



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería



**Autocuidado y su relación con espiritualidad en
personas adultas mayores que viven en una zona rural**

T E S I S

Que para tener el grado de Maestra en Enfermería

Presenta

L.E. Viridiana García Bedolla

Directora

Dra. Maria Magdalena Lozano Zúñiga

Codirectora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Revisor

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz

Directivos

M.E. Renato Hernández Campos

Director

M.E. María Teresa Espinoza Mosqueda

Secretaria Académica

L.E. Sarai Arzate Carranza

Secretaria Administrativa

Mesa sinodal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Presidente

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Primera vocal

Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Segundo vocal

M.E Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Tercer vocal

Dr. Julio César Leyva Ruiz

Cuarto vocal

Acta de revisión

La Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga Profesora e Investigadora adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Autocuidado y su relación con espiritualidad de personas adultas mayores que viven en una zona rural**”. Elaborado por la Licenciado en Enfermería **Viridiana García Bedolla**, misma que presenta para la obtención del grado de **Maestra en Enfermería con terminal en Salud Pública** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Profesora- Investigadora de tiempo
completo

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Profesora- Investigadora de tiempo
completo

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz
Profesor- Investigador de tiempo completo

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Profesora- Investigadora de tiempo
completo

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
Profesora e investigadora de tiempo
completo

Dedicatoria

A mi hermoso hijo Christian por inspirarme cada día a ser mejor madre, por esperarme cada fin de semana al llegar a casa y por ser ese abrazo reconfortante que abraza el alma en días pesados, por alegrar con tu sonrisa y ocurrencias mi vida, te amo.

A mis padres Eliud y Esteban por haberme formado con su amor, cariño y sacrificios, gracias por apoyarme a estudiar por ustedes soy enfermera, infinitas gracias.

A mis hermanos Yosimar y Ahilton por apoyarme con Chris cuando me encontraba estudiando, por cuidarlo y consolarlo cuando enfermaba, gracias por ser una mano de apoyo para poder estar tranquila.

A doña Lupe, por su apoyo constante, su presencia y cuidado con su nieto, sin su ayuda esto no sería posible. A ti Armando mi amigo y cómplice del alma gracias por brindarme tu casa cada viernes y por permitir ser tu hermana por elección.

Finalmente, a mí misma que a pesar de
comenzar este camino con tantos problemas,
aquí estoy terminado este proyecto,
me siento muy orgullosa de ti Viridiana.

Agradecimientos

A mi asesora, Dra Maria Magdalena Lozano Zuñiga, por su apoyo incondicional y ser un apapacho siempre, por ser mi maestra y guía durante la elaboración de esta tesis que sin su ayuda no estaría realizada.

A cada uno de mis profesores, por sus enseñanzas e inspirarme a ser una enfermera excepcional.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y a la Facultad de Enfermería por brindarme las herramientas necesarias para mi formación académica.

A mis compañeros de trabajo por haberse convertido en investigadores, por su apoyo y comprensión incondicional.

¡Gracias!

Resumen

Introducción. En México las personas adultas mayores son un grupo vulnerable creciente en la pirámide poblacional y quienes experimentan las principales enfermedades crónicas degenerativas que causan exorbitantes gastos hospitalarios en salud. Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo específico que es mejorar la salud mientras que espiritualidad es un elemento de apoyo para el ser humano en todos los procesos de la vida, especialmente en situaciones de vulnerabilidad como la enfermedad y la muerte. La espiritualidad puede estar ligada a la religión, ya que los adultos mayores que la practican tienen creencias arraigadas y muestran un mejor afrontamiento ante diversas situaciones vitales. **Objetivo.** Establecer la relación entre el autocuidado y la espiritualidad en personas adultas mayores que viven en área rural. **Método.** Enfoque cuantitativo con diseño no experimental, correlacional y transversal en el que participaron 350 adultos mayores en una zona rural del estado de Guerrero en México. Para medir el autocuidado se utilizó el instrumento Autocuidado del Adulto mayor, con 20 ítems con $\alpha=0.809$. Para medir espiritualidad se utilizó la escala de experiencia espiritual diaria (DSES), con 16 reactivos y una confiabilidad de $\alpha=0.943$. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección de estudios, y se respetaron los derechos de los participantes acorde a la ley general de salud. **Resultados.** Se encontró una relación significativa en el autocuidado de este grupo de estudio y elevada espiritualidad. **Conclusión.** Es de suma importancia, la utilización de nuevas estrategias que permitan elevar el cuidado de las personas y realizar intervenciones eficaces en salud serán de utilidad para el tratamiento y rehabilitación de los ancianos enfermos.

Palabras clave: Autocuidado, espiritualidad, anciano, envejecimiento, enfermería.

Abstract

Introduction. In Mexico, older adults are a growing vulnerable group in the population pyramid and those who experience the main chronic degenerative diseases that cause exorbitant hospital expenses in health. Self-care is an activity learned by individuals, oriented towards a specific goal which is to improve health, while spirituality is an element of support for the human being in all life processes, especially in situations of vulnerability such as illness and death. Spirituality can be linked to religion, as older adults who practice it have deep-rooted beliefs and show a better coping with various life situations. **Objective.** To establish the relationship between self-care and spirituality in older adults living in rural areas. **Method.** Quantitative approach with a non-experimental, correlational and cross-sectional design in which 350 older adults in a rural area of the state of Guerrero in Mexico participated. To measure self-care, the Self-care of the Elderly instrument was used, with 20 items with $\alpha=0.809$. To measure spirituality, the Daily Spiritual Experience Scale (DSES) was used, with 16 items and a reliability of $\alpha=0.943$. Inclusion and exclusion criteria were established for the selection of studies, and the rights of the participants were respected in accordance with the general health law. **Results.** A significant relationship was found between self-care in this study group and high spirituality. **Conclus.** It is of utmost importance, the use of new strategies that allow to raise the care of people and make effective interventions in health will be useful for the treatment and rehabilitation of the sick elderly.

Key words: Self-care, spirituality, elderly, ageing, nursing.

Índice

Contenido

Directivos	i
Mesa sinodal	ii
Acta de revisión	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Índice de tablas	1
Introducción	2
Capítulo I	4
I. Justificación	5
I. Planteamiento del Problema	9
III. Objetivos	12
3.1. General	12
3.2. Específicos	12
IV. Hipótesis	12
Capítulo II	13
V. Marco teórico	14

5.1.3. Dimensión Higiene	18
5.1.4 Actividad física	19
5.1.5 Salud clínica.....	20
5.1.6 Alimentación	21
5.1.6 Descanso	23
Capítulo III	33
VI. Material y Métodos	34
6.1. Enfoque	34
6.2. Diseño	34
6.3. Universo	34
6.4 Muestra y muestreo	34
6.6. Variables	35
6.7. Criterios de selección	35
6.7.1. Criterios de inclusión	35
6.7.2. Criterios de exclusión	36
6.7.3. Criterios de eliminación	36
6.8. Instrumentos.....	36
6.9. Procedimiento.....	39
6.10. Análisis estadístico	40
6.12. Difusión	40
6.13. Consideraciones éticas y legales.....	40
Capítulo IV	42

VII. Resultados	43
VIII. Discusión.....	49
IV.Conclusiones	53
X. Sugerencias.....	54
Referencias.....	55
VII. Anexos	67
VIII. Apéndices	1
Apéndice 1. Operacionalización de la variable autocuidado	1
Apéndice 2. Operacionalización de la variable espiritualidad	18
Apéndice 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas.....	19
Apéndice 4. Cedula de consentimiento informado.	1
Apéndice 5. Hoja de colecta de datos.....	2
Apéndice 6. Autorización de Comités de investigación y bioética.	19
Apéndice 7. Autorización de utilización de instrumentos.....	21

Índice de tablas

No.	Título	Página
1	Estructura del instrumento autocuidado en el adulto mayor por dimensión	36
2	Estructura por categoría del instrumento escala de experiencia espiritual diaria en el adulto mayor	38
3	Fiabilidad de los instrumentos	38
4	Datos sociodemográficos de adultos mayores	43
5	Edad de los adultos mayores encuestados	45
6	Nivel de Autocuidado por dimensión en adultos mayores	45
7	Espiritualidad en adultos mayores	46
8	Análisis exploratorio. Kolmorov – Smirnov ^a	46
9	Relación Autocuidado y Espiritualidad	47
10	Rho de Sperman por dimensiones	48

Introducción

Los adultos mayores se han enfrentado a grandes retos durante sus últimos años de vida que impactan de manera directa en ella y, por ende, en su salud. Algunos de estos retos incluyen el abandono por parte de sus familiares, déficit de su autocuidado, economía insuficiente y poco entendimiento hacia su persona. Cómo ha señalado Dorothea Orem (Naranjo et al., 2017) el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo específico. La población de personas adultos mayores también tienen su propia visión de enfermedad a partir de sus propias costumbres y creencias que adquirieron a través de sus años de vida (García et al., 2017) lo cual muchas veces no es considerado al recibir atención médica por parte de los profesionales de la salud.

Por otra parte, espiritualidad ha sido y continúa siendo, un elemento de apoyo para el ser humano en todos los procesos de la vida y principalmente en situaciones de vulnerabilidad como la enfermedad y la muerte (Sánchez Herrera, 2004) además de ser un término poco entendido y poco empleado en el ámbito médico, haciendo de esta una herramienta inexplorada en relación con la salud y el autocuidado. Es por ello que se realizó una investigación para evaluar la relación que existe entre el autocuidado y la espiritualidad de personas adultas mayores que viven en zona rural de Guerrero, México. Previo a la realización de la investigación se efectuó una revisión de los principales documentos estadísticos de la población y las variables de estudio.

Este trabajo está estructurado en cuatro capítulos, el primero se conforma por una introducción donde se abordan aspectos generales de las variables y población de estudio. La justificación contiene los elementos de vulnerabilidad, trascendencia, magnitud y factibilidad del problema, en el cual se sustentó la realización de la investigación; asimismo en el planteamiento del problema que se establecen los elementos empíricos que abordan la situación actual del

problema. Es en este capítulo donde se plasmó la pregunta de investigación, además también se delimitó la hipótesis de investigación.

En el capítulo dos se encuentran los objetivos de estudio que fueron la guía de la investigación además en el marco teórico se encuentra la base conceptual de las variables de estudio, el cual consta de una revisión de los conceptos de autocuidado, espiritualidad y envejecimiento. Posteriormente en el capítulo tres se encuentra la metodología se exponen los métodos y procedimientos que se utilizaron para fundamentar el tema, lo previsto para el análisis de los resultados y consideraciones éticas. Finalmente, en el capítulo cuatro se pueden encontrar los apartados de; resultados, discusión, conclusiones, sugerencias y para finalmente encontrar las referencias bibliográficas, apéndices y anexos.

Esta investigación fue desarrollada como parte de la formación para obtener el grado de maestría con terminal en salud pública por parte de la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Los resultados de esta investigación contribuyen con el Cuerpo académico UMSNH-CA- 300 Cuidado humanizado, educación, género, migración e interculturalidad en salud la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC) UMSNH Cuidado humanizado en el ciclo vital, así como en la LGAC Cuidado integral y autocuidado en personas adultas mayores.

Capítulo I

I. Justificación

La población de adultos mayores crece mundialmente, y es uno de los grupos que demográficamente ocupará un lugar importante en la base poblacional; de acuerdo a la Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2019, párrafo 5), se presume que en el 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), mientras que en el 2019 una de cada 11 personas mayores de 65 representaba el 9% de la población de modo similar la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022, párrafo 2), menciona que en el año 2019, el número de personas mayores de 60 años fue de mil millones y que para el 2030 este número aumentará a 1400 millones y 2100 millones para 2050.

En México el Instituto Nacional de Información Estadística y Geografía (INEGI, 2022 párrafo,1) señala que viven cerca de 17 958 707 personas de 60 años y más lo anterior, representa 14 % de la población total del país, mientras que en el estado de Guerrero el Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2018, “p” 36) señala que la esperanza de vida, pasará de 75.1 a 78.6 años de los años 2030 a 2050, es decir, una ganancia de 3.5 años de vida promedio adicionales, para 2030 se prevé que represente 9.9 por ciento del total y en 2050, 15.3 por ciento de la población guerrerense.

Con el aumento de la población de personas adultas mayores, existe un cambio en los estilos de vida, de vivienda y obviamente de salud, observándose que a mayor edad el individuo va perdiendo su funcionalidad como deterioro del paso del tiempo y más aún cuando existen enfermedades crónicas agregadas, lo cual trae como consecuencia la disminución de capacidades en su autocuidado. Esto corresponde con lo descrito por otros autores que plantean que la edad avanzada es un factor condicionante para la pérdida de sus capacidades de autocuidado (Millán- Méndez, 2010).

Cabe mencionar que este grupo de edad es el que representa mayor gasto en salud para solventar los requerimientos propios de su edad como lo son; la dotación de medicamentos

propios de las enfermedades crónicas degenerativas (San Martín, 2007), y las complicaciones consecuentes a estas como la hospitalización por enfermedades hipertensivas cardio- renales hipertensivas, y la hipertensión secundaria a otras patologías o a la polifarmacia, Castañeda y Guerrero (2019).

Cuando existe pérdida de salud es común que las personas busquen soluciones y/o soporte en lo psicoemocional, un aspecto conocido es la espiritualidad. De acuerdo a Soto Morales et al. (2020), este término ha sido utilizado para referirse a algo interior y que busca mejorar la vida del hombre, desde su propia capacidad cognitiva. La espiritualidad guarda una finalidad de significado y sentido en el ser humano, para Castellano y Rincón (2021, "p".3) este concepto, como parte del cuidado, entendida como una dimensión fundamental en la realización humana, que se encuentra como parte de la cotidianidad enmarcada de las personas, como resultado de las experiencias en su ámbito habitual.

