CUIDADO & SALUD PÚBLICA
Revista Científica / Scientific Journal Public Health and Care

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN UNA ZONA DESFAVORECIDA DE COMAS, LIMA 2026

SELF-CARE AND QUALITY OF LIFE AMONG OLDER ADULTS RESIDING IN A DISADVANTAGED AREA OF COMAS, LIMA 2026

Elizabeth Carranza Manrique[1]

[1]*Diris Lima Norte. Lima. Perú.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 2/03/2026
Aprobado: 19/05/2026
Publicado: 30/06/2026

Autor corresponsal
Elizabeth Carranza Manrique
ecarranzamanrique@gmail.com

Financiamiento
Autofinanciado

Conflictos de interés
La autora declara no tener conflictos de interés

Citar como
Carranza Manrique E. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores residentes en una zona desfavorecida de Comas, Lima 2026. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública 2026; 6(3): 3-10. DOI: 10.53684/csp.v6i1.183

Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivos: Identificar la relación entre autocuidado y calidad de vida en adultos mayores residentes en una zona desfavorecida de Comas, Lima 2026. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y transversal, donde participo una muestra de 76 adultos mayores. El autocuidado se evaluó con la Escala de Autocuidado del Adulto Mayor (EA-AM), integrada por 24 ítems, y la calidad de vida con la Escala de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ECV-AM), conformada por 18 ítems. **Resultados:** La edad promedio de los informantes fue de 70,45 años. Predominaron los participantes de sexo masculino (63,2%), con educación secundaria (68,4%) y convivencia familiar (93,4%). El autocuidado mostró principalmente un valor moderado (63,2%), al igual que la calidad de vida (59,2%). Se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables (rho=0,616; p<0,001). Todas las dimensiones del autocuidado se asociaron con la calidad de vida; las relaciones de mayor magnitud correspondieron a eliminación (rho=0,605), descanso y sueño (rho=0,578) y alimentación e hidratación (rho=0,550). **Conclusiones:** En la población estudiada, una mayor presencia de conductas de autocuidado se relacionó con una mejor valoración de la calidad de vida. Los hallazgos resaltan la necesidad de reforzar acciones comunitarias vinculadas con actividad física, seguimiento de la salud, descanso, manejo de medicamentos y participación social.

Palabras claves: Autocuidado; Calidad de vida; Ancianos; Envejecimiento (Fuente: DeCS/MeSH).

ABSTRACT

Objectives: To identify the relationship between self-care and quality of life among older adults residing in a disadvantaged area of Comas, Lima. **Materials and methods:** A quantitative, correlational, and cross-sectional study was conducted with a sample of 76 older adults. Self-care was assessed using the Older Adult Self-Care Scale (EA-AM), comprising 24 items, and quality of life was assessed using the Older Adult Quality of Life Scale (ECV-AM), consisting of 18 items. **Results:** The mean age of the participants was 70.45 years. The majority were male (63.2%), had a secondary education (68.4%), and lived with family (93.4%). Self-care levels were predominantly moderate (63.2%), as was quality of life (59.2%). A positive, statistically significant relationship was found between the two variables (rho=0.616; p<0.001). All self-care dimensions were associated with quality of life; the strongest associations were observed for elimination (rho=0.605), rest and sleep (rho=0.578), and nutrition and hydration (rho=0.550). **Conclusions:** In the studied population, a higher level of self-care behaviors was associated with a better assessment of quality of life. The findings highlight the need to strengthen community-based initiatives related to physical activity, health monitoring, rest, medication management, and social participation.

Keywords: Self-care; Quality of life; Aged; Aging (Source: DeCS/MeSH).

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los cambios demográficos más notorios de las últimas décadas. Cada vez más personas llegan a edades avanzadas y viven durante más tiempo en esta etapa. La Organización Mundial de la Salud estima que, para 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más y que, hacia 2050, este grupo podría superar los 2 100 millones. Buena parte de este crecimiento ocurrirá en países de ingresos bajos y medianos, donde los sistemas de salud deberán responder a nuevas necesidades de cuidado, prevención y conservación de la autonomía [1].

