ $gl = 30$), CFI = 0,90.

Tabla 1
Ítems de la escala

Ítem	Descripción	Variable
Factor Físico		
1	¿Cuántos días a la semana asistes a escuelas deportivas? (deporte organizado)	Actividad física
2	¿Cuántos días a la semana practicas deporte no organizado con amigos/as y/o compañeros/as?	Actividad física
3	¿Cuántos días a la semana realizas actividad física moderada? (caminatas, baile, ejercicio, desplazarte en bici, etc.)	Actividad física
4	¿Cuántos días a la semana duermes mínimo 8 horas?	Descanso
5	¿Cuántos días a la semana te duermes antes de las 11 de la noche?	Descanso
6	Haces lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vives	Higiene
7	Te duchas con regularidad para mantenerte limpio/a	Higiene
8	Intentas mantener el peso que te corresponde cuidando de lo que comes y/o el ejercicio que haces	Actividad física
9	Duermes lo suficiente para sentirte descansado/a	Descanso
10	Consumes cerveza u otra bebida alcohólica*	Conducta de riesgo
11	Consumes tabaco*	Conducta de riesgo
12	Consumes cannabis u otra droga*	Conducta de riesgo
13	Usas el cinturón de seguridad o el casco	Conducta de riesgo
14	Conduces bajos los efectos del alcohol y/o las drogas*	Conducta de riesgo
15	Te implicas en peleas violentas*	Conducta de riesgo
16	Tienes relaciones sexuales sin protección*	Conducta de riesgo
17	Realizas maltrato físico contra ti mismo/a*	Conducta de riesgo
Factor Práctica Social		
18	Pasas tiempo de calidad con tu familia	Familia
19	Tu familia trata de ayudarte	Familia
20	Tus amigos intentan ayudarte cuando lo necesitas	Amigos
21	Puedes contar con tus amigos/as cuando las cosas salen mal	Amigos
22	Puedes hablar de tus problemas con tu familia	Familia
23	Tienes amigos con los que poder compartir tus alegrías y tus penas	Amigos
24	Tu familia está dispuesta a ayudarte a tomar decisiones	Familia
25	Puedes hablar de tus problemas con tus amigos/as	Amigos
26	Tienes la ayuda y el apoyo emocional que necesitas en tu familia	Familia
27	Hay una persona especial que verdaderamente es un consuelo para ti (un familiar)	Familia
28	Hay una persona especial que verdaderamente es un consuelo para ti (un amigo/a)	Amigo
29	Hay una persona especial que verdaderamente es un consuelo para ti (pareja)	Pareja
30	Hay una persona especial que verdaderamente es un consuelo para ti (un profesional)	Profesional
31	Hay una persona especial con la que puedes compartir tus penas y alegrías (un familiar)	Familia
32	Hay una persona especial con la que puedes compartir tus penas y alegrías (un amigo/a)	Amigo
33	Hay una persona especial con la que puedes compartir tus penas y alegrías (pareja)	Pareja
34	Hay una persona especial con la que puedes compartir tus penas y alegrías (un profesional)	Profesional
35	Hay una persona especial en tu vida a la que le importan tus sentimientos (un familiar)	Familia
36	Hay una persona especial en tu vida a la que le importan tus sentimientos (un amigo/a)	Amigo
37	Hay una persona especial en tu vida a la que le importan tus sentimientos (pareja)	Pareja
38	Hay una persona especial en tu vida a la que le importan tus sentimientos (un profesional)	Profesional
Factor Práctica Psicológica		
39	Te has sentido cansado/a o agotado/a para cuidarte como es debido*	Gestión emocional
40	Has perdido el control de tus emociones*	Gestión emocional
41	Cuando te enfadas te cuesta parar y reflexionar tranquilamente*	Gestión emocional
42	Estás satisfecho/a de cómo eres	Autoestima
43	Piensas que eres un/a inútil*	Autoestima
44	Piensas que eres un/a fracasado/a*	Autoestima
45	Tienes una actitud positiva contigo mismo/a	Autoestima