Como se desprende en datos antes mencionados, el grupo etario perteneciente a personas mayores aumentará y recordemos que a este grupo pertenecen la mayoría de patologías crónicas degenerativas por lo cual el autocuidado que estos realicen va a repercutir directamente en su estado de salud. Por lo cual se debe buscar alternativas de acercamiento y entendimiento hacia la población a través del autocuidado y la espiritualidad como medio de oportunidad para impactar en la salud de los adultos mayores abordándolos de una manera efectiva, a mayor autocuidado mayor calidad de salud, lo que como ha sido demostrado en estudios, Campos-García et al. (2018), a la vez la espiritualidad como un indicador de salud nos dará la oportunidad de acercarnos al adulto mayor y comprobar de qué manera influye en el autocuidado ya su vez en la salud. Es posible realizar este estudio ya que se tiene amplio acceso a la población de estudio, se cuenta con recurso para cubrir los gastos que este genere, los cuales serán cubiertos en totalidad por el responsable de la investigación. Campos-García et al. (2018), a la vez la espiritualidad

En Colombia se realizó una investigación con el objetivo de comprobar la fiabilidad y el contenido de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en una institución hospitalaria y acorde sus resultados fueron validado como instrumento para medir el autocuidado de manera eficiente Fernández y Manriquez- Abril (2011). Así mismo existen otras herramientas validadas como es el caso de el SF36 el cual consiste en 36 preguntas que miden función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental siendo de los más completos (Vilagut et al., 2005).

En cuanto a su aplicación en grupos poblacionales como se menciona en Altamirano Llinin & Orozco Reyes (2019) han demostrado que el factor más importante que influye en la reinserción hospitalaria de los ancianos es la falta de comprensión sobre el tratamiento y de las acciones propias de autocuidado así como el descuido familiar. En lo relacionado a la espiritualidad existen múltiples estudios en diferentes partes del mundo como; Brasil, Irán, Estados Unidos, Turquía, Eslovaquia, en Irlanda, Ghana, India, Jordania, Malasia, Chile, Portugal, Pakistán , Polonia ,Alemania como muestra (Monod et al , 2011) en cuanto a México cabe recalcar que en este son pocos los estudios realizados, (Aponte Franco & Guerrero Castañeda, 2022) agruparon todas las investigaciones que demostraron eficacia de la espiritualidad en los procesos de salud en diversas áreas y grupos de edad.

De manera similar, se han realizado estudios aplicados en áreas hospitalarias; Córdova-Sotelo et al. (2019), profundiza su estudio en personas adultas de un área hospitalaria en el cual los adultos mayores señalan que la fe a través de la oración y la religión les permiten sentir tranquilidad y les apoya afrontar sus procesos de enfermedad incluso Tuz-Sierra et al.(2019), dan a conocer en su estudio que entorno repercutirá en la espiritualidad de cada individuo, donde concluye que a mayor abandono menor espiritualidad en consideración a los ancianos que viven con sus familiares quienes muestran alta espiritualidad. Mientras que para (Luchetti et al 2011; Koenig 2012; Thegue et al. 2013; Zim-mer egt al. 2016) citado en Soósová y Mauer (2021), la

espiritualidad y religiosidad tiene un impacto beneficioso para la salud física, en los procesos de rehabilitación y recuperación.

I. Planteamiento del Problema

Las estimaciones demográficas señalan que el grupo de edad perteneciente a los adultos mayores aumentará a 1400 millones para 2030 y 2100 millones para el 2050 (OMS, 2022) convirtiéndose así en un grupo prioritario para la atención de salud. En México viven casi 13 millones de ancianos que se encuentran en los 60 años, lo cual representa alrededor de un 10 por ciento de la población por lo cual el Instituto Nacional de las Personas Mayores según el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2018) prevé que para 2030, esa población llegará a los 20 millones 365 mil 839 personas y en Guerrero para el año 2050 se estima que habrá aproximadamente 81.6 personas adultas mayores por cada cien jóvenes, (Consejo Nacional de Población, 2022) situación que muestra a Guerrero como el lugar diecisiete en envejecimiento en cuanto a la comparativa nacional.

Es importante destacar que en Zirándaro municipio del estado de Guerrero cuenta con una población total de 18031 personas con una distribución de (50.4% hombres y 49.6% mujeres), en comparación a 2010, la población en Zirándaro decreció un -4.16 señala el Consejo Nacional de Población (2022). En cuanto a personas adultas mayores 3066, viven en esta región de la tierra caliente representando el 16.7% de la población total del municipio (CONAPO, 2022) donde se tiene registro que aproximadamente 60% adultos mayores tiene al menos una enfermedad crónica predominando hipertensión arterial con 2500 personas afectadas, seguida de diabetes mellitus con 2066 y dislipidemias con 589 aproximadamente, lo cual implica que las áreas de la salud redoblen los esfuerzos para mantener la funcionalidad y autocuidado de esta población.

Desde tiempo atrás se ha considerado al autocuidado como un paso necesario para mejorar la salud de las personas, la primera teórica en abordar el tema fue Dorothea Orem en su teoría del déficit de autocuidado en la cual lo define como “una función necesaria, en la cual deberá cada individuo de manera propia utilizar para mejorar su condición de vida, su estado de

salud, desarrollo y bienestar” (Naranjo et al., 2017). Siempre se ha retomado al cuidado como la razón de ser de enfermería y a la vez considerando a este como un todo holístico donde la espiritualidad tiene que ser parte fundamental en la relación enfermera- paciente, sin embargo, cómo menciona Sarrazín, (2021); existe cierta confusión aun al abordar este término, ya que casi siempre se compara con el termino de religiosidad e inclusive los profesionales de enfermería no conocen la diferencia de estos términos.

Diversos estudios han demostrado que a mayor autocuidado mejor nivel de salud en el adulto mayor, si se enseña a una persona a cómo cuidarse en su patología este aprenderá a cuidarse por sí mismo y se encargará de su propio bienestar según (Loredo- Figueroa et al, 2016) , se ha demostrado que existe una mejora en el cuidado propio de los individuos y que será determinado desde su perspectiva cultural , es decir dependerá de las practicas aprendida en el seno de la sociedad donde creció, así pues, la espiritualidad estará también condicionada por estos factores ya que es aprendida y se conecta con la habilidad de aprender del ser humano, de trascendencia y de conectividad con el mundo (Soto - Morales et al, 2020).

Mientras que se ha demostrado que los pacientes que tienen un nivel de espiritualidad más elevado, que creen en una fuerza sobrenatural que va más allá del entendimiento, ejerce una mejoría en su tratamiento, son individuos más fuertes emocionalmente y que luchan por mantenerse bien mediante las adversidades aseguran Castellanos y Rincón (2021). Pocos estudios existen aún sobre autocuidado y espiritualidad en México parece ser un tema aun nuevo que no tiene publicaciones.

En al ámbito rural es casi nula la existencia de estudios sobre el tema encontrándose pocas investigaciones (Soriano y Andrade, 2021) por esta razón no existe claridad en cuanto al termino de espiritualidad ya que se trata como sinónimo de religiosidad y, para agregar, aunque enfermería conoce la esfera holística del cuidado, no realiza intervenciones relacionadas a esta

(Pinedo y Jiménez, 2017) refiriendo que no recibieron una materia que en su formación planteara el acercamiento de esta manera con el paciente o minimizando lo relacionado a ella por dar prioridad a otros problemas del enfermo, los cuidadores simplemente no lo perciben como una necesidad a resolver (Soto - Morales et al., 2020).

En cuanto a las áreas rurales de Guerrero, debido al poco contacto que tienen estas poblaciones con personal capacitado hace aún más complicado desarrollar patrones eficaces de autocuidado mientras que en su problemática prevalece un alto porcentaje de enfermedades crónico – degenerativas, en cuanto a la espiritualidad las personas adultas mayores tienen un apego espiritual, manifestando en mayor medida, cuando dichos individuos cursan por patologías agresivas o inclusive cuando se encuentran en peligro de muerte tal y como lo menciona Castellanos y Rincón (2021) .

Lo que es claro es que se necesitan estudiar el autocuidado y la espiritualidad en los adultos mayores para crear herramientas que sirvan a enfermería y poder estar preparados con el cambio demográfico que se avecina, recordemos que son pocos los geriatras que existen para el número poblacional de este grupo de edad en México, además que en las zonas rurales este servicio a especialistas es prácticamente inexistente, ahí radica la importancia de entender a las personas mayores y tener un acercamiento dejando de realizar al cuidado de manera meramente biomédica, es por ello que se propone la siguiente pregunta eje de investigación.

¿Cuál es la relación entre Autocuidado y Espiritualidad de personas adultas mayores que viven en una zona rural?

III. Objetivos

3.1. General

Analizar el autocuidado y su relación con espiritualidad de personas adultas mayores que viven en una zona rural.

3.2. Específicos

1. Describir a las personas adultas mayores en base a las variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de autocuidado en personas adultas mayores que vive en una zona rural.
3. Reconocer la espiritualidad de las personas adultas mayores que viven en una zona rural.
4. Establecer la relación entre el autocuidado y la espiritualidad en personas adultas mayores que viven en una zona rural.

IV. Hipótesis

H_0 No existe relación entre autocuidado y espiritualidad de las personas adultas mayores que viven en una zona rural.

H_i El autocuidado se relaciona con la espiritualidad de las personas adultas mayores que viven en una zona rural.

Capítulo II

V. Marco teórico

5.1 Autocuidado

Enseñar al paciente es un punto esencial en la atención de salud ligado intrínsecamente a la práctica de enfermería Paz Soto et al. (2018) mencionan que en lo concerniente al autocuidado, aterrizamos este concepto a las acciones propias de la persona, es decir, es el cuidado que el propio individuo va a ejercer a sí mismo, para atender su estado de salud y bienestar, no se limita a algo meramente físico, si no que involucra su estado psicológico, social y porque no, su rol familiar y sociocultural. Por tanto, Enfermería, es la profesión que educa tanto a pacientes enfermos, así como sanos, es por ello que es la indicada para educar a las personas correctamente para brindar oportunidad de mejorar o inclusive modificar la manera en que las personas cuidan de sí mismos.

Además como señala Sillas y Jordán, (2011) las actividades que cada individuo realiza para sí mismo, pueden contribuir de manera asertiva a fin de seguir viviendo en bienestar, continuar en un estado de salud o en algunos casos a recuperar la salud, las cuales pueden ser aprendidas por personas allegadas o inclusive por familiares sin que comprometan a una supervisión médica como tal, pero que promueven conductas de salud positivas, lo que se pretende es que al paso del tiempo y a través de mucho compromiso por parte de los involucrados, las personas puedan recrear habilidades de autocuidado para posteriormente crear hábitos buenos, que lo beneficien.

La implementación de un modelo de prácticas de autocuidado en el sistema de salud busca que tanto los derechohabientes y las personas que brindan servicios realicen actividades de atención en salud en forma conjunta en el equipo interdisciplinario donde cada quien tenga su papel en el proceso salud- enfermedad, la actividad de autocuidado ha permanecido al pasar del tiempo, presente en la actividad enfermera, desde su desarrollo por parte de la teórica

Dorothea Orem, es sin duda una oportunidad para enseñar a establecer cuidados ejecutados por el mismo paciente, siendo una fuente inconmensurable de conocimientos adquiridos para un bien individual.

Para la teórica Orem, (2001, pág. 522) citado en Raile Alligood, (2014) referirse a autocuidado implica una destreza que las personas adultas desarrollan lo cual les permite descubrir y cubrir sus necesidades continuas mediante acciones conscientes y planificadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano, al respecto Loredó- Figueroa et al (2016) refieren que el autocuidado es un desarrollo con junto de participación en el cual el individuo tiene que participar, reconocer y tomar decisiones que lo conduzcan a realizar acciones para el mantenimiento y mejora de su salud, por consiguiente, la implementación de este (autocuidado) en la salud de la población en general, es de suma importancia para mitigar las crecientes olas de enfermedades que se presentan en porcentajes cada vez mayores en todos los grupos etarios.

Al paso de las décadas el concepto ha evolucionado acorde a las situaciones que se van presentando en el mundo de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) el autocuidado se define como “la capacidad de los individuos, núcleos familiares y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud lo cual permitirá enfrentar enfermedades que puedan amenazar la salud , es por ello que es importante recordar que no todas las sociedades tienen la oportunidad de contar con servicios de salud a su alcance, es por ello que enseñar autocuidado es , brindar conocimientos, acciones que a la larga se transforman en herramientas que las poblaciones utilizarán y ejecutarán para cuidarse a sí mismos, y a su vez en el medio en el que viven, inclusive generando que lo aprendido pase de individuo a familiares y posteriormente a la misma sociedad .

5.1.1 Factores condicionantes de autocuidado

Hablar de autocuidado es sumergirnos no solo en el concepto, consiste en identificar más allá de su utilidad y voltear a ver su estructura además de sus características, los cuales tiene

que cumplir para poder ejecutarse de manera correcta, como menciona Fernandez y Manriquez-Abril (2011), la agencia de autocuidado es la capacidad que posee una persona para velar por su propio bienestar lo cual estará influenciada por el lugar donde se desarrolle lo cual será un factor básico condicionante.