Vivir más años, sin embargo, no siempre significa vivirlos en mejores condiciones. El aumento de la longevidad suele ir acompañado de la presencia de enfermedades de evolución crónica, cambios funcionales y nuevas necesidades de apoyo. Por eso, hoy interesa no solo cuánto vive una persona, sino también cómo vive esos años, cuánto puede conservar su independencia y qué tan activa se mantiene en el cuidado de su propia salud [2].

En este escenario, el autocuidado toma mayor relevancia. La alimentación adecuada, estar activo, el control de la salud oportuno o reconocer señales de alarma, forman parte de una nueva forma de vivir en lo cotidiano, siendo esto un factor protector en la vejez. Una revisión sistemática con metaanálisis encontró que las intervenciones dirigidas al autocuidado pueden mejorar algunos aspectos de la salud física, la movilidad y el manejo de medicamentos en adultos mayores que viven en la comunidad [3].

La relación con la calidad de vida (CV) también resulta relevante. En personas mayores con hipertensión, las conductas de autocuidado se asociaron con una mejor percepción de bienestar, incluso después de considerar el apoyo social y la percepción del propio estado de salud (β=0,421; p<0,001). Por ello, involucrarse de forma activa en el cuidado personal puede influir en la forma en que la persona vive y su condición de salud [4].

Esta relación no parece ser únicamente inmediata. En personas con enfermedades crónicas atendidas en el primer nivel, una mayor preparación para el autocuidado durante tres años se vinculó con una evolución favorable de la CV relacionada con la salud. La asociación se mantuvo luego del ajuste estadístico (β=0,19; IC95%: 0,07-0,30; p=0,002), reforzando la idea de que el autocuidado puede convertirse en un recurso útil para sostener el bienestar a lo largo del tiempo [5].

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento avanza con rapidez y lo hace en sociedades donde aún persisten importantes desigualdades. El crecimiento de la población mayor plantea nuevas exigencias para las familias, los servicios sanitarios y los sistemas de protección social. El desafío es mayor cuando la longevidad ocurre en contextos con diferencias marcadas en ingresos, educación y acceso a servicios [6].

La evidencia regional muestra que la manera de envejecer está fuertemente relacionada con las condiciones vividas a lo largo de los años. Un estudio con más de 44 mil participantes latinoamericanos encontró que los factores sociales, la salud mental y las condiciones cardiometabólicas se relacionaban con diferencias en la capacidad funcional y cognitiva de las personas mayores. Estas diferencias fueron más visibles en grupos que habían estado expuestos a mayores desventajas [7].

En Colombia, por ejemplo, se observó que la pobreza, un menor nivel educativo, la discapacidad y las dificultades para acceder a los servicios sanitarios se relacionaban con condiciones menos favorables de envejecimiento. Estos hallazgos muestran que llegar a una edad avanzada no ofrece las mismas posibilidades de bienestar para todas las personas y que las desigualdades sociales también acompañan el proceso de envejecer [8].

En Brasil se han encontrado diferencias semejantes. El ingreso y el nivel educativo estuvieron vinculados con desigualdades en el estado de salud y en el uso de los servicios sanitarios entre las personas mayores. Este escenario tiene especial importancia en países donde una parte considerable de la población llega a la vejez luego de largos periodos de empleo informal y con una protección social limitada [9].

En México también se han descrito trayectorias diferentes en la capacidad para mantener independencia. Las personas con mejores condiciones económicas y educativas mostraron una evolución más favorable, mientras que quienes habían vivido en situaciones de mayor desventaja presentaron un deterioro más marcado. Esto refuerza la idea de que las oportunidades acumuladas durante la vida terminan influyendo en la forma como se llega a la vejez [10].

La relación entre autocuidado y CV también ha sido observada directamente en la región. En adultos mayores mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, un autocuidado insuficiente se relacionó con una mayor probabilidad de presentar resultados desfavorables