Ítem	Descripción	Variable
46	Te gustaría parecerte a otra persona*	Autoestima
47	Has querido cambiar quién eres*	Autoestima
48	Te sientes satisfecho/a de la vida que tienes	Satisfacción con la vida
49	Prácticas meditación o rezas	Espiritualidad
50	Tu fe o creencia en algo superior te ayuda a enfrentar los retos de tu vida	Espiritualidad
51	Piensas que ayudar a las demás personas es un valor espiritual positivo para ti	Espiritualidad
52	Tienes fe o conexión y armonía contigo mismo/a	Espiritualidad
53	Intentas mantener y fortalecer las relaciones con los demás como parte de tu fe	Espiritualidad
Factor Gestión		
54	Eres consciente y te interesa saber si las actividades que prácticas son buenas para tu salud	Gestión autocuidado
55	Intentas conseguir ayuda cuando tienes problemas relacionados con tu salud	Gestión autocuidado
56	Si tú solo/a no puedes tener un buen estado de salud, intentas buscar ayuda	Gestión autocuidado
57	Tu salud es lo primero para ti	Gestión autocuidado
58	Intentas informarte sobre tu salud cuando no entiendes algo	Gestión autocuidado
59	Has conseguido cambiar hábitos que tenías arraigados con tal de mejorar tu salud	Gestión autocuidado
60	Sabes evaluar cómo tu estilo de vida influye en tu salud	Gestión autocuidado
Ítems excluidos por el Análisis Factorial		
61	Consumes más de tres veces a la semana alguno de los siguientes productos: bollería, snacks fritos, comida rápida, refrescos azucarados o bebidas energéticas	
62	Consumes todos los días frutas y verduras	
63	Haces cinco comidas diarias	
64	Comes más de una vez al día solo/a	
65	Te preocupa si lo comes afecta a tu salud	
66	Estás sentado/a más de 4 horas seguidas fuera del horario escolar	
67	Te preocupas por practicar ejercicio físico para mejorar tu salud	
68	Pasas más de 3 horas diarias sedentario/a en redes sociales o con algún dispositivo electrónico	
69	Te preocupas por tu descanso	
70	Sabes a quién dirigirte para informarte cuando tienes un problema de salud	
71	Tienes contacto con tus amigos/as diariamente (en persona o redes sociales)	
72	Cuando tienes que tomar una medicina cuentas con persona(s) sobre los efectos de ingerirla	
73	Intentas que las situaciones dañinas no cambien tu forma de ser	
74	Haces pausas para reflexionar sobre tus sentimientos y emociones	
75	No sabes identificar la emoción que sientes	
76	Te culpabilizas de los problemas que suelen ocurrirte	
77	No estás a gusto con tu físico	
78	No te gusta cómo eres	
79	Tu perspectiva hacia la mayoría de las cosas es pesimista	
80	La vida no te parece placentera	
81	Hay una persona especial de tu familia que está cerca cuando lo/la necesitas	
82	Hay una persona especial (amigo/a) que está cerca cuando lo/la necesitas	
83	Hay una persona especial (pareja) que está cerca cuando lo/la necesitas	
84	Hay una persona especial (profesional) que está cerca cuando lo/la necesitas	
85	Te gustaría poder hacer más actividades relacionadas con la mejora de tu salud durante el día de lo que lo haces	
86	Eres consciente de que puedes cuidar tu salud mejor de lo que lo estás haciendo	
87	Examinas tu cuerpo para ver si hay algún cambio	
88	Debido a tu rutina diaria te resulta difícil tener tiempo para realizar actividades relacionadas con tu salud	

Los ítems señalados con * han sido recodificados buscando obtener puntuaciones positivas respecto a la escala.

Fuente: elaboración propia.

El factor de ajuste para la Desviación Estándar (DE), de cada una de las dimensiones dividida en 3 partes, fue de 0,75 ($M-0,75*DE$ para límite izquierdo; $M+0,75*DE$ para límite derecho).

En la dimensión Práctica Física la adecuación KMO es de 0,740 (sig. < 0,001). Cuatro componentes explican el 53,875% de la Varianza Total Explicada (VTE): 1) conductas de riesgo; 2) higiene; 3) actividad física; 4) descanso. Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre 17 y 85 (bajo ≤ 36 < medio ≤ 56 < alto).

En la dimensión Práctica Social la adecuación KMO es de 0,860 (sig. < 0,001). Está formada por cuatro componentes que explican el 74,633% de la VTE: 1) familia; 2) amigos; 3) pareja; 4) profesional. Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre 21 y 105 (bajo ≤ 53 < medio ≤ 73 < alto).

En la dimensión Práctica Psicológica la adecuación KMO es de 0,809 (sig. < 0,001). Está compuesta por cuatro factores que explican el 65,979% de la VTE: 1) espiritualidad; 2) autoestima; 3) satisfacción con la vida; 4) gestión emocional. Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre 15 y 75 puntos (bajo ≤ 38 < medio ≤ 52 < alto).

En la dimensión Gestión la adecuación KMO es de 0,844 (sig. < 0,001). Está compuesta por un factor que explica el 51,912% de la VTE. Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre 7 y 35 (bajo ≤ 16 < medio ≤ 26 < alto).

2.5. Análisis de resultados

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los ítems, de dispersión (curtosis y asimetría) y de normalidad multivariada. Posteriormente, se observa la correlación ítem-dimensión, para su retiro en el caso de que sea $r(i-tc) < 0,20$ (Kline, 1986; 2011). En segundo lugar, el análisis se centró en comprobar la estructura factorial del PGJ, para ello, se utilizaron los análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Factorial Confirmatorio (AFC).

En el AFE se calcularon: a) adecuación muestral, con la prueba Kaiser-Meyer Olkyn (KMO), con puntuaciones cercanas a 1 se considera adecuación alta; b) evaluación de la aplicabilidad, con la prueba de Esfericidad de Bartlett (χ^2), en la que se espera una significación estadística de $p < 0,005$; c) análisis de comunalidades (h_2), en el que se estima, como criterio de exclusión de ítems, cuando las puntuaciones son inferiores a $h_2 < 0,50$; d) la extracción de los factores se realizó a través de la función Extracción de Componentes Principales (ECP); y e) la rotación de los ítems con el método Varimax.

El AFC comprendió los siguientes cálculos: a) estimación del AFC, con el Método de Factorización de Ejes principales; b) índices de ajuste absoluto, con la prueba χ^2 con ausencia de significación ($p > 0,05$) (Batista-Fogueta *et al.*, 2004); c) el Índice de Bondad de ajuste (GFI), con puntuaciones superiores a 0,80 (Gámez-Guadix *et al.*, 2014).

En último lugar se calculó la consistencia interna con el índice de Fiabilidad de Cronbach (α), alcanzando una fiabilidad alta cuando las puntuaciones son iguales o superiores a $\alpha = 0,70$. Y la fiabilidad del instrumento, tomando como referencia

la estabilidad temporal, con el uso de la prueba Test-Retest. Además, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson entre la escala satisfacción con la vida, que actúa como referencia (Diener *et al.*, 1985), y las dimensiones de la escala para corroborar el criterio de fiabilidad.