Estos elementos influyen en la necesidad de autocuidado terapéutico de un individuo en situaciones determinadas y bajo circunstancias específicas Orem considera diez elementos de importancia a considerar para crear situaciones de autocuidado dentro de estos se encuentran involucradas; la edad, el género, estado de desarrollo, estado de salud, modo de vida, factores del sistema sanitario y del sistema familiar Raile Alligood (2014), en cambio la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) menciona que dentro de los factores relacionados a la salud y que serán de importancia se encuentran también la edad, sexo, estado de desarrollo, orientación sociocultural, estado de salud y factores del sistema de cuidado de la salud.

Cada factor va a influir de manera significativa un elemento de importancia para el autocuidado es el nivel educativo y el socioeconómico de cada individuo anciano que se encuentre enfermo será otro factor a considerar si su salud se encuentra comprometida, un hallazgo repetitivo en las personas adultas mayores con prácticas de autocuidado deficientes o inclusive en ausencia de estas es que tienen enfermedades crónicas y se esperaría que debido a su enfermedad tuviesen un régimen de salud adecuado pero no es así, si tomamos en cuenta la reducción en años de vida saludable, años considerados productivos, limitaciones físicas y los gastos tanto para el individuo y los sistemas de salud suman un dato alarmante a considerar (Flores & Guzmán, 2018).

Dentro de los factores, uno de suma importancia es el envejecimiento, se afirma que la capacidad de cuidarse por sí mismo se ve afectada por la cantidad de años que el individuo posee además del estado físico en el que se encuentre menciona (Pomares- Avalos et al 2017), ya que si su condición es mala no podrá valerse por sí mismo modificando sus capacidades

intelectuales y emocionales para satisfacer los requisitos de autocuidado universales. Así mismo Orem (1993) citado en Raile Alligood (2014) señala que el nivel de escolaridad que los pacientes poseen se convierte en una limitación significativa o puede ser redituable, se debe considerar que es de suma importancia el entendimiento de las instrucciones, asegurarnos de que el individuo comprenda la información que se le brinda y de esta manera pueda dar seguimiento de las recomendaciones dadas y que ejecute de manera correcta la toma de decisiones informadas (Flores & Guzmán, 2018).

Además de estos factores existe el condicionado por la sociedad tal como lo es la discriminación en los servicios de salud por raza, etnia, edad y género sumado a estas condiciones las inequidades de salud en comunidades pobres y marginadas con accesos intransitables o simplemente porque la accesibilidad a los servicios e información de salud es parcial o nula, otro aspecto de relevancia son las condiciones individuales, como es la discapacidad, que presentándose en el individuo imposibilitara de alguna forma que acuda por atención de salud (INAPAM, 2022).

Cabe resaltar que el personal de salud también forma parte de los condicionantes que alteran la salud de los adultos mayores ya que la falta de empatía en la comunicación del personal de salud hacia los pacientes por exceso de trabajo, mala actitud o inclusive mala praxis determinaran, que tanto un paciente se va a cuidar o no, ya que si los conocimientos adquiridos por parte del paciente se ven mermados por la falta de comunicación eficaz.

5.1.2 Dimensiones del autocuidado

El autocuidado para ser integral requiere de varios aspectos desde el punto de vista de la antropología, ya que es un proceso influenciado por la cultura, familia, y lugar donde la persona se desarrolla (Vargas Guadarrama, 2013). Para que el autocuidado pueda llevarse a cabo es necesario el interés del individuo y dedicarse tiempo para cuidar de su alimentación, higiene, descanso recreación y espiritualidad, los cuales deberán encontrarse en equilibrio para que no se presenten afecciones en los individuos.

La razón de ser del autocuidado es que nos cuidamos porque existe un interés personal de estar bien lo cual es de suma importancia para evitar las principales causas de enfermedad, como menciona Arenas – Montaña (2020) sumado a ello las dietas poco saludables y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud (OMS, 2018). Es por ello que a continuación se presentan componentes fundamentales que se manifiestan en el autocuidado y que son claves para el autocontrol de enfermedades no transmisibles.

5.1.3. Dimensión Higiene

Según el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2005) la higiene tiene como finalidad conservar la salud y prevenir las enfermedades, es por ello que, desde la intimidad familiar, la comunidad y el entorno social se enseñan desde pequeños, normas de higiene que se deben de cumplir tanto en la vida personal como en la vida familiar, y en los diferentes entornos donde el individuo tiene que interactuar. La higiene no siempre ha sido considerada de importancia sobre en todo en décadas pasadas donde ni el realizar higiene corporal algo que se llevara a cabo provocando enfermedades de importancia.

Florence Nightingale fue la primer enfermera que desarrollo acciones con enfoque al entorno durante la guerra de Crimea, creándose así por primera vez la teoría del entorno de Nightingale en 1969 como se menciona en George (2000) dando importancia al paciente, las acciones de higiene por parte de la enfermera y a la limpieza del entorno físico. Ella observó que un entorno sucio era una fuente de infección, notaba que los enfermos hospitalizados morían por otras causas que por la misma enfermedad por la cual se encontraban ahí, observo que no existían protocolos de limpieza, ventilación y de desecho de la materia orgánica, por tanto, se requería una correcta manipulación y una eliminación adecuada de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno (Sánchez et al., 2021).

Además, no solo se trataba la limpieza del entorno, también hacia la paciente y el propio personal de salud que estaba a cargo de ellos, como mencionan varios autores Raile Alligood

(2014) y George (2000) Nightingale fue la pionera en asear a los pacientes a menudo cuando esto no se consideraba habitual, además contemplaba el aseo de las propias enfermeras que atendían a los pacientes y algo crucial era el lavado de las manos con frecuencia, para evitar la propagación de infecciones. Es así como llegamos a normas de limpieza enfocadas a la higiene personal, familiar y de comunidad como: disposición, eliminación y tratamiento de basura, así como recomendaciones de hábitos en alimentación e higiene.

5.1.4 Actividad física

La actividad física es definida como todo movimiento que realiza las personas que permiten gastar calorías, es conocido que la actividad física contribuye a mejorar la calidad de vida, evitando sobrepeso y obesidad evitando la aparición de enfermedades crónicas y ayudando de forma beneficiosa a órganos como corazón. El ejercicio físico frena el envejecimiento prematuro del cuerpo y fortalece desde lo emocional, mental y social ya que la actividad física ayuda a mantenerse funcional aseguran (Orozco y Molina, 2002).

Se han realizado estudios donde se ha corroborado que, con entrenamiento constantes de ejercicios de fuerza durante dos meses, fue suficiente para que bajaran de peso, los hombres 1.7 Kg. y las mujeres 0.8 Kg. en promedio, trabajando 3 sesiones por semana, 30 minutos por día demostrando que el ejercicio moderado durante al menos 30 minutos diarios es beneficioso, Westcott & Beach, (2001).

Otro estudio que comprueba los resultados del ejercicio físico fue la investigación realizada por la Tufts University, citado por Westcott & Beach (2001) donde aun aumentando la ingesta calórica a 350 calorías diarias y sumado a ejercicio aeróbico moderado durante al menos 3 veces por semana, reflejaron que se pierde porcentaje de grasa y se gana tejido muscular lo cual resulta beneficiosos para el cuerpo y la construcción de musculo magro.

5.1.5 Salud clínica

Se define apego al tratamiento como las acciones que lleva a cabo el paciente para seguir tratamientos establecidos por el personal de salud para su recuperación que coincide con la prescripción médica, seguimiento a administración de medicamentos y demás cuidados para conseguir mejorar su estado de salud o enfermedad, para Durán-Varela et al., (2001) el apego al tratamiento es de suma prioridad ya que permitirá evaluar la evolución clínica además permite analizar la relación del apego con el éxito del tratamiento, una correcta relación terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento, el nulo o deficiente apego al tratamiento ocasiona pérdidas económicas exorbitantes dadas las complicaciones que estas enfermedades descontroladas generan, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa como menciona Mason et al., (1990); citado en Durán-Varela et al., (2001) es decir la principal causa de atención hospitalaria es porque las personas enfermas no llevan un control de su enfermedad lo que permite que estas evolucionen hasta agravarse.

Para lograr un apego al tratamiento (Ortega et al., 2018) señala que es necesario que las conductas y el grado de comportamiento de los involucrados en tal proceso sean asertivos con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente asimismo menciona que la falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud”, ya que, aunque la medicina ha avanzado y existan tratamientos innovadores y eficaces para los tratamientos de las patologías la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada según (OMS, 2018).

La falta de seguimiento a la terapéutica, así como la falta de continuidad al tratamiento prescrito es de las principales causas que favorecen a la falta de control de la enfermedad, (Pomares Avalos et al, 2017) es una situación que se presenta con particularidad en los pacientes con enfermedades crónicas, como comenta Ortega et al., (2018) por lo que resulta factible centrarse en que el mejorar el apego al tratamiento disminuirá las incidencias y complicaciones

en los pacientes. Para Ortega et al., (2018) el control y seguimiento a la terapéutica es fundamental para el manejo de las enfermedades crónicas con incidencias más elevadas en el país, como lo son; diabetes, hipertensión, dislipidemia y falla cardíaca, así como para el resto de las enfermedades crónicas.

Cabe resaltar que dentro de los factores de riesgo predominantes para no seguir un plan de tratamiento se encuentran un nivel educativo menor a la primaria lo que muestra que las personas con desapego a tratamiento son inclusive analfabetas, además de la poca o nula información que se les brinda sobre su enfermedad (Durán-Varela et al., 2001). Actualmente se considera la falta de adherencia a tratamiento un tema prioritario de salud pública debido a la variedad de problemas que ocasiona como los fracasos terapéuticos, hospitales abarrotados y aumento de los costes sanitarios

5.1.6 Alimentación

Hablar de alimentación es hablar de nutrición, de alimentos que sean ricos en nutrientes y de una dieta equilibrada apta para la salud, se debe tener en cuenta la calidad de los alimentos que se deben ingerir, que sean ricos en fibras (frutas y vegetales) además de tomar abundante cantidad de agua, por lo menos ocho vasos de líquido al día, moderar la cantidad de azúcar y grasa, potencializar una adecuada distribución de las comidas (tres al día y una o dos colaciones como mencionan Orozco y Molina (2002) y el Gobierno de México (2020). De manera oficial existen normas que vigilan la alimentación como lo señala la Secretaria de salud (2005) en la Norma Oficial Mexicana 043, la cual en su contenido indica que la dieta debe ser completa, es decir, que contenga todos los grupos de alimentos, en una cantidad equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada.

Cabe señalar que los hábitos alimenticios son deficientes en México, tan solo en el 2018 las principales causas de enfermedad en el grupo de 15 a 24 años fueron: infecciones respiratorias agudas; intestinales, de vías urinarias, úlcera, gastritis, gingivitis, enfermedad

periodontal y obesidad, cabe recalcar que la mayoría de las patologías que aquejan a la población mexicana son no transmisibles, es decir que se pueden prevenir mediante la modificación e implementación de estilos de vida saludables como señala la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) una alimentación equilibrada está incluida en el plato del bien comer que fue diseñado para la población mexicana, en donde se recomienda el consumo diversos grupos de alimentos: abundantes verduras y hortalizas, una cantidad moderada de frutas de varios colores, regular porción de cereales y pocos alimentos de origen animal afirma (OMS, 2018).

En cuanto al efecto de comer menos grasa (en comparación con la dieta habitual) es una garantía de reducción de peso en promedio se pierde de 1,5 kg (a -1,1 kg), lo cual resulta en una mayor reducción de grasa, sin embargo el tamaño del efecto sobre el peso no se altera con el tiempo y se refleja en reducciones en el índice de masa corporal (IMC) de (0,5 kg/m²) y en lo referente a la circunferencia de la cintura esta se reduce de 0-3 cm señala Hooper et al. (2015) mientras que por otra parte además del problema en la alta ingesta de azúcares los cuales en altas porciones influyen en la presión arterial y en los lípidos séricos, manteniendo su relación con el peso corporal (Te Morenga et al, 2014).

Un punto a considerar es que un anciano no precisa el mismo gasto calórico que un adulto joven por lo cual señala que una menor ingesta de grasas se asoció con menores aumentos de peso en adultos de mediana edad (Hooper et al, 2015) tan solo en el 2010 se estimó que el nivel medio de ingesta de sodio fue de 3,95g diarios, existiendo variaciones regionales de estos valores entre 2,18 a 5,51gramo como muestra Mozaffarian et al., (2014) dando como resultado 1,65 millones de muertes por causa cardiovascular.

En México la población infantil en rangos de edades entre los 5 a 11 años presenta un 17.5% de obesidad mientras que un 18.1% de niños cuenta con sobrepeso según datos de ENSANUT, (2018). En cuanto a la población adolescente entre los 12 a 19 años existen los dos

problemas; 38.4% de sobrepeso y obesidad; para la población adulta de 20 años y más, el porcentaje de sobrepeso y obesidad es de 75.2% analizando estas cifras se observa como a mayor edad mayor incidencia en sobrepeso y obesidad lo cual refleja que los hábitos alimenticios deficientes en la infancia repercutirán a lo largo de la edad adulta, el verdadero problema es “la falta de educación en materia de nutrición en la población” señala Vargas Guadarrama (2013) y el “contexto sociocultural” en el que se desarrolla cada sociedad, en un mismo país, en México las oportunidades de alimentación varían en congruencia a las clases sociales, al entorno ya sea rural o urbano siendo aspectos que impiden el acceso a una dieta correcta.

5.1.6 Descanso

Descanso y sueño son parte primordial para la salud y básicos para la calidad de vida, el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales (Lara et al., 2008) lo que conlleva a mayor concentración, niveles de ansiedad bajos y calma según (López et al., 2010) lo que se manifiesta en mayor vitalidad para continuar las actividades diarias lo cual resulta beneficios para el cuerpo y la mente. Desde tiempo atrás se ha considerado al descanso de suma importancia en la salud es por ello que Virginia Henderson lo considero dentro de sus 14 necesidades el descanso y tomo varios puntos para un adecuado descanso, como son; los hábitos de sueño, las circunstancias que pueden repercutir en el descanso, el nivel de ansiedad, la apatía y cambios en las conductas que pueden alterar el patrón del sueño propone Correa Argueta et al., (2016).