3. Resultados

3.1. Análisis inicial de los ítems

El análisis preliminar busca conocer las características que presentan los ítems del cuestionario (tabla 2). El ítem 1 «¿Cuántos días a la semana asistes a escuelas deportivas? (deporte organizado)» presenta la media más baja ($M = 1,80$), frente al 12 «Consumes cannabis u otras drogas» que obtiene la más alta ($M = 4,68$). En el análisis de asimetría y la curtosis todos los ítems se encontraban dentro de los criterios de aceptación de normalidad multivariada, contenida entre $\pm 1,5$. Por último, en la correlación ítem-test oscilaron entre $r(i-tc) = 0,60$ del ítem 26 «Tienes la ayuda y el apoyo emocional que necesitas en tu familia» y $r(i-tc) = 0,21$ de los ítems 14, 33 y 37: «Conduces bajos los efectos del alcohol y/o las drogas», «Hay una persona especial con la que puedes compartir tus penas y alegrías (pareja)» y «Hay una persona especial en tu vida a la que le importan tus sentimientos (pareja)».

Tabla 2

Análisis descriptivo de los ítems, escala final del cuestionario PGJ (60 ítems)

Ítem/dimensión	Media	DT	Asimetría	Curtosis	$r(i-tc)$
1 PF	1,80	2,59	1,119	-0,334	0,26
2 PF	2,36	2,67	0,710	-1,048	0,25
3 PF	3,21	2,71	0,171	-1,488	0,36
4 PF	4,58	2,62	-0,563	-1,216	0,27
5 PF	2,90	2,87	0,243	-1,617	0,26
6 PF	4,20	1,21	-1,749	2,593	0,34
7 PF	4,62	0,90	-2,993	9,740	0,29
8 PF	3,34	1,52	-0,653	-0,644	0,34
9 PF	3,46	1,31	-0,463	-0,759	0,42
10 PF	4,15	1,15	-1,406	1,547	0,24
11 PF	4,12	1,53	-1,417	0,380	0,27
12 PF	4,68	0,95	-3,151	9,421	0,28
13 PF	3,96	1,60	-1,320	0,271	0,31
14 PF	4,62	1,13	-3,141	8,882	0,21
15 PF	4,47	1,04	-2,353	5,621	0,29
16 PF	3,91	1,68	-1,242	-0,018	0,21
17 PF	4,43	1,26	-2,451	5,130	0,24
18 PS	3,81	1,16	-0,543	-0,759	0,49
19 PS	4,33	1,09	-1,625	1,764	0,52
20 PS	4,14	1,07	-1,136	0,457	0,49

Ítem/dimensión	Media	DT	Asimetría	Curtosis	r(i-tc)
21 PS	4,04	1,14	-0,983	-0,008	0,37
22 PS	3,73	1,40	-0,674	-0,934	0,48
23 PS	4,22	1,12	-1,355	0,934	0,32
24 PS	4,18	1,14	-1,261	0,542	0,51
25 PS	4,10	1,17	-1,044	-0,004	0,36
26 PS	3,98	1,28	-0,952	-0,405	0,60
27 PS	4,31	1,15	-1,689	1,848	0,54
28 PS	4,07	1,23	-1,116	0,096	0,39
29 PS	2,43	1,75	0,583	-1,482	0,26
30 PS	2,57	1,61	0,429	-1,413	0,49
31 PS	4,29	1,14	-1,537	1,278	0,59
32 PS	4,22	1,07	-1,318	0,913	0,48
33 PS	2,48	1,77	0,525	-1,572	0,21
34 PS	2,42	1,53	0,608	-1,119	0,49
35 PS	4,41	1,04	-1,733	2,015	0,57
36 PS	4,16	1,17	-1,264	0,565	0,48
37 PS	2,62	1,79	0,366	-1,698	0,21
38 PS	2,45	1,54	0,543	-1,212	0,45
39 PP	3,03	1,27	-0,136	-0,947	0,29
40 PP	2,99	1,23	0,159	-0,796	0,23
41 PP	3,26	1,31	-0,093	-1,126	0,30
42 PP	3,59	1,30	-0,452	-0,970	0,30
43 PP	2,15	1,25	0,763	-0,515	0,28
44 PP	2,12	1,27	0,845	-0,366	0,22
45 PP	3,40	1,24	-0,214	-0,954	0,41
46 PP	2,22	1,39	0,773	-0,734	0,24
47 PP	2,44	1,44	0,477	-1,147	0,41
48 PP	3,77	1,28	-0,843	-0,322	0,33
49 PP	2,55	1,51	0,470	-1,195	0,45
50 PP	2,84	1,52	0,121	-1,413	0,39
51 PP	3,58	1,39	-0,599	-0,868	0,45
52 PP	3,37	1,32	-0,354	-0,952	0,37
53 PP	3,13	1,40	-0,148	-1,138	0,40
54 DG	3,45	1,25	-0,371	-0,775	0,51
55 DG	3,59	1,21	-0,366	-0,772	0,46
56 DG	3,50	1,32	-0,426	-0,938	0,49
57 DG	3,77	1,20	-0,573	-0,698	0,42
58 DG	3,62	1,20	-0,410	-0,747	0,51
59 DG	3,37	1,31	-0,234	-0,995	0,53
60 DG	3,52	1,20	-0,389	-0,612	0,46

r(i-tc) = Correlación ítem-test corregida. PF = Prácticas Físicas. PS = Prácticas Sociales. PP = Prácticas Psicológicas. DG = Dimensión Global.

Fuente: elaboración propia.