5.2. Autocuidado y Espiritualidad

Comenzar a informar de autocuidado es establecer una serie de actividades encaminadas a cuidar al ser humano en todas sus esferas , es decir no se limita únicamente al cuidado físico, existe otra esfera que es la espiritual la cual aún no se ha llegado a desarrollar ya que no se cuenta con suficiente conocimiento para tratar y poder dirigir este apoyo a este tipo de pacientes,

para entender un poco más la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define este concepto como la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia expone Benito et al.(2016) la espiritualidad es una constante búsqueda de sentido, de conexión y trascendencia, sin olvidar los valores éticos que todo ser humano pose (Pérez - García, 2016).

Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad como menciona Callista Roy, en su teoría de la adaptación, identifica claramente la dimensión espiritual de la persona como parte del yo personal uno de los elementos que conforman el auto concepto, determinados por su contexto sociocultural, por mencionar la sociedad occidental es a fin a tendencia religiosas, que conforman en la integración final de su autoconcepto, la inclusión de una dimensión espiritual como parte del equilibrio individual (Orozco y Molina, 2002) asimismo la teórica Leininger visualizo la universalidad y diversidad del cuidado) incentivando a distinguir lo que las personas sienten, Morales-Ramón y Ojeda-Vargas (2014).

Poco a poco se está dando más reconocimiento a esta esfera en el ámbito médico y de enfermería, el bienestar espiritual sirve de apoyo principalmente a las personas que se encuentran enfermos, es una sensación reconfortante que les permite continuar, creer que les brinda consuelo ,se considera un punto nuevo a abordar ya que hasta hace apenas unos 40 años, la Organización Mundial de la Salud reconoció que el bienestar espiritual de los individuos es un componente esencial en la promoción de la Salud (OMS, 2022).

El cuidado espiritual está formado por el conjunto de actividades espirituales que una persona participa o manifiesta para mantener o mejorar su estado físico- emocional, es por ello que para que las personas asuman el control de las acciones de autocuidado de manera cotidiana de vida y salud es necesario incluir distintas estrategias como menciona Pérez - García (2016) desarrollar autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como

estrategias que aumenten el sentido del compromiso con la persona y colectivas para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud.

Para hablar de espiritualidad se tiene que se tiene que considerar el hecho de que un usuario no tenga apego espiritual no significa, de ningún modo, que deje de ser un ser espiritual Benito et al. (2016) a su manera posee este atributo considerando sus valores morales, sus creencia religiosas, su estilo de vida y de creencias, es por ello que se han desarrollado herramientas de utilidad para que las enfermeras puedan realizar intervenciones adecuadas y estandarizadas acorde al problema del paciente, es así como se cuentan con las taxonomías NANDA-NOC-NIC, en el apartado de etiquetas diagnósticas, desarrollados por la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) podemos mencionar algunas que corresponden a espiritualidad como lo son las etiquetas diagnosticas; 00066 sufrimiento espiritual; 00067 riesgo de sufrimiento espiritual; 00068 disposición para mejorar el bienestar espiritual por mencionar algunas acorde a NANDA Internacional, (2018).

5.3 Adulto mayor

Según la Organización Panamericana de la Salud (2020) en actuales momentos, el número de personas mayores aumenta exponencialmente en fragmentadas sociedades, económicamente no preparadas para enfrentar las condiciones complejas e inciertas que se avecinan y sólo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo social y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de la seguridad social de las Américas. Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado (Guerrero y Yépez, 2015).

Es por ello que en consecuencia al crecimiento demográfico de los mayores consumidores ocasiona más gastos en medicamentos y servicios de salud, para Alonso Galbán et al. (2007) lo que implica gastos y servicios que deben estar activos para atender a estas

personas, además de que los países deberán contar con personal calificado en geriatría, realidad que, en la actualidad, en países como México aún es insuficiente. Se calculó que los costos totales solamente de la diabetes asociados a la obesidad en 2013 ascendieron a 85 mil millones de pesos, de los cuales 73% corresponde a gastos para tratamiento médico señala ENSANUT (2018).

5.3.1 Enfermedades crónicas en adultos mayores

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbilidad en más del 75% de los países a nivel mundial y son la principal causa de muerte en América Latina, según un reporte de la Organización Mundial de la Salud (2005), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto sigue en aumento, hace ya varios años las enfermedades crónico-degenerativas han azotado a la población, manifestándose sobre todo en la edad adulta así como ha ido creciendo la población de adultos mayores, también han crecido los problemas de salud pues el proceso de envejecimiento está asociado con un incremento en la incidencia de diversas enfermedades crónicas, incluyendo la enfermedad arterial coronaria, la diabetes mellitus tipo 2 y la osteoporosis mencionan Martínez Fuentes y Fernández Díaz (2008).

En cuanto al ámbito de salud, los ancianos son los que sufren la falta de medicamentos, el poco control que hay de sus enfermedades y el presupuesto insuficiente para la cantidad de enfermos que padecen esta condición de salud, se calculó que los costos totales solamente de la diabetes asociados a la obesidad en 2013 ascendieron a 85 mil millones de pesos, de los cuales 73% corresponde a gastos para tratamiento médico según (ENSANUT, 2018). Aunado a la insatisfacción con el entorno de atención médica formal, un cambio de la atención de enfermedades agudas a crónicas y un mayor número de ciudadanos mayores, motivaron la participación en el autocuidado de las dependencias de gobierno y organizaciones a educar para vivir con salud.

Para Orozco y Molina (2002) las enfermedades que se manifiestan o se traen en la ancianidad, suelen ser consecuencia de una combinación de factores genéticos, ambientales y de estilos de vida poco saludables que se han arrastrado a lo largo de los años según las organizaciones de salud en América latina tres cuartas partes de las personas mayores de 60 años estudiadas no practican ejercicios físicos, el 61 % tiene sobrepeso, y cerca de la mitad padece de obesidad (OPS, 2020) siendo los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas como resultado de los estilos de vida inadecuados durante la vida.

Las dos principales enfermedades crónicas que azotan a los adultos mayores son la diabetes mellitus (DM) que es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, de las proteínas y grasas, así como una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta (Fajan y Ellenberg, 1990), asimismo la hipertensión arterial como señala Ortega et al., (2018) en una de las prioridades de salud en la nación debido a que es la enfermedad número uno activa en adultos mayores, que continua provocando muertes debido a la falta de apego al tratamiento, es por ello que una de las principales acciones para lograr su prevención es exactamente el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento a pesar de los esfuerzos para lograr este objetivo.

Además, como hace mención Fernández y Manríquez-Abril (2011) en las políticas sociales y de salud no se da la importancia a los adultos mayores y no se cuenta además con el apoyo de la familia y de la comunidad para satisfacer las necesidades básicas de este grupo de edad, sin embargo han desarrollado técnicas del autocuidado como área de oportunidad con buenos resultados como señala Zavala et al., (2006) los programas de promoción y prevención hacen hincapié a capacitar a las personas que padecen enfermedades crónicas en el autocuidado de su enfermedad sin embargo al revisar los resultados obtenidos de estos programas se ha mostrado un aumento de la motivación y satisfacción del usuario en relación a al grado de autonomía que el usuario ejerce en su propio cuidado.

Es por ello que en cuanto al papel de enfermería con este con este grupo etario se debe fortalecer la agencia de autocuidado a fin de prevenir o controlar las complicaciones propias de esta patología (Fernández y Manríquez-Abril, 2011) mientras que los recursos humanos deberían enfocarse a actividades de promoción a la salud bien ejecutadas, que de verdad impacten el los estilos de vida para evitar que estas patologías se sigan extendiendo, y que se considere enseñar a las personas enfermas la práctica adecuada para que ejerzan su autocuidado en función a su enfermedad, de manera que vivan su proceso con la mejor calidad de vida posible y en consecuencia evitar posibles complicaciones propias de estas patologías.

5.3.2 Envejecimiento saludable

El estado de envejecimiento es parte del proceso biológico degenerativo celular de las personas y es hasta hoy en día irreversible y comienza prácticamente desde el nacimiento como menciona Martínez Fuentes y Fernández Díaz (2008) en procesos degenerativos que perturban el funcionamiento de órganos vitales y terminan provocando la muerte, es un proceso continuo e irreversible y que en cierta manera está condicionado por factores que influirán en la rapidez de que este, se desarrolle en las personas (INAPAM, 2022) tales factores son los biológicos, sociales y culturales además de que influirán en los futuros riesgos que el individuo pueda presentar .

Algunos autores señalan diversos modelos de envejecimiento uno de ellos, el biomédico, que predomina y define el envejecimiento exitoso en términos de longevidad, funcionamiento físico y mental saludable, otro es el modelo psicosocial que resalta la búsqueda del propio potencial y del impacto que puede tener sobre el bienestar social y como se adapta en su entorno.

Cabe destacar que los países en vías de desarrollo son los que presentaran problemas en cuanto a lo económico al ser una población que tiende a envejecer, se suma el gasto en cuanto medicamentos para preservar la salud ya que son los adultos mayores quienes consumen más en las farmacias en América latina el proceso de envejecimiento se encuentra inmerso en

problemas económicos incapaz de asegurar los recursos necesarios para proporcionar a los grupos más viejos una calidad de vida aceptable como lo menciona, Martínez Fuentes y Fernández Díaz (2008).

Es por ello que la OMS señala la década del envejecimiento saludable como una de sus metas a trabajar, creando lineamientos de atención a la salud del adulto mayor para asegurar la calidad de vida, es por ello que se considera al autocuidado como una actividad que permite envejecer con salud y mantener el bienestar de las personas a lo largo de su vida (INAPAM, 2022).

Para Zavala et al (2006) llegar a tener un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social lo que va a permitir que los adultos mayores se desarrollen de manera plena social y familiarmente lo que conlleva a que deberán superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades además tienden a ser agredidos por la sociedad al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno (Alonso Galbán et al. 2007).

Dentro de las líneas de acción para envejecimiento saludable que se han desarrollado y que están siendo implementadas por la OMS y OPS se encuentran:

- Impulsar política pública sobre el envejecimiento saludable en todos los países.
- Crear entornos amigables a todas las personas mayores.
- Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
- Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenible y equitativo.
- Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento.

Es de suma importancia que los países cuenten con planes de acción capaz de ser implementados de manera real y aptos para la población que tienen, pero que además puedan considerar ser autosuficientes para ejecutarlos acorde a sus necesidades socioeconómicas y de salud para poder brindar una calidad de vida integral a los ancianos según Baltes y Baltes., (2017)

además es de considerarse que existe poca investigación en cuanto a identificar los criterios del envejecimiento exitoso hacia la comprensión de los procesos involucrados en envejecer correctamente. (Campos-García et al, 2018).

5.4. Teoría de enfermería (Dorothea Orem).

Autocuidado

Desde el comienzo de la humanidad, las personas han tomado medidas para garantizar su seguridad personal, realizando actividades para cuidarse que se aprenden en el núcleo familiar y que han sido aprendidas a través de las generaciones y que constituyen parte del día a día y que conforman parte de la vida cotidiana, hasta llegar a desarrollar estrategias para abordar enfermedades y otros problemas de salud. Esta teoría fue desarrollada por Dorothea Elizabeth Orem originalmente se articularon tres teorías específicas, la de los sistemas de enfermería, la del déficit de autocuidado y la del autocuidado, menciona George, (2000).

La teoría de autocuidado: Son actividades que el ser humano realiza por sí mismo diariamente para el mantenimiento de su salud, desarrollo y bienestar (Raile Alligood, 2014). Esta autora propone tres tipos de requisitos para esta teoría que ayudan a la valoración del paciente:

1. Requisitos de cuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo.
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud, esta es la razón y objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Raimondo et al., 2012; como se citó en Naranjo et al., 2017).

El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada, es decir, se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus

acciones, condiciones en cuanto a la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas este consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo citado Raile Alligood, (2014).

El requerimiento de autocuidado son las actividades que se requieren para el (Orem, 2001 citado en Naranjo et al., 2017) se proponen ocho requisitos comunes para toda persona a continuación se enumeran:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud es necesario incluir distintas estrategias, desarrollar autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido del control personal y desarrollo de habilidades de movilización interna y colectivas para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud expresa Barria et al (2018).

Capítulo III

VI. Material y Métodos

6.1. Enfoque

Esta investigación conto con un enfoque cuantitativo. (Polit y Beck, 2018, p. 69).

6.2. Diseño

Este proyecto tuvo un diseño no experimental, correlacional y transversal. (Grove y Gray, 2019, p. 89; Polit y Beck, 2018, p. 284).

6.3. Universo

El universo de esta investigación lo constituyeron 3060 adultos mayores residentes del municipio de Zirándaro en el estado de Guerrero.

6.4 Muestra y muestreo

Se realizó el cálculo de la muestra con el paquete estadístico SPSS versión 25 obteniendo como resultado una muestra correspondiente a 342 participantes, en cuanto al muestreo se utilizó probabilístico por conveniencia de los adultos mayores de Zirándaro en el estado de Guerrero, que acudieron a cobrar su apoyo del programa federal 60 y más. La muestra fue calculada con la siguiente fórmula. (Ver figura 1 en el apéndice 1)

Figura 1

Fórmula para el cálculo del tamaño de muestra

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales)

• z = puntuación z

$= 1.96^2 \times$

$n = 342$

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

6.6. Variables

La variable autocuidado se utiliza para describir todas las actividades que las personas realizan para mantenerse sanos y siempre orientados a mantener o elevar el estado de salud como señala (Orem, 2001 citado en Raile Alligood, 2014). La operacionalización de la variable autocuidado se encuentra en el apéndice 1.

La variable espiritualidad se define como algo intrínseco a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona según Morales- Ramon y Ojeda – Vargas, (2014) esta viene desde adentro, es una especie de fuerza interna que dinamiza las dimensiones del ser humano (Palacios Vargas, 2015). La operacionalización de la variable espiritualidad se aprecia en el apéndice 2.

Dentro de las variables sociodemográficas se tomaron en cuenta; edad, sexo, religión con quien vive, tiene pareja y si padece enfermedad crónica. La operacionalización de las variables sociodemográficas se ubica en el apéndice 2.

6.7. Criterios de selección

Se consideraron los siguientes criterios de elegibilidad.

6.7.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron adultos mayores residentes de Zirándaro del estado de Guerrero de edades entre los 60 y 85 años que estuvieron de acuerdo en participar en el cuestionario y que firmaron el consentimiento informado.

6.7.2. Criterios de exclusión

Adultos mayores con deterioro cognitivo y quienes no deseen participar.

6.7.3. Criterios de eliminación

Instrumentos mal llenados o incompletos

6.8. Instrumentos

Para medir la variable de autocuidado se utilizó el instrumento autocuidado en el adulto mayor de Aguilar-Méndez (2021) el cual cuenta con 20 ítems divididos en cinco dimensiones abordando; higiene en los ítems del 1 al 7; actividad física en el número 8 y 9; alimentación en el 10, 11 y 12; salud clínica en los ítems 13,14,15,16,17 y finalizando con el apartado de descanso correspondiente a las preguntas 18,19 y 20. Este instrumento utiliza una escala liker de 5 puntos donde; 1 corresponde a nunca; 2 casi nunca; 3 a veces ; 4 casi siempre y 5 a siempre. Por lo tanto, el autor considera que a mayor puntaje mayor autocuidado. Este instrumento se encuentra en el anexo 1.

Para fines de esta investigación se realizaron punto de corte para la escala global y por dimensión de este instrumento, para lo cual el puntaje se clasificó en tres categorías; bajo autocuidado, regular autocuidado y buen autocuidado los cuales se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

Estructura del instrumento autocuidado en el adulto mayor por dimensión

Puntaje	Categoría de autocuidado	Mínimo-Máximo
Escala total	Bajo: 20 - 47 Regular: 48 - 73 Alto: 74 - 100	20 - 100
Higiene 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Bajo: 7-16 Regular: 17-26 Alto: 27-35	7 - 35
Actividad física 8 y 9	Bajo: 2-5 Regular: 6-7	2 -10

Alimentación	10 y 12	Bueno: 8-10 Bajo: 3-7 Regular: 8-11 Bueno_ 12-15	3 - 15
Salud clínica y eliminación	13, 14, 15, 16, y 17	Bajo: 5-12 Regular: 13-18 Bueno: 19-25	5 - 25
Descanso	19 y 25	Bajo: 3-7 Regular: 8-11 Bueno: 12-15	3 - 15

Nota. Elaboración propia

En cuanto a la variable de espiritualidad se empleó el instrumento Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES) desarrollada por Underwood y Teressi (2002) y validado en México por Mayoral et al., (2013) la cual contiene 16 ítems de respuesta Likert de seis alternativas y evalúa un total de 11 dimensiones entre ellas; conexión y alegría (ítems 1y 2); trascendencia del yo (3); consuelo y fortaleza (4y 5); paz (6); ayuda divina (7); guía divina (8); percepción de amor divino (9 y 10); admiración (11); gratitud y agradecimiento (12); amor compasivo (13 y 14), y unión y proximidad (15 y 16).

Se considera que a mayor puntaje mayor espiritualidad, es importante mencionar que esta escala es potencialmente aplicable a personas tanto religiosas como ateas (Ng et al., 2009) ya que propone la opción a los participantes de cambiar el término “dios” por el que les resulte más relevante. En cuanto a las opciones de respuestas los ítems 1 a 15 se califican; nunca (1); de vez en cuando (2); algunos días (3); la mayoría de los días (4); todos los días (5); muchas veces al día (6). El ítem 16 cuenta con opción de respuesta diferente, pero se indica sumar el total de ítems para el puntaje final, la escala de respuesta de este ítem es la siguiente; nunca (1); algo cerca (3); muy cerca (5) y (6) lo más cerca posible.

Para el cálculo de puntaje se realizaron puntos de corte en escala global, ya que, aunque la autora señala que esta escala cuenta con dimensiones, para esta investigación se realizó en análisis de manera unidimensional como también lo aprueba la autora. (Tabla 2).

Tabla 2.

Estructura por categoría del instrumento escala de experiencia espiritual diaria en el adulto mayor.

Escala de experiencia espiritual diaria	Valor mínimo - valor máximo
Baja Espiritualidad	16 - 42
Intermedia Espiritualidad	43 - 68
Elevada Espiritualidad	69 - 94

Análisis de Fiabilidad

La consistencia interna del instrumento autocuidado en el adulto mayor se determinó por la prueba Alfa de Cronbach se obtuvo un coeficiente de $\alpha = .809$, en cuanto al instrumento escala de experiencia espiritual diaria fue de $\alpha = .943$ de una fiabilidad de alfa de cronbach. En base a los resultados los dos instrumentos utilizados fueron confiables para esta investigación. Ver tabla 3.

Tabla 3

Fiabilidad de los instrumentos (n= 350)

Instrumento	N. de elementos	α
Autocuidado en el adulto mayor	20	.809
Escala de Experiencia Espiritual Diaria	16	.943

6.9. Procedimiento

El procedimiento que se siguió en este protocolo fue el siguiente: la investigadora elaboro el protocolo y solicito la evaluación por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, seguido a esto, el investigador realizó la estandarización de los profesionales que colaboraron en la colecta de los datos. Además, la investigadora programo una reunión previa con los directivos del DIF municipal de Zirándaro donde se para establecieron días y para realizar la colecta de los datos; enseguida se efectuó una sesión informativa con los adultos mayores para dar a conocer el objetivo del estudio e invitarles a participar.

De acuerdo con la programación establecida en el DIF municipal de Zirándaro la investigadora se presentó al centro de reunión para efectuar la colecta de datos. Primero identifico a los Adultos Mayores, los abordo de manera individual y se les informo del objetivo de estudio. Al aceptar participar se les entrego la cedula de consentimiento informado para firmar y una copia, para después entregarles la cedula de colecta de datos para que la contestaran.

Aunque la cédula podía ser auto complementada, el investigador estuvo disponible para atender las dudas o preguntas que surgieron. En el caso de los adultos mayores con limitaciones visual o que no pudiesen leer, se les apoyo a leer las preguntas. Al concluir esta etapa, el investigador agradeció a los adultos su participación. En esta fase el investigador elaboro una matriz de datos en el programa estadístico SPSS para capturar la información de la cedula de colecta de datos. Enseguida se realizó el reporte de resultados mediante tablas y figuras.

6.10. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico primero se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25 de acceso libre donde se procedió a capturar la información. El análisis estadístico se realizó con base en los objetivos específicos. Para lo cual se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión (media, DE), para variables cuantitativas y con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. También se identificó que no existía normalidad en los datos a través de la prueba estadística Kolmogorov – Smirnov con corrección de Lilliefors donde se obtuvo un p valor <0.05 .; por lo tanto, se utilizó la prueba no paramétrica rho de Spearman. Para todas ellas se encontró un p valor. <0.05 , por lo tanto, se encontró significancia.

6.12. Difusión

Los resultados obtenidos del proyecto de investigación fueron presentados en un evento académico y publicado en una revista indexada

6.13. Consideraciones éticas y legales

En esta investigación se respetó lo establecido en la Declaración de Helsinki (2013) a través de un consentimiento informado por escrito, se respetaron los principios éticos, además de garantizar la confidencialidad y privacidad del participante además se obtuvo la aprobación de la investigación por parte del Comité de ética en investigación de la facultad de enfermería. En cuanto a los principios éticos contemplados en el Informe Belmont, se respetó la dignidad humana, beneficencia y justicia (Grove y Gray, 2019, pp. 227 – 228).

Respecto a la dignidad humana se les permitió a los sujetos de investigación la posibilidad de participar o no y de abandonar el proyecto de investigación; además se solicitó la firma del consentimiento informado y se les garantizó la confidencialidad de la información que proporcionaron. Cabe señalar que esta investigación respeto lo señalado en el Reglamento de

la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados, 2014) ya que se mantuvo el respeto a la dignidad de las personas (artículo 13, p.5) sin afectar su bienestar.

Para esta investigación se incluyeron los principios de bioética, estipulados en la ley general de salud en materia de investigación, esta investigación es considerado sin riesgo debido a que solo se emplearon técnicas y métodos de investigación (artículo 17, fracción I), teniendo una mínima probabilidad de que el investigador o sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, esta investigación cumplió con solicitar la firma del sujeto de investigación y los testigos en el formulario de consentimiento informado (artículos 14, 20, 21 y 22).

Capítulo IV

VII. Resultados

En el presente apartado se muestra la relación entre autocuidado y espiritualidad en personas adultas mayores. Primero se presentan las variables sociodemográficas, seguido de la descripción del autocuidado y espiritualidad que refirieron los participantes, posteriormente la correlación de estas variables. Cabe mencionar que se realizó análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados para esta investigación y prueba de normalidad.

Los resultados se presentan con base en los objetivos específicos planteados y se presentan en tablas de los 350 adultos mayores de una zona rural del estado de Guerrero que participaron en el estudio.

Para el objetivo específico 1, que fue describir a los adultos mayores desde sus variables sociodemográficas, se identificó que participaron 51.6% hombres y 48.4 % mujeres, además, se encontró que 52.0% cursaron la primaria y 68% de los adultos mayores vivían con su pareja. Se observó, que 52.0% fueron originarios de la cabecera municipal y del total de los participantes un 82% reportó enfermedad crónico degenerativa; destacándose diabetes mellitus (40.0%), en cuanto a la religión 71.1% de participantes refirieron profesar la religión católica. Ver tabla 4

Tabla 4

Datos sociodemográficos de adultos mayores n=350

Datos sociodemográficos		F	%
Género	Mujer	173	49.4
	Hombre	177	50.6
Escolaridad	Sin estudios	122	34.9
	Primaria	182	52.0
	Secundaria	43	12.3
	Preparatoria	2	.6

	Universidad	1	.3
Estado civil			
	Soltero	29	8.3
	Casado	232	66.3
	Unión libre	7	2.0
	Viudo	82	23.4
Con quien vive			
	Pareja	238	68.0
	Otro familiar	67	19.1
	Solo	45	12.9
Lugar de residencia			
	Cabecera municipal	182	52.0
	Otra localidad	168	48.0
Enfermedad agregada			
	Hipertensión arterial	80	22.9
	Diabetes mellitus	140	40.0
	Otra	17	4.9
	Ambas	67	19.1
	Ninguna	46	13.1
Religión			
	Católica	249	71.1
	Cristiana	43	12.3
	Testigo de jehova	55	15.7
	Otra	3	.9
Total		350	100%

Nota. *f* = frecuencia %

Se identificó que la media de edad de adultos mayores fue de 71. 53 con una ($DE= 6.741$), con rangos de 60 a 85 años. (Tabla 5).

Tabla 5*Edad de los adultos mayores encuestados (n=350)*

Variable	Media	DE	Rango
Edad	71.53	6.741	60 - 85

Nota. DE= desviación estándar.

El objetivo número 2 fue identificar el nivel de autocuidado en personas adultas mayores que vive en área rural, para obtener el nivel de autocuidado se analizó por escala global, así como por dimensión, encontrándose que un 79.1 % de los participantes cuentan con alto autocuidado. Respecto al análisis por dimensiones, higiene (84.3 %) y actividad física (78.9%) se encontraron con muy buen autocuidado. Para alimentación (59.4%) y salud (62.9%), se mostraron en buen autocuidado y en cuanto a descanso estuvieron en regular autocuidado (50.6%). Ver tabla 6.

Tabla 6*Nivel de Autocuidado por dimensión en adultos mayores (n= 350)*

	Autocuidado	f	%
	Escala total		
Bajo		3	.9
Regular		70	20.0
Bueno		277	79.1
	Dimensiones		
	Higiene		
Bajo		4	1.1
Regular		51	14.6
Bueno		295	84.3
	Actividad física		
Bajo		17	4.9
Regular		57	16.3
Bueno		276	78.9
	Alimentación		
Bajo		28	8.0
Regular		114	32.6
Bueno		208	59.4
	Salud clínica y eliminación		
Bajo		21	6.0
Regular		111	31.7
Bueno		218	62.9

Descanso			
Bajo	66	18.9	
Regular	177	50.6	
Bueno	107	30.6	
Total	350	100.0	

Nota. f = frecuencia %

El objetivo número 3 fue reconocer la espiritualidad en personas adultas mayores que viven en área rural, en la tabla 7 se observó que seis de cada 10 participantes presentaron elevada espiritualidad.