3.2. Estructura factorial de las dimensiones del cuestionario PGJ

Con las pruebas de KMO y esfericidad de Bartlett se comprueba la adecuación de los ítems para formar los factores de cada dimensión. En el análisis de las comunalidades (h_2) no se aprecian valores extremos altos que señalen multicolinealidad o redundancia ($h_2 < 0,95$); ni bajos ($h_2 < 0,2$), por lo que no se considera necesario el retiro de ítems.

Más concretamente, en la dimensión de práctica física el menor valor de comunalidad está en el ítem 3 «¿Cuántos días a la semana realizas actividad física moderada?» ($h_2 = 0,344$) y el mayor con $h_2 = 0,728$ en el ítem 10 «Consumes cerveza u otra bebida alcohólica» (véase la tabla 3).

Tabla 3

Matriz de factores de la dimensión Práctica Física rotados con el método Varimax

Ítem	h_2	F1	F2	F3	F4
1	0,512				0,745
2	0,413				0,834
3	0,344				0,760
4	0,528			0,748	
5	0,632			0,745	
6	0,425		0,738		
7	0,348		0,705		
8	0,711		0,583		
9	0,625			0,658	
10	0,728	0,511			
11	0,455	0,555			
12	0,801	0,762			
13	0,344		0,568		
14	0,457	0,679			
15	0,532	0,597			
16	0,416	0,587			
17	0,344	0,611			

Varianza explicada: F1: 0,20; F2: 0,15; F3: 0,11; F4: 0,08. KMO = 0,74; Bartlett: $X_{2(153)} = 947,173$; $p < 0,001$.

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4 muestra que el valor más bajo de comunalidades lo presenta el ítem 38 «Hay una persona especial en tu vida a la que le importan tus sentimientos (un profesional)» ($h_2 = 0,3142$) y el mayor con $h_2 = 0,776$ el ítem 31 «Hay una persona especial con la que puedes compartir tus penas y alegrías (un familiar)».

Tabla 4

Matriz de factores de la dimensión Práctica Social rotados con el método Varimax

Ítem	h_2	F1	F2	F3	F4
18	0,735	0,706			
19	0,529	0,774			
20	0,366		0,766		
21	0,214		0,784		
22	0,625	0,799			
23	0,365		0,771		
24	0,686	0,834			
25	0,686		0,824		
26	0,411	0,892			
27	0,589	0,773			
28	0,336		0,797		
29	0,342			0,950	
30	0,475				0,891
31	0,776	0,844			
32	0,700		0,798		
33	0,377			0,960	
34	0,431				0,937
35	0,652	0,780			
36	0,425		0,802		
37	0,701			0,929	
38	0,314				0,920

Varianza explicada: F1: 0,36; F2: 0,15; F3: 0,12; F4: 0,10. KMO = 0,86; Bartlett: $X^2_{(210)} = 3.582,230$; $p < 0,001$.

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: elaboración propia.

Por su lado, en los factores de la dimensión de la práctica psicológica, la comunalidad más baja ($h_2 = 0,310$) aparece en el ítem 51 «Piensas que ayudar a las demás personas es un valor espiritual positivo para ti», y la mayor con $h_2 = 0,739$ en el ítem 40 «Has perdido el control de tus emociones» (véase la tabla 5).

Tabla 5

Matriz de factores de la dimensión Práctica Psicológica rotados con el método Varimax

Ítem	h ²	F1	F2	F3	F4
39	0,529				0,783
40	0,739				0,839
41	0,397				0,636
42	0,326			0,780	
43	0,597		0,748		
44	0,466		0,753		
45	0,531			0,753	
46	0,644		0,795		
47	0,517		0,787		
48	0,701			0,808	
49	0,641	0,789			
50	0,563	0,850			
51	0,310	0,678			
52	0,480	0,664			
53	0,644	0,792			

Varianza explicada: F1: 0,31; F2: 0,18; F3: 0,10; F4: 0,08. KMO = 0,81; Bartlett: $X_{2(105)} = 1.207,854$; $p < 0,001$.

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 6, que hace referencia a la dimensión gestión del autocuidado, puede verse que la comunalidad más baja la tiene el ítem 60 «Sabes evaluar cómo tu estilo de vida influye en tu salud» ($h_2 = 0,447$) y el mayor, con $h_2 = 0,645$, el ítem 58 «Intentas informarte sobre tu salud cuando no entiendes algo».

Tabla 6

Matriz de factor de la dimensión Gestión del Autocuidado

Ítem	h ²	F1
54	0,518	0,720
55	0,556	0,746
56	0,523	0,723
57	0,463	0,680
58	0,645	0,803
59	0,481	0,694
60	0,447	0,669

Varianza explicada con único factor. F1: 0,52. KMO = 0,84; Bartlett: $X_{2(21)} = 488,841$; $p < 0,001$.

Fuente: elaboración propia.

Y para el cuestionario, en su conjunto, se observó que, a través del método de extracción de componentes principales, con rotación Varimax, se obtienen las siguientes dimensiones: Gestión Global con un 37,14% de la VTE, Práctica Física con un 27,87%

de la VTE, Práctica Social con un 24,17% de la VTE y Práctica Psicológica con un 10,70% de la VTE.

En el análisis confirmatorio, los valores del AFC indican que el modelo con mejor ajuste fue el conformado por 13 factores (conductas autolesivas, higiene, actividad física, descanso, relación con familia, relación con amigos/as, relación con pareja, contacto con profesionales, espiritualidad, autoestima, satisfacción con la vida, gestión emocional y gestión autocuidado), que corresponden a cuatro dimensiones correlacionadas entre sí, como se muestra en la tabla 7: práctica física, social, psicológica y gestión global, y que explican el 72,3% de la VTE, KMO = 0,84. Además, la prueba de bondad de ajuste nos ofreció valores que determinan un valor aceptable del modelo ($X^2 = 0,94$).