Tabla 7

Espiritualidad en adultos mayores (n= 350)

Espiritualidad	f	%
Baja	30	8.6
Intermedia	90	25.7
Elevada	230	65.7
Total	350	100

Nota. f = frecuencia %

Se realizó el análisis exploratorio para lo cual se utilizó la prueba Kolmorov – Smirnov^a. para los dos instrumentos empleados para lo cual no se obtuvo significancia, por tanto, se utilizaron pruebas no paramétricas. (Tabla 8)

Tabla 8

Análisis exploratorio. Kolmorov – Smirnov^a (n= 350)

Prueba de normalidad	Significancia
Autocuidado puntaje global	.001
Dimensión higiene	.001
Dimensión actividad física	.001
Dimensión alimentación	.001

Dimensión salud clínica y eliminación	.001
Dimensión descanso	.001
Espiritualidad puntaje global	.001

Nota: elaboración propia

Para dar respuesta al objetivo específico cuatro, el cual busca establecer la relación entre el autocuidado y la espiritualidad en personas adultas mayores, se encontró una relación estadísticamente significativa, positiva y débil entre autocuidado y espiritualidad ($r_s = .196$, $p < .000$) es decir a mayor autocuidado mayor espiritualidad. Ver tabla 9.

Tabla 9

Relación Autocuidado y Espiritualidad (n= 350)

Variables	Autocuidado	Espiritualidad
Autocuidado	1.000	$r_s = .196$ $p < .000$
Espiritualidad	$r_s = .196$ $p < .000$	1.000

Nota. r_s . Prueba Spearman

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Respecto al objetivo general de este estudio el cual es analizar la relación de autocuidado y espiritualidad, se encontró relación significativa para todas las dimensiones. Para higiene se encontró una relación estadísticamente positiva y débil ($r_s = .138$, $p < .010$) mientras que para actividad física resultó negativa y débil ($r_s = -.136$, $p < .011$); alimentación se encontró positiva y moderada ($r_s = .339$, $p < .000$); salud y eliminación fue positiva y débil ($r = .221$, $p = .021$) y para descanso presento relación negativa y débil ($r = -.123$, $p = .022$). Por lo anterior cabe resaltar que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de

investigación de este estudio la cual señala que, a mayor autocuidado, mayor espiritualidad.

Ver tabla 10.

Tabla 10

Rho de Sperman por dimensiones (n= 350)

Correlación	Escala total Autocuidado	Higiene	Actividad Física	Alimentación	Salud y eliminación	Descanso	Escala de experiencia espiritual diaria
Escala total Autocuidado	1.000						
Categorías							
Higiene	$r_s = .754^{**}$	$r_s = 1.00$					
Actividad Física	$r_s = .384^{**}$	$r_s = .275^*$	1.00				
Alimentación	$r_s = .559^{**}$	$r_s = .273^{**}$	$r_s = -.050$	1.00			
Salud y eliminación	$r_s = .792^{**}$	$r_s = .440^{**}$	$r_s = .225^{**}$	$r_s = .546^{**}$	1.00		
Descanso	$r_s = .374^{**}$	$r_s = .249^{**}$	$r_s = .120^*$	$r_s = -.145^{**}$	$r_s = .030$	1.00	
Escala de experiencia espiritual diaria	$r_s = .196^{**}$ $p=.000$	$r_s = .138^{**}$ $p=.010$	$r_s = -.136^*$ $p=.011$	$r_s = .339^{**}$ $p=.000$	$r_s = .221^{**}$ $p=.021$	$r_s = -.123^*$ $p=.022$	1.00 $p=.000$

Nota. r_s . Correlacion de spearman

******. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*****. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

VIII. Discusión

El presente estudio se centró en analizar la relación entre autocuidado y espiritualidad en adultos mayores que habitan en zona rural, abordando las variables sociodemográficas, nivel de autocuidado con sus dimensiones, nivel de espiritualidad y finalmente la relación entre autocuidado y espiritualidad. En cuanto al sexo de los participantes de esta investigación cinco de cada 10 corresponden al sexo masculino, coincidiendo con el estudio de Mayoral et al (2013) en México y contrastando con los estudios de Lima et al (2020); Kimura et al., 2012; Soósová y Mauer (2021) quienes señalan que la generalidad en sus estudios se destaca el género femenino.

Al revisar la escolaridad en la población de estudio se encontró que cinco de cada 10 refirieron estudios de primaria coincidiendo con los datos en plataformas nacionales (CONAPO, 2022) y con el estudio de Aguilar – Méndez (2021). La comparativa con otros países muestra un nivel educativo bajo, Soósová y Mauer., (2021) reportaron en su estudio que los participantes eslovenos contaban con secundaria, lo anterior puede deberse al contexto rural en el que se desarrolló la investigación; como lo mencionan en otras investigaciones, la escolaridad depende del entorno sociocultural donde el adulto mayor se desarrolla (Lima et al. 2020).

De los participantes, la mayoría eran casados y vivían con su pareja lo cual coincide con lo mencionado por INEGI (2022) y Kimura et al. (2012) donde la población de 60 años y más se encuentra en esta condición de estado civil. La religión predominante en los participantes fue católica misma que predomina en el país de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018) lo que coincide con Bailly y Roussiau (2010). Al parecer el entorno sociocultural de los viejos en México influye en las dos características mencionadas, la de vivir en pareja y profesar la religión católica.

En el envejecimiento la presencia de enfermedad crónico degenerativa es habitual en personas adultas mayores, llama la atención en la presente investigación que la enfermedad de mayor incidencia de diabetes mellitus en la población de estudio, como principal padecimiento y

causa de complicaciones médicas, lo anterior derivado probablemente del tipo de alimentación, la cual es rica en; cereales, grasas y carnes rojas en exceso sumado a la casi nula actividad física en esta etapa de vida, lo cual es diferente a lo que señalan (Altamirano Linin y Orozco Reyes., 2019; Mozaffarian et al., 2014; Kimura et al., 2012) donde el primer puesto de patología crónico degenerativo lo ocupa la hipertensión arterial. Aunque ambas patologías se encuentran en los 10 primeros lugares de morbilidad en la población adulta de México.

Al medir el autocuidado se encontró que siete de cada 10 de los participantes cuentan con alto autocuidado, en cuanto a las dimensiones del instrumento utilizado la más baja fue el descanso, donde los participantes mencionan que el sueño es irregular o no logran conciliar el sueño debido a incomodidad, ansiedad o preocupaciones que no les permite descansar coincidiendo con Correa Argueta et al., (2016). Cabe mencionar que los adultos mayores refieren no haber buscado atención médica para lograr descansar, expresan que de alguna lo reconocen como algo normal.

En cuanto a la dimensión higiene se alcanzó un buen autocuidado ya que ocho de cada diez de los encuestados mencionaron realizar actividades de aseo personal y mantenimiento independiente, cabe señalar que la mayor parte de los encuestados se encontraban sin discapacidad u alguna enfermedad que los limitara de movimiento para realizar sus actividades en general. Para la dimensión alimentación y salud clínica se encontró buen autocuidado, aunque las personas adultas mayores reconocen estar enfermas, identificaron perfectamente sobre que alimentos resultaban perjudiciales para su salud, esto coincide con Aguilar – Méndez, (2021) quien menciona que los adultos mayores que se perciben enfermos tienen más autocuidado que los sanos.

En zona rural seis de cada 10 participantes presentan elevada espiritualidad, mostrando que los encuestados no diferenciaban los conceptos de espiritualidad y religiosidad, coincidiendo con Mayoral et al. (2010) quien señala que existe una tendencia entre los

mexicanos a apoyar su experiencia espiritual a través de su religión. Si bien no distinguían religiosidad como algo ajeno a creer en un ser superior, el término de religiosidad es parte del constructo espiritual, por lo cual es de importancia subrayar que la religiosidad entre los adultos mayores de área rural resulta de gran importancia en su vida cotidiana, ya que se observan costumbres conservadoras respecto acudir a misa, rezar el rosario o acudir a la iglesia.

A partir de la asociación entre las variables de estudio se encontró relación entre las dimensiones del instrumento autocuidado en el adulto mayor y la escala de experiencia espiritual diaria, asociación que no cuenta con antecedentes previos. La dimensión higiene correspondiente a la escala de autocuidado se relacionó estadísticamente positiva y débil con respecto a la escala de espiritualidad (DSES), mientras que para actividad física resultó negativa y débil; alimentación se encontró positiva y moderada; salud y eliminación fue positiva y débil; para descanso presento relación negativa y débil, para lo cual se muestra que, a mayor autocuidado, mayor espiritualidad en personas adultas mayores de área rural.

Dentro de los estudios realizados solo se ha correlacionado el DSES con medidas de estrés, ansiedad, depresión, apoyo social y satisfacción de la vida (Kalkstein, 2009; Mayoral et al 2013; Underwood y Teresi, 2002) donde se encontró una relación muy clara entre el afecto positivo y la espiritualidad diaria. Las personas que están más plenas espiritualmente indica menos afecto negativo y más satisfacción con la vida.

Con la presente investigación se identifico que existe una relación significativa entre autocuidado y espiritualidad en personas adultas mayores. Los hallazgos resaltan la importancia de diseñar intervenciones con enfoque espiritual para modificar acciones de autocuidado especialmente en contextos rurales poco explorados, con oportunidad para adentrarse en contextos de gran riqueza sociocultural en Guerrero, México.

IV.Conclusiones

El presente estudio permitió analizar la relación entre autocuidado y espiritualidad en personas adultas mayores, los resultados indicaron una relación significativa en el autocuidado de este grupo de estudio y elevada espiritualidad. El autocuidado del adulto mayor toma importancia hoy en día debido al creciente número de personas mayores y los costos financieros de las enfermedades crónicas en la edad adulta tardía.

La falta de desarrollo de competencias de enfermería para el cuidado espiritual tanto en la formación, como en el actuar profesional es una deficiencia que debe ser abordada y aprovechada como área de oportunidad para la rehabilitación geriátrica de las personas adultas mayores. La utilización de nuevas estrategias que permitan elevar el cuidado de las personas y realizar intervenciones eficaces en salud serán de utilidad para el tratamiento y rehabilitación de los ancianos enfermos.

Las investigaciones sobre la relación entre espiritualidad y salud han encontrado que la espiritualidad es un recurso importante para muchos pacientes frente a una enfermedad y un componente importante de la calidad de vida, particularmente para aquellos con enfermedades crónicas o terminales siendo así una herramienta importante a ser utilizada en la diversidad de poblaciones mexicanas, sin embargo la asociación directa entre el autocuidado y espiritualidad es un tema poco explorado ya que no se cuenta con estudios en el país que investiguen tal tema.

La relación significativa y positiva que muestra este estudio subraya la necesidad y magnitud de recibir una atención holística por parte del personal interdisciplinario de salud y justamente orientada hacia este grupo de edad, ya que son las personas adultas mayores quienes más enfermas y a la vez, son quienes presentan elevada espiritualidad.

V

X. Sugerencias

El instrumento para evaluar el autocuidado en el adulto mayor resulto psicométricamente valido y tuvo excelente comprensión en adultos mayores, asimismo el contenido resulta practico lo cual permite emplearlo en periodo de tiempo rápido, por lo cual se sugiere utilizarse en muestras más grandes en contextos tanto urbanos como rurales. En cuanto a el instrumento de espiritualidad solo existen en México dos estudios realizados en áreas urbanas, por lo tanto, se sugiere implementarse en población rural, ya que se observaron limitantes de comprensión entre los adultos mayores lo que a la vez, permitirá expandir el área de conocimiento sobre la población rural que predomina el país y su comportamiento con espiritualidad.

Además, se recomienda incluir en los programas educativos de las diversas áreas de salud conocimiento sobre espiritualidad que permitan al profesional realizar intervenciones espirituales, como medio para elevar el autocuidado en adulto mayor lo cual podrá ser beneficioso durante el proceso de salud – enfermedad y sobre todo de promoción hacia conductas de autocuidado sanas, ya que pocos autores se han centrado en evaluar la influencia de autocuidado en las experiencias espirituales y viceversa.

Las investigaciones futuras en esta área deberían considerar variables culturales, procesos sociales, circunstancias de vida complejas y otros factores que pueden beneficiar o dificultar las experiencias espirituales en la vida.

Referencias

- Aguilar-Méndez, D. (2021). *Propiedades psicométricas para un instrumento para medir autocuidado en el adulto mayor. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*.
http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/DGB_UMICH/5649/1/FE-M-2021-0669.pdf
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, FJ, Díaz-Canel Navarro, A. M, Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010
- Altamirano Llinin, J. D., y Orozco Reyes, MC (2019). Factores que influyen en el reingreso hospitalario del adulto mayor: Resultados de un plan piloto. *Ciencia Digital*, 3(2.6).
https://www.researchgate.net/publication/333838526_Factores_que_influyen_en_el_reingreso_hospitalario_del_adulto_mayor_resultados_de_un_plan_piloto
- Aponte Franco, SM, y Guerrero Castañeda, RF (2022). Espiritualidad en adultos mayores y sus beneficios en salud: una revisión narrativa. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 8 (2), 134-147.
<https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/755/1347#title-8>
- Arenas Montaña, G. (2020). Autocuidado para mejorar la calidad de vida: Alimentación y actividad física en espacios reducidos. *Gaceta Iztacala, UNAM*
<https://fenix.iztacala.unam.mx/?p=28569>
- Bailly, N. y Roussiau, N. (2010). Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES): Validación de la versión abreviada en una población francesa de edad avanzada. *Revista Canadiense sobre el Envejecimiento / La Revue canadienne du vieillissement*, 29 (2), 223–231.
<https://doi.org/10.1017/S0714980810000152>

Barria, VS, Rosenberg, N., y Uribe, P. (2018). Autocuidado y equipos de salud. *Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud y Salud Familiar, Comunitaria y Promoción*, 29(3),288-300.

https://www.academia.edu/35235251/AUTOCUIDADO_Y_EQUIPOS_DE_SALUD

Benito, E., Donés, M. y Barbero, J. (2016). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/espiritualidad/EL_ACOMPANAMIENTO_ESPIRITUAL_EN_CUIDADOS.pdf

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (sf). Ley General de Salud,

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, JM., Galiana, L., & Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: Nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53 (6), 326-331.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>

Castañeda Flores, T., & Guerrero, Castañeda, RF (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: Aproximación cuantitativa.