Tabla 7

Correlaciones entre las dimensiones de la escala PGJ, puntuación total y escala de referencia

	Práctica física	Práctica social	Práctica psicológica	Gestión autocuidado	Puntuación total	Satisfacción con la vida*
Práctica física	1	0,368**	0,309**	0,705**	0,736**	0,229**
Práctica social	0,368**	1	0,423**	0,812**	0,816**	0,449**
Práctica psicológica	0,309**	0,423**	1	0,712**	0,710**	0,379**
Gestión autocuidado	0,705**	0,812**	0,712**	1	0,995**	0,490**
Puntuación total	0,736**	0,816**	0,710**	0,995**	1	0,479**
Satisfacción con la vida*	0,229**	0,449**	0,379**	0,490**	0,479**	1

*Escala de referencia.

Fuente: elaboración propia.

3.3. Análisis de consistencia interna, estabilidad temporal y objetivo de medición

El análisis de la fiabilidad muestra que en la dimensión Práctica Física, con 17 ítems, y Práctica Psicológica, con 15 ítems, es moderada y, en Práctica Social, con 21 ítems y Gestión, con 15 ítems, la consistencia interna, es moderada (véase la tabla 8). En consecuencia, el cuestionario PGJ presenta niveles de fiabilidad entre sus dimensiones que lo definen como consistente y oportuno para la evaluación de la práctica y gestión del autocuidado de los jóvenes. Y, como se ha mostrado en la tabla 7, al existir correlaciones entre las dimensiones se confirma, nuevamente, el modelo cuadrimensional.

Tabla 8*Consistencia interna del cuestionario PGJ*

Dimensiones	Alfa	Ítems	r
Práctica Física	0,700	17	0,000
Práctica Social	0,903	21	
Práctica Psicológica	0,719	15	
Gestión Autocuidado	0,845	7	

Fuente: elaboración propia.

Sobre la estabilidad temporal del cuestionario PGJ se realizó el Test/Retest a 56 participantes, transcurridos 10 meses. La prueba Kolmogorov-Smirnov mostró distribución normal ($p = 0,200$) y la correlación de Pearson ($r = 0,801$), estabilidad temporal de la escala.

Para comprobar la capacidad de criterio o validez de convergencia se llevó a cabo una correlación de Pearson entre las diferentes dimensiones de la escala y la puntuación total de la misma, con la escala de referencia (Diener *et al.*, 1985). Los resultados mostraron que existe correlación elevada entre las dimensiones y la escala de referencia (véase la tabla 7). De forma más específica, se puede observar que las dimensiones Gestión y Práctica Social son las que más correlacionan con la variable «Puntuación total». De todos modos, todas son significativas y ostentan puntuaciones de $r > 0,40$.

En lo que respecta a la correlación entre las diferentes dimensiones y la escala de referencia, podemos observar cómo los niveles de significación son elevados en todas ellas ($p < 0,001$), obteniendo los coeficientes más elevados en práctica psicológica, gestión y puntuación total.

En síntesis, el cuestionario se creó en torno a cuatro dimensiones correlacionadas entre sí ($p < 0,001$) y con una fiabilidad $\alpha = 0,84$. El Análisis Factorial Exploratorio de cada dimensión mostró cuatro factores para Práctica Física (KMO = 0,740; 53,87% VTE), cuatro factores para Práctica Psicológica (KMO = 0,809; 65,979% VTE), cuatro factores para Práctica Social (KMO = 0,860; 74,633% VTE) y un factor para Gestión (KMO = 0,844; 51,912% VTE). Por último, la estabilidad temporal de la escala se confirmó con valores de $r = 0,801$, y la correlación con la escala de referencia ($p < 0,001$) ofreció validez de criterio.

4. Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue conocer la estructura del cuestionario de PGJ entre 12 y 17 años, así como su fiabilidad en términos de consistencia interna, validez de criterio y temporal.

Se encontró que la estructura está compuesta por cuatro dimensiones correlacionadas entre sí. Las pruebas de KMO y de esfericidad de Bartlett señalaron la adecuación en la conformación de los factores y dimensiones. Además, las comunalidades supe-

riores a 0,50 consolidaron la prueba en 60 ítems. Respecto a la consistencia interna, todas las dimensiones se encuentran en valores superiores a $\alpha = 0,70$. Por su lado, la estabilidad temporal queda demostrada con el análisis factorial confirmatorio, tras administrar el cuestionario diez meses después.

Estos hallazgos confirman las hipótesis planteadas sobre la posibilidad de establecer un cuestionario multidimensional que posea la capacidad de medir tanto de forma unificada el nivel de Práctica y Gestión del Autocuidado como, de forma específica, cada dimensión. Dicho de otro modo, los datos demuestran la afinidad de los factores y las dimensiones con el fenómeno que se quiere analizar. Además, estos resultados permiten ofrecer información más detallada sobre la dimensión más interesante a trabajar en procesos de intervención (Chavarría, 2019; Fernández-Sánchez *et al.*, 2023), así como establecer relaciones entre las propias dimensiones del cuestionario (Cosano, 2021; Poblete y Baldrich, 2012).

En consecuencia, cabe resaltar el papel que toma la gestión del autocuidado, tanto en su dimensión independiente como en su relación con el resto de las dimensiones integradas, tal y como mostró el AFE. Lo que implica la importancia de medir esta dimensión, de propiedades generales, para conocer el estado de la cuestión. Además, concuerda con las diferentes aplicaciones y versiones de cuestionarios sobre gestión realizadas hasta la fecha (Matarese *et al.*, 2016). Incluso más, que existan relaciones significativas entre esta dimensión y las obtenidas de contenidos prácticos expresa la valía del instrumento de medida, no solo para su uso por otras investigaciones, sino como herramienta que pueden utilizar los organismos públicos y/o privados encargados de velar la salud de la juventud (AEP, 2020; Bernedo *et al.*, 2023; Boraita *et al.*, 2022; Junta de Andalucía, 2023).

De igual modo, explicar la distribución de la práctica física en tres dimensiones correlacionadas, basadas en las premisas de la literatura científica precedente (Campos-García *et al.*, 2018; Galiana *et al.*, 2015), ofrece amplitud, a la vez que profundidad, al análisis, y se establece así un método de estudio unificado. Aunque, como ya hemos comentado anteriormente, no existen muchos estudios al respecto, algunas investigaciones refieren que las personas que practican comportamientos de autocuidado físico reportan beneficios en su salud mental, autoestima y gestión de las emociones (Sansó *et al.*, 2015; Monserrat *et al.*, 2023). Y viceversa, el cuidado de la salud emocional puede repercutir en la práctica de actividades físicas saludables (Díaz *et al.*, 2019; Olea *et al.*, 2020). También la inclusión de la espiritualidad, como capacidad de gestión de la salud psicológica, muestra la concordancia de estos resultados con otros previos (Heidari *et al.*, 2017; Sharif Nia *et al.*, 2017).

Los trabajos que abordan la dimensión social de los cuidados prestan atención a las relaciones que se establecen entre el cuidado y su red social de cuidadores: curas, ejercicio, higiene, etc. (Márquez-Terraza, 2022), pero no tanta a la agencia del autocuidado social, que relaciona una adecuada salud social con la prevención de enfermedades psicológicas (depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, etc.) y físicas (sobrepeso, obesidad, etc.) (Lacunza *et al.*, 2013; Rondon y Angelucci, 2021; Torrel y Delgado, 2016).

La estabilidad del instrumento en población joven plantea la necesidad de nuevos estudios que permitan establecer si este resultado puede ser generalizado a nivel nacional e internacional, considerando, además del rango de edad y el sexo, otros niveles educativos y características sociodemográficas personales y familiares, ya que los efectos del método de intervención pueden variar en función de este tipo de variables (Marsh, 1996).

En suma, los resultados de este trabajo, en población joven, pueden actuar como precedente para otras investigaciones que abarquen un mayor número de sujetos, zonas geográficas, así como crear adaptaciones a otros idiomas que quieran confirmar los mecanismos del funcionamiento del autocuidado (Badia y Baro, 2001; Gusi *et al.*, 2009).

5. Conclusiones

Los hallazgos obtenidos poseen notables implicaciones, ya que se concluye que el cuestionario PGJ crea una escala consistente y fiable, que arroja resultados válidos para un segmento de la población (12 y 17 años). Por esto, se puede utilizar como un instrumento que puede medir la Práctica y Gestión del Autocuidado de los jóvenes. No obstante, puesto que los resultados han sido obtenidos de una muestra unificada de una provincia concreta (Almería), deben ser tomados con precaución, ya que requieren de otros estudios confirmatorios para otros contextos.

Además, el cuestionario PGJ con la validez de convergencia sobre un instrumento de referencia, por un lado, y de tiempo, por otro, garantiza su uso con fines de investigación e intervención. O lo que es igual, los resultados que se obtengan de su aplicación muestran datos sobre el comportamiento, en cuanto a prácticas definidas (físicas, psicológicas y sociales), así como su relación con la gestión global (Ayes *et al.*, 2020). Y, por ende, información que demuestra el carácter multidisciplinar del autocuidado, como práctica de prevención o recurso para ayudar a curar.

6. Referencias bibliográficas

- Achury-Saldaña, D. M. y Kato, N. P. (2023). Adaptación cultural del Cuestionario de autocuidado en pacientes con asistencia ventricular definitiva. *Enfermería global*, 22(2), 234-245. <https://doi.org/10.6018/eglobal.526611>
- Alania, M. (2021). Gestión de conocimiento y autocuidado en pacientes trasplantados de células progenitoras hematopoyéticas, trabajo final de máster. Lima: INEN. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72343>
- Asociación Española de Pediatría (2020). Los adolescentes españoles tienen una percepción muy optimista de su estado de salud, según la encuesta «Te cuidas tanto como crees», de la Asociación Española de Pediatría. https://www.aeped.es/sites/default/files/20201026_np_encuesta_adolescentes.pdf