Revista Cuidarte, 10 (3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>

Castellanos, SF y Rincón, AM (2021). Influencia de la espiritualidad en las dimensiones del cuidado en mujeres adultas mayores. *Ciencia y enfermería*, 27(1), 213–225.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100213

Consejo Nacional de Población. (2018). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016–2050: Guerrero .

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/390959/Proyecciones_de_la_poblacion_de_Mexico_2016_2050_primera_parte.pdf

Consejo Nacional de Población. (2022). Zirándaro. Datos México.

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/zirandaro>

Córdova-Sotelo, NZ, León-Rivera, J., Herrera-Álvarez, R., Cisneros-Espinar, C., Quispe-Barragán M., & Balseiro-Almario, L. (2019). Vivencias espirituales del adulto mayor en un hospital de día de la red almenara, en Lima, Perú. *Revista de Enfermería Neurológica*, 17(2), 23-31.

<https://revenferneurolinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/263>

Correa Argueta, E., Verde Flota, E, y Rivas Espinoza, JG (2016). Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. Universidad Autónoma Metropolitana. [https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion de enfermeria.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion%20de%20enfermeria.pdf).

Declaración de Helsinki. 2013. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf>

Durán-Varela, A., Gutiérrez-Robledo, LM y Pérez-Zepeda, MU (2001). Envejecimiento y salud en México: Retos y perspectivas . Instituto Nacional de Geriátría. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814354/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf

Fajan, SS y Ellenberg, R. (1990). Clasificación y diagnóstico. En *Diabetes mellitus* (4a. ed., págs. 346-360). Elsevier Science Publishing. https://diabetesjournals.org/care/article/35/Supplement_1/S64/26301/Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus

Fernández, AR. y Manrique-Abril, FG (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances en enfermería*, 29 (2), 30-41. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>

- Flores, D. y Guzmán, F. (2018). Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación*, 16 (17), 991-1000. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf
- Fondo de las naciones unidas para la infancia. (2005). UNICEF Venezuela. Hábitos de higiene, 2005. <https://www.unicef.org/venezuela/media/1186/file/Los%20h%C3%A1bitos%20de%20higiene.pdf>
- Gallardo-Vergara, R., Silva-Maragaño, P., y Castro-Aburto, Y. (2022). Los efectos negativos de la religiosidad-espiritualidad en la salud mental: una revisión bibliográfica. *Revista Costarricense de Psicología*, 41 (1), 43-64. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v41i01.03>
- García, E.V, Cardoso, MA, Ostiguín, RM, & Reyes, V. (2017). El cuidado espiritual: una propuesta con base en las prácticas tradicionales de una comunidad indígena nahua. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48), 1-12. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.12>
- Garduño, J., Martínez, MC, Fajardo, A., Ortega, M., Alvarez, A. y Vega, V. (1992) Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapéutico con metronidazol. *Revista de investigation clinica*, 44(3), 235-240. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-118212>
- George, J.B. (2000). *Teorías de enfermería: Los fundamentos de la practica profesional*. Porto Alegre: Artmed.
- Gobierno de México. (2020). La importancia de la Alimentación Correcta. Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario. <https://sitios1.dif.gob.mx/FamiliaDIF/index.php/ediciones/no-2-alimentacion/132-la-importancia-de-la-alimentacion-correcta>
- Grove, SK. y Gray, JR (2019). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier.

- Guerrero, N. y Yépez, MC (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista de la universidad San Buenaventura*, 17(1), 121-131
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
- Hooper, L., Abdelhamid, A., Bunn, D., Brown, T., Summerbell, CD y Skeaff, CM. (2015). Efectos de la ingesta total de grasa en el peso corporal. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 2015 (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011834>
<https://www.scielo.org/pdf/scol/2016.v12n4/575-588/es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Mayores* (Comunicado de prensa núm. 568/22).
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). CONAPO e INAPAM, de la mano en la atención del envejecimiento . <https://www.gob.mx/inapam>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas adultas mayores*.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-envejecimiento-activo-favorece-la-calidad-de-vida-de-las-personas-adultas-mayores>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2022) *Adultos mayores en México: Datos y cifras*. <https://www.gob.mx/inapam>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). Presentación de resultados: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Kalkstein, S. y Tower, RB (2009). La escala de experiencias espirituales diarias y el bienestar: Comparaciones demográficas y validación de la escala con adultos judíos mayores y una

- muestra diversa de internet. *Journal of Religion and Health* , 48 (4), 402-417.
<https://doi.org/10.1007/s10943-008-9203-0>
- Kimura, M., de Oliveira, AL, Mishima, LS., & Underwood, LG (2012). Adaptación cultural y validación de la Escala de experiencia espiritual diaria de Underwood – versión brasileña. *Revista da Escola de Enfermagem da USPS*, 46 (Esp.), 99–106.
<https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000700015>
- Lara, G., González, A. & Banco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (3), 159-166.
<https://www.redalyc.org/pdf/473/47326420003.pdf>
- Lima, S., Teixeira, L., Esteves, R. et al. (2020) Espiritualidad y calidad de vida en adultos mayores: un modelo de análisis de trayectoria. *BMC Geriatria*, 20 , 259
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>
- López, G., Domínguez, M. y Ochoa, M. (2010). Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*, 20 (1); 13-22.
<https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829520004.pdf>
- Loredo-Figueroa, MT, Gallegos-Torres, RM, Xequé-Morales, AS, Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Martínez Fuentes, A, J, & Fernández Díaz, IE (2008). Ancianos y salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010
- Martínez, MC, Guiscafré, H., Muñoz, O., & Gutiérrez, G. (1988). Análisis del cumplimiento del tratamiento en los esquemas terapéuticos utilizados. *Archivos de Investigación Médica*, 19,409-417.

- Mayoral, EG., Laca, FA.Ç, & Mejía, JC. (2010). Experiencia espiritual cotidiana en vascos y mexicanos: un estudio cuantitativo. Academia, edu.https://www.academia.edu/69378724/Daily_spiritual_experience_in_basques_and_mexicans_a_quantitative_study_Experiencia_espiritual_cotidiana_en_vascos_y_mexicanos_un_estudio_cuantitativo&nav_from=8cb59f54-be96-4e63-9930-3101ae74b77b&rw_pos=0
- Mayoral, EG., Underwood, LG, Laca, FA. y Mejía, JC (2013). Validación de la versión en español de la Escala de Experiencia Espiritual Diaria de Underwood en México. *Revista Internacional de Psicología Hispanica*, 6(2), 191-202. https://www.academia.edu/9669165/Validation_of_the_Spanish_version_of_Underwoods_Daily_Spiritual_Experience_Scale_in_Mexico [Links]
- Millán - Méndez, IE (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 202-234. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es&tling=es.
- Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S., y Büla, CJ (2011). Instrumentos para medir la espiritualidad en la investigación clínica: una revisión sistemática. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (11), 1345–1357. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1769-7>
- Morales-Ramón, F., & Ojeda-Vargas, MG (2014). El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. *Salud en Tabasco* , 20 (3), 94-97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48740677005>
- Mozaffarian D., Fahimi S., Singh, GM, Micha R., Khatibzadeh, S., Engell, RE, et al. (2014). Consumo global de sodio y muerte por causas cardiovasculares. *New England Journal of Medicine*, 371 (7), 624-34. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-consumo-sal-muerte-cardiovascular-S1138359314003955>

NANDA Internacional. (2018). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020. Edición Hispanoamericana. (4ª Edición hispanoamericana). Elsevier

Naranjo, Y., Pacheco, CJA., & Rodríguez, M. (2017). La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Medica Espirituana*, 19 (3) 89-100.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Ng, SM, Fong, TC, Tsui, EY, Au-Yeung, FS y Law, SK (2009). Validación de la versión china de la Escala de Experiencia Espiritual Diaria de Underwood: ¿Trascendiendo las fronteras culturales? *Revista Internacional de Medicina del Comportamiento*, 16(2), 91–97.
<https://doi.org/10.1007/s12529-009-9045-5>

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Envejecimiento*. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2018. Alimentación sana. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud. (2005). Prevención de enfermedades crónicas: Una inversión vital. <https://www.who.int/publications/i/item/9241593776>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Organización panamericana de la salud. (2020). *Envejecimiento saludable*. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

Orozco, VR y Molina, ZR (2002). Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor InterSedes: *Revista de las Sedes Regionales*, 3 (4), 63-71.
<https://www.redalyc.org/pdf/666/66630407.pdf>

Ortega, CJJ, Sánchez, HD, Rodríguez, M. Ó.A., y Ortega, L, JM (2018). Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles* 16 (3): 226-232.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187072032018000300226

- Palacio Vargas, CJ (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cultura, Educacion y Sociedad*, 6 (2), 115-128.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>
- Paz Soto, EM, Masalan, P., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29 (3), 342-348.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-educacion-en-salud-un-S0716864018300543>
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41-45. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006
- Pinedo, MT y Jiménez, JC (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cultura de los cuidados*, 21 (48), 110-118. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>
- Polit, DF y Beck, CT (2018). Investigación en enfermería: Generación y evaluación de evidencias para la práctica (10.^a ed.). Wolters Kluwer.
- Pomares Avalos, AJ, Vázquez Núñez, A., y Ruíz Domínguez, E.S. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*, 7(2), 189-198.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf03207.pdf>
- Raile Alligood, M. (2014). Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier.
- San Martín, PC (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate* 8, 111-127.
<https://bit.ly/2ActG3s>
- Sánchez Herrera, B. (2004). La dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichán*, 4,(1),6-9.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/44>

- Sarrazin, JP (2021). La relación entre religión, espiritualidad y salud: una revisión crítica desde las ciencias sociales. Redalyc. <https://www.redalyc.org/journal/4138/413868675012/html/>
- Secretaría de Salud. (2005). NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en la materia de alimentación correcta (Diario Oficial de la Federación). Gobierno de México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138258/NOM-043-servicios-basicos-salud-educacion-alimentaria.pdf>
- Sillas, DE y Jordán, JMA. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería, 19(2), 67-74. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Soósová, MS, y Mauer, B. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Experiencia Espiritual Diaria en personas mayores eslovacas. *Revista de Religión y Salud*, 60 (1), 563–575. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00994-w>
- Soriano, FC y Andrade, MR (2021). Influencia de la espiritualidad en las dimensiones del cuidado en mujeres mayores. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-16iefm20016>
- Soto Morales, A. M., Olivella Fernandez, M. C., y Bastidas Sanchez, C. V. (2020). Cuidado espiritual al adulto mayor, elemento del conocimiento y práctica de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 123–131. <https://doi.org/10.22463/17949831.1563>
- Te Morenga, LA, Howatson, AJ, Jones, RM., y Mann, J.(2014). Azúcares dietéticos y riesgo cardiometabólico: Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados sobre los efectos en la presión arterial y los lípidos. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(1), 65–79. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.081521>

- Tuz-Sierra, M.,Catzín-López E.,Kantun-Dzul, et al. (2021).Espiritualidad y abandono en adultos mayores: Un estudios en Yucatan. *Revista INFAD de Psicología del desarrollo y de la Educacion*, 2 (1), 45-54.
- Underwood LG, Teresi JA (2002). La escala de experiencia espiritual diaria: desarrollo, descripción teórica, fiabilidad, análisis factorial exploratorio y validez preliminar del constructo utilizando datos relacionados con la salud. *Ann Behav Med*, 24 (1), 22–33..
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12008791/>
- Vargas Guadarrama, LA (2013). La alimentación en las Américas: un patrimonio más complejo de lo que se suele pensar. *Sociedad y Ambiente*. 1(1), 61-76.
<https://www.redalyc.org/pdf/4557/455745075005.pdf>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L.,Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, JM, Santed, R,, Valderas, JM, Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es..
- Wescott, W, y Beach, T. (2001).Treinamiento de Forca para a Terceira Idade. Manole Ltda. Sao Paulo, Brasil. <https://www.efdeportes.com/efd167/treinamento-de-forca-na-terceira-idade.htm>
- Zavala, M., Vidal, GD., Castro, SE, Quiroga, P., y Klassen, G . (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 12 (2), 53-62. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200000

VII. Anexos

Anexo 1. Instrumento de autocuidado en el adulto mayor

Instrucciones. Contesta lo que se te pregunta a continuación.

Opciones de respuesta :Nunca(1), casi nunca(2),a veces (3), casi siempre(4), siempre(5)

N.	Actividad de autocuidado	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	Higiene	1	2	3	4	5
1	Acostumbro a bañarme dos o tres veces a la semana					
2	Aseo mis pies diariamente					
3	Mantengo mis uñas de manos y pies cortas					
4	Me hago responsable de mi higiene					
5	Realizo mi higiene bucal después de cada comida					
6	Limpio mis oídos					
7	Acostumbro cambiarme de ropa diariamente					
	Actividad física					
8	Colaboro en las tareas del hogar					
9	Puedo movilizarme sin ayuda					
	Alimentación					
10	Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día					
11	Evito la ingesta excesiva de sal					
12	Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar					
	Salud Clínica					
13	Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico(cada 6 meses)					
14	Me responsabilizo de mis alimentos					
15	Cumplo con el tratamiento indicado por el medico					
16	Hago uso de mi cartilla de salud					
17	Tengo un control de mi peso corporal					
	Descanso					
18	Mi sueño durante la noche es continuo					
19	Duermo de 6 a 7 horas por la noche					
20	Al despertar me siento descansado					

Aguilar - Méndez, D. (2021).