- Ayes, C. B., Ruiz, A. L. y Estévez, G. A. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes psicológicos*, 20(2), 119-138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Badía, X. y Baró, E. (2001). Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. *Atención primaria*, 28(5), 349-356. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70387-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70387-3)
- Batista-Fogueta, M. J., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Berbiglia, V. A. y Thuy, L. T. (2022). Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado en enfermería. En M. Raile Alligood (Ed.), *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 198-212). Barcelona: Elsevier.
- Bernedo-García, M. C., Quiroga-Sánchez, E., García-Murillo, M. Á., Márquez-Álvarez, L., Arias-Ramos, N. y Trevisson-Redondo, B. (2023). La necesidad de la Enfermería Escolar: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 22(72), 490-516. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.560501>
- Boraita, R. J., Ibort, E. G., Torres, J. M. D. y Alsina, D. A. (2022). Factores asociados a un bajo nivel de actividad física en adolescentes de La Rioja (España). *Anales de Pediatría*, 96(4), 326-333. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.02.011>
- 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. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>
- Cabrera, A. R., Ramos, G. S., Palú, M. E. C. y Cáceres, B. P. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L. y Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: Nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(6), 326-331. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>
- Cerna León, Y. L. (2023). *Nivel de autoestima y prácticas de autocuidado en adolescentes de una institución educativa*. Lima: Universidad de Lima.
- Chavarría-Carranza, C. Y. (2019). Estilos de atribución causal. Importancia para la investigación e intervención profesional en la etapa adolescente. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.01>
- Corral, V., Caso, J. y Frías, M. (Dirs.) (2017). *Psicología del cambio climático. Mitigación y adaptación conductual ante el calentamiento global*. México: Pearson.
- Cosano, P. S. (2021). El impacto de la pandemia en los jóvenes: una aproximación multidimensional. *Panorama social*, 33, 109-125.
- De la Torre Pinela, S. V. (2016). *Gestión de los cuidados de enfermería al niño con síndrome de down en su domicilio*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

- De los Ángeles Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- De Valenzuela Bandín, Á. L., García, R. M. y Arias, D. M. E. (2021). Prácticas de ocio y tiempo libre de los adolescentes en Galicia: análisis y reflexiones en clave socioeducativa. *Bordón: Revista de Pedagogía*, 73(1), 161-180. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2021.83201>
- Dean, K. (1989). Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. *Social Science & Medicine*, 29(2), 117-123. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90159-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90159-7)
- Díaz, J. R., Fernández, C. A., Cabo, A. P., Pino, L. P. y Gómez, C. A. (2019). Motivaciones y hábitos de actividad física en alumnos universitarios. *Retos*, (36), 446-453.
- Díaz, V. L., Rojas, P. A., Barboza, Y. B., Sancho, E. C., Marín, M. C. y Guido, Y. W. (2012). Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (22), 5-11.
- Díaz, V. L., Vargas, K. C., Gutiérrez, Y. P., Villegas, T. R. y Wong, I. S. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (31), 12.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Digennaro, S. y Iannaccone, A. (2023). Check Your Likes but Move Your Body! How the Use of Social Media Is Influencing Pre-Teens Body and the Role of Active Lifestyles. *Sustainability*, 15, 3046. <https://doi.org/10.3390/su15043046>
- Durkheim, É. (1985). *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Akal.
- Durkheim, É. (2020). *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia*. Madrid: Morata.
- Fernández-Sánchez, H., Guzmán-Facundo, F. R., Herrera-Medina, D. y Sidani, S. (2023). Importancia del estudio piloto en un proyecto de intervención. *Index de enfermería*, 32(1), 1132-1296. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20233776>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N. y Benito, E. (2015). Validation of a new instrument for selfcare in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>
- Gámez-Guadix, M., Villa-George, F. y Calvete, E. (2014). Psychometric Properties of the Cyberbullying Questionnaire (CBQ) Among Mexican Adolescents. *Violence and Victims*, 29, 243-246. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00163R1>
- García, N. G. y Langa, N. L. (2012). Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de Enfermería*, 15(7), 50-54. <https://doi.org/10.2307/j.ctv25tnwp5.4>
- Gusi, N., Badía, X., Herdman, M. y Olivares, P. R. (2009). Traducción y adaptación cultural de la versión española del cuestionario EQ-5D-Y en niños y adolescentes. *Atención Primaria*, 41(1), 19-23. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.04.005>

- 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. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0320-x>
- Hernández Serrano, O., Espada Sánchez, J. P., Piqueras Rodríguez, J. A., Orgilés Amorós, M. y García-Fernández, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas Saluda: evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Health and Adictions/Salud y Drogas*, 13(2), 135-144. <https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.210>
- Hoyo, D. E. H., Losardo, R. J. y Bianchi, R. I. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25.
- Iglesias, M. L., Tapia-Frade, A. y Velasco, C. M. R. (2023). Patologías y dependencias que provocan las redes sociales en los jóvenes nativos digitales. *Revista de Comunicación y Salud*, 13, 1-22. <https://doi.org/10.35669/rcys.2023.13.e301>
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. Datos por municipios. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p05/a2019/l0/&file=00004001.px>
- Junta de Andalucía (2023). <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/creciendo-salud.html>
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. London: Methuen.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- La Valle, R. (2017). Sobre la definición de salud. *Archivos de medicina familiar y general*, 14(2).
- Lacave, T. T., Vázquez-Barrio, T. y Álvarez, R. S. (2022). Experiencias de ciberacoso en adolescentes y sus efectos en el uso de internet. *Icono14*, 20(1), 7. <https://doi.org/10.7195/ri14.v20i1.1624>
- Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Salazar, R., Sal, J. y Filgueira, J. (2013). Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 25-32. <https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.1094>
- León-Larios, F. y Gómez-Baya, D. (2020). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e20180628.
- López Díaz, A. L. y Guerrero Gamboa, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Investigación Educativa en Enfermería*, 24(2), 90-100.
- López, L. G. y Rodríguez, G. M. (2017). El autocuidado y las apps, agentes de cambio en enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes. *Revista Digital Universitaria*, 18(8). <https://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2017.v18n8.a3>
- Márquez-Terraza, A. V. (2022). Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*, 13(2), e2107. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2107>

- Marsh, H. W. (1993). *Physical Self-Description Questionnaire*. Australia: University of Western Sydney.
- Matarese, M., Lommi, M. y De Marinis, M. G. (2017). Systematic review of measurement properties of self-reported instruments for evaluating self-care in adults. *Journal Advance Nursing*, 73(6), 1272-1287. <https://doi.org/10.1111/jan.13204>
- Ministerio de Sanidad (2023). <https://www.sanidad.gob.es/campañas/portada/home.htm>
- Monserrat Hernández, M., Arjona Garrido, Á., Checa Olmos, J. C., Casimiro Andújar, A., Artés Rodríguez, E. M. y Salguero García, D. (2023). Influence of the practice of physical exercise and healthy eating on the Vigour of university lectures. *Frontiers in Sports and Active Living*, 5, 1228668. <https://doi.org/10.3389/fspor.2023.1228668>
- Nuño-Solinis, R., Rodríguez-Pereira, C., Piñera-Elorriaga, K., Zaballa-González, I. y Bikandi-Irazabal, J. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gaceta Sanitaria*, 27, 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008>
- Olea, L. N. S., Ampudia, M. G. L., Cárdenas, R. I. S. y Martínez, B. M. (2020). Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud. *Cuidarte*, 5(10), 32-43. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2016.5.10.69114>
- Orem, D. (1999). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Definición de salud. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100).
- Poblete, F. y Baldrich, F. (2012). Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 140(9), 1145-1153. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000900007>
- Pool-Góngora, R. A., Balam-Gómez, M. y Tuyub-Itza, M. Y. (2023). Planes de cuidados de enfermería: propuesta para padres con escolares que padecen sobrepeso u obesidad. *Sanus*, 8. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vii.320>
- 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. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000465>
- Reyes, A. L. G. y Guadarrama, J. D. S. (2022). Valoración de enfermería en el autocuidado y estilo de vida del paciente con enfermedad crónica asociada a la obesidad. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i2.3154>
- Rimón, M. G. y Castro, M. M. (2016). Hábitos de vida saludable desde la adolescencia. *Revista de Estudios de Juventud*, (112), 107-116.

- Rodríguez, H. D. y Hernández, M. A. (2018). Necesidad percibida del profesorado de educación infantil, primaria y secundaria sobre formación en salud e implantación de la figura de la enfermera escolar. *Metas de Enfermería*, 21(9), 5-12.
- Rondón Bernard, J. E. y Angelucci Bastidas, L. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista costarricense de psicología*, 40(2), 215-242. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.08>
- Rosales, R. A. (2022). *Efectos adversos asociados al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo en la población adolescente*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Ruiz-Aquino, M. M., Díaz-Lazo, A., Ortiz-Aguí, M. L. e Ida, V. C. E. (2021). Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio de la COVID-19 en pobladores peruanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4).
- Sánchez, J. G. S. y Riba, S. S. (2022). Predictores asociados al consumo de tabaco en adolescentes: una revisión sistemática. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (46), 1065-1072. <https://doi.org/10.47197/retos.v46.93114>
- Sanmartín, A., Ballesteros, J. C., Calderón, D. y Kuric, S. (2022). *Barómetro Juvenil 2021. Salud y bienestar: Informe Sintético de Resultados*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6340841>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Santiago, M. (2022). *Programa de formación sobre el autocuidado y gestión de emociones del profesional sanitario en la unidad de cuidados paliativos pediátricos*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/112626>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0376-2>
- Slusher, I. (1999). Self-care agency and self-care practice of adolescents. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(1), 49-58. <https://doi.org/10.1080/014608699265383>
- Steinhorn, D. M., Din, J. y Johnson, A. (2017). Healing, spirituality, and integrative medicine. *Annal Palliative Medicine*, 6, 237-247. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.01>
- Taylor, S. G., Compton, A., Donohue-Eben, J., Emerson, S., Nergess, N. y Marriner-Tomey, A. (2000). Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En M. Raile (ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 9-13). España: Elsevier.

- Torrel, M. y Delgado, M. (2016). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y desarrollo*, 17(1), 47-53. <https://doi.org/10.21503/cyd.v17i1.1102>
- Vallejo, A. G. y Jiménez, M. A. (2022). Influencia de la Actividad Físico-Deportiva en el rendimiento académico, la autoestima y el autoconcepto de las adolescentes: El caso de la isla de Tenerife. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (46), 120-128. <https://doi.org/10.47197/retos.v46.93496>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.004>
- Videra-García, A. y Reigal-Garrido, R. E. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>
- White, M. L. y Myers, S. (2013). Development of a spiritual self-care practice scale. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 450-462. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.21.3.450>
- Zárate-Grajales, R. (2004). La gestión del cuidado en enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 42-46. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>

Juan Carlos Checa Olmos

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada. Doctor por la Universidad de Almería. Es catedrático de Sociología de la Universidad de Almería. Sus principales líneas de investigación son las migraciones, mercados laborales y autocuidado. Es autor y coautor de unos doscientos textos científicos publicados en revistas y editoriales de reconocido prestigio.

Montserrat Monserrat Hernández

Profesora de Antropología Social en la Universidad de Almería. Investigadora del Laboratorio de Antropología Social y Cultural (LASC). Doctora por la Universidad de Almería en Ciencias Humanas y Sociales en 2019. Sus principales líneas de investigación son: antropología de la salud, hábitos alimentarios y adherencia a la dieta mediterránea y análisis sociocultural del autocuidado.

Ángeles Arjona Garrido

Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada. Doctora por la Universidad de Almería. Es catedrática de Antropología Social de la Universidad de Almería. Actualmente es la directora del Centro de Estudios de las Migraciones y Relaciones Interculturales. Es autora de textos científicos, publicados en revistas y editoriales de reconocido prestigio, sobre migraciones, género, mercados de trabajo y autocuidados.