Anexo 2. Instrumentos de espiritualidad

Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES) de Lynn G. Underwood, Ph.D.

El listado que aparece a continuación sigue incluye elementos que puede o no experimentar. Por favor considera con qué frecuencia tienes directamente esta experiencia, y trata de ignorar si sientes que debe o no debe tener estas experiencias. Varios artículos usan la palabra "Dios". Si esta palabra no es cómoda para usted, por favor sustitúyala por otra palabra que le recuerde lo divino o santo para ti.

Numero de ítem	Muchas veces al día	Todos los días	La mayoría de los días	Algunos días	De vez en cuando	Nunca
1. Siento la presencia de Dios.						
2. Siento una conexión con todo lo que es vida.						
3. Mientras estoy orando, o en otros momentos cuando me conecto con Dios, siento una felicidad o júbilo que me levanta de mis preocupaciones diarias.						
4. Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad.						
5. Encuentro mi fortaleza en mi religión o creencias espirituales.						
6. Siento gran paz interior o armonía.						
7. Le pido ayuda a Dios en medio de mis actividades diarias.						
8. Me siento guiado por Dios en medio de mis actividades diarias.						
9. Siento el amor que Dios me tiene, directamente.						
10. Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros.						
11. La belleza de la creación me mueve espiritualmente.						
12. Me siento agradecido por mis bendiciones.						
13. Siento cariño desinteresado por otros.						
14. Acepto a otros aún cuando hacen cosas que pienso que están mal.						
15. Deseo estar más cercano a Dios o en unión con Dios.						
16. ¿En general, cuán cercano te sientes a Dios? 1) Para nada cercano 2) Algo cercano 3) Muy cercano 4) Tan cercano como es posible						

Underwood y Teressi (2002). Version en español por Mayoral et al., (2013).

VIII. Apéndices

Apéndice 1. Operacionalización de la variable autocuidado

Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición / indicadores
Independiente Cuantitativa	El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.(Orem, 1993)	El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua con el tiempo , siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tiene los individuos en su etapa de crecimiento, desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo , estados de salud , características sanitarias o fases de desarrollo .(Marcos E,MP y Tizon ,EB, 2014).El autocuidado se medira con el instrumento “ autocuidado en el adulto mayor” de (Aguilar Méndez ED, 2021).Este cuenta con 20 ítems divididos en cinco dimensionas	Higiene Actividad física Alimentación Salud clínica Descanso	Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a nunca , 2 casi nunca , 3 a veces , 4 casi siempre y 5 siempre.

Apéndice 2. Operacionalización de la variable espiritualidad

Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición / indicadores
Dependiente	La espiritualidad se relaciona con la autotranscendencia del adulto mayor esta permite a la persona ampliar las fronteras personales y orientarse hacia actividades y objetivos más allá de sí mismo,(Reed PG, 2018)	La espiritualidad forma parte del complejo de vida del adulto mayor donde principalmente cuando se encuentra en estado de salud critico o tiene alguna patología , lo utiliza de sustento u esperanza.Se empleara el instrumento Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES) de Underwood (2002). La cual contiene 16 ítems de respuesta Likert de seis alternativas y evalúa un total de 11 dimensiones	Conexión (1y 2). El yo (3). Consuelo y fortaleza (4y 5). Paz(6),. Ayuda divina(7). Guía divina(8) . Percepción de amor divino(9y 10). Admiración(11). Gratitud y Agradecimiento(12). Amor compasivo (13 y 14). Unión y proximidad (15 y 16).	16 ítems de respuesta Likert de seis alternativas. Muchas veces durante el día , todos los días , la ,mayoría de los días , alguno de los días , de vez en cuando y nunca o casi nunca .

Apéndice 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Edad	- Cuantitativa - Numérica - Discreta	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. (Diccionario médico, 2022).	La edad es un concepto lineal y que implica cambios continuos en las personas, así como la aparición de enfermedades o discapacidades (Rodríguez Á, 2018).	Número de años cumplidos
Sexo	- Cualitativo - Nominal	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (REA, 2022)	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (OMS, 2020)	1. Mujer 2. Hombre 3. Otro
Escolaridad	-Cualitativa -Categorica -Ordinal	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. (Diccionario Oxford)	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (REA, 2020)	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Sin estudios
Estado Civil	-Cualitativa -Categorica -Nominal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (REA, 2022)	Condición de una persona según el registro civil en función jurídica de si tiene pareja o no y su situación legal respecto a esto (Diccionario jurídico, 2014)	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo
Con quien vive	-Cualitativa -Categorica -Ordinal		Personas que habitan en un mismo lugar	1. Pareja 2. Otro familiar 3. Solo
Lugar de residencia	-Cualitativa -Categorica	Lugar del espacio donde una persona permanece de forma continuada. (Diccionario jurídico, 2020).	Lugar donde reside una persona	1. Cabecera municipal 2. Otra localidad

Apéndice 4. Cedula de consentimiento informado.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado

Título de estudio: Autocuidado y espiritualidad
en personas adultas mayores en una zona rural
en Guerrero.

Investigadora: LE Viridiana Garcia Bedolla

Lugar de estudio: DIF Zirándaro, Guerrero



Mi nombre es Viridiana Garcia Bedolla, soy Licenciada en Enfermería y estudiante de posgrado de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, me encuentro realizando un proyecto de investigación que estudia el autocuidado y su relación con espiritualidad en personas adultas mayores, como tema de investigación para obtener el grado de maestría. Requiero de su apoyo para que le pueda aplicar una encuesta en la cual podrá ayudarme para alcanzar los objetivos de mi investigación, así mismo le hago saber que usted no tendrá ningún beneficio por participar, su participación en este estudio será voluntario, tiene derecho a retirarse en cualquier momento y en ningún momento se dará a conocer su nombre. Los datos obtenidos serán confidenciales, no se hará mal uso de los mismos y se respetará el anonimato. Si no hay ninguna duda acerca de su participación, puede si así lo desea firmar el consentimiento informado. He leído este formulario de consentimiento informado y considero voluntariamente participar en este estudio. Gracias por formar parte de este proyecto de investigación

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Apéndice 5. Hoja de colecta de datos.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería



Título de estudio: Autocuidado y espiritualidad
en personas adultas mayores en una zona rural
en Guerrero.

Investigadora: LE Viridiana García Bedolla
Lugar de estudio: DIF Zirándaro, Guerrero

Instrumento: Autocuidado en el adulto mayor

Folio:

Fecha:

Datos Generales

Edad _____

Genero:

Femenino:

Masculino:

Otro:

Estado Civil:

Soltero:

Casado:

Viudo :

Con quien vive:

Solo:

Pareja:

Otro familiar:

Vive solo:

Escolaridad

Sin estudios:

Primaria:

Secundaria:

Preparatoria:

Universidad:

Religion:

Catolica:

Testigo de Jehova:

Cristiano:

Ninguno:

Enfermedad agregada:

Lugar de residencia:

Instrucciones. Contesta lo que se te pregunta a continuación marcando con una **X** su respuesta acorde a sus prácticas de autocuidado.

Instrumento de Autocuidado

N.	Actividad de autocuidado	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	Higiene	1	2	3	4	5
1	Acostumbro a bañarme dos o tres veces a la semana					
2	Aseo mis pies diariamente					
3	Mantengo mis uñas de manos y pies cortas					
4	Me hago responsable de mi higiene					
5	Realizo mi higiene bucal después de cada comida					
6	Limpio mis oídos					
7	Acostumbro cambiarme de ropa diariamente					
	Actividad física					
8	Colaboro en las tareas del hogar					
9	Puedo movilizarme sin ayuda					
	Alimentación					
10	Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día					
11	Evito la ingesta excesiva de sal					
12	Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar					
	Salud Clínica					
13	Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico(cada 6 meses)					
14	Me responsabilizo de mis alimentos					
15	Cumplo con el tratamiento indicado por el médico					
16	Hago uso de mi cartilla de salud					
17	Tengo un control de mi peso corporal					
	Descanso					
18	Mi sueño durante la noche es continuo					
19	Duermo de 6 a 7 horas por la noche					
20	Al despertar me siento descansado					

Aguilar – Méndez, D. (2021)

Instrumento de Espiritualidad

Numero de Item	Muchas veces al día	Todos los días	La mayoría de los días	Algunos días	De vez en cuando	Nunca
1. Siento la presencia de Dios.						
2. Siento una conexión con todo lo que es vida.						
3. Mientras estoy orando, o en otros momentos cuando me conecto con Dios, siento una felicidad o júbilo que me levanta de mis preocupaciones diarias.						
4. Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad.						
5. Encuentro mi fortaleza en mi religión o creencias espirituales.						
6. Siento gran paz interior o armonía.						
7. Le pido ayuda a Dios en medio de mis actividades diarias.						
8. Me siento guiado por Dios en medio de mis actividades diarias.						
9. Siento el amor que Dios me tiene, directamente.						
10. Siento el amor que Dios tiene por mi a través de otros.						
11. La belleza de la creación me mueve espiritualmente.						
12. Me siento agradecido por mis bendiciones.						
13. Siento cariño desinteresado por otros.						
14. Acepto a otros aún cuando hacen cosas que pienso que están mal.						
15. Deseo estar más cercano a Dios o en unión con Dios.						
16. ¿En general, cuán cercano te sientes a Dios? 1) Para nada cercano 2) Algo cercano 3) Muy cercano 4) Tan cercano como es posible						

Underwood y Teressi (2002) . Version en español por Mayoral et al., (2013).

Apéndice 6. Autorización de Comités de investigación y bioética.



Morelia, Michoacán a 5 de Sep del 2023

C. Viridiana García Bedolla
Lic. en Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Autocuidado relacionado con la espiritualidad de personas adultas mayores que viven en área rural* y acordó **APROBARLO** con el dictamen CEI/FacEnf/004/POSG2023, Por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia de éste.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente



Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Presidente del Comité de ética en investigación

Teléfono (+52) 44 33 13 92 74 y 44 33 17 52 55
Av. Ventura Puente #115 Col. Chapultepec Norte, C.P. 58260, Morelia, Michoacán, México.

Humanista por siempre

Dictamen Comité de Investigación Recibidos x

Ma. de Jesus Ruiz Recendiz <madejesus.ruiz@umich.mx>
para mí, María, Cecilia, Julio ▾

jue, 31 ago 2023, 10:07



Buena tarde

A través de este medio se hace entrega del dictamen de su protocolo con folio CI/FacEnf/004-2023 elaborado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería, por lo que puede realizar la colecta de datos.

Se requiere que conteste acuse de recibido.

Cualquier duda o comentario estoy a sus órdenes.

Saludos fraternales

Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Profesor e investigador
Facultad de Enfermería
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Apéndice 7. Autorización de utilización de instrumentos.







RV: Autorización para utilizar su Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES) Recibidos



viridiana garcia 16 jun
para yo

Enviado desde [Correo](#) para Windows

De: [Lynn Underwood](#)
Enviado: miércoles, 14 de junio de 2023 05:48 p. m.
Para: [viridiana.garcia](#)
Asunto: Re: Autorización para utilizar su Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES)

You have my permission to use the Daily Spiritual Experience Scale for non-profit use if you return the attached registration form to me and agree to the terms of use.

Make sure you are using the accurate form of the scale. The best place for resources on the scale and links to formats and scoring is:

<http://www.dsescscale.org>



Dallely Aguilar



Hola buen día Maestra Dallely soy estudiante de la décima sección de maestría de enfermería mi nombre es Viridiana Garcia Bedolla , me encantaría utilizar su instrumento para medir autocuidado en adultos mayores para mi protocolo, el cual está encaminado a medir la relación entre autocuidado y espiritualidad en adultos mayores , mi asesora es la doctora Magdalena Lozano . Disculpe que la contacté por este medio pero no pude encontrar otro , espero su respuesta y muchas gracias 😊

30-MAY 9:15

Hola buen día Viridiana, agradezco tu interés por utilizar mi instrumento, sin problema puedes hacer uso del mismo

Ahora pueden enviarse mensajes, llamarse y ver información, como su estado activo y cuándo leyeron los mensajes.

30-MAY 11:26

Le agradezco mucho !
 Que tenga muy buen día ☀️

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

• Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo. • Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias. • Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento. • Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en enfermería	
Título del trabajo	"Autocuidado y espiritualidad en personas adultas mayores que viven en una zona rural".	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Viridiana Garcia Bedolla	1138775@umich.com.mx
Director	Ma. Magdalena Lozano Zuñiga	maria.lozano@umich.mx
Codirector	Ma. de Jesus Ruiz Recéndiz	madejesus.ruiz@umich.mx
Coordinador del programa	Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala	lilia.alcantar@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción

Asistencia en la redacción	no	
-----------------------------------	-----------	--

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	si	De artículos en otros idiomas
Traducción a otra lengua	si	Elaboración de abstrac.
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	si	Se utilizó el programa SPSS version 25
Búsqueda y organización de información	si	Se utilizó en bases académicas de internet para obtener artículos para esta investigación.
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Viridiana García Bedolla
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán a 2 de octubre del 2025

Viridiana Garcia Bedolla

Autocuidado y su relación con espiritualidad en personas adultas mayores que viven en una zona rural.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:506917287

Fecha de entrega

2 oct 2025, 10:42 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

3 oct 2025, 7:49 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

Autocuidado y su relación con espiritualidad en personas adultas mayores que viven en una zon....pdf

Tamaño del archivo

1.5 MB

95 páginas

18.230 palabras

105.859 caracteres

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 20%  Fuentes de Internet
- 9%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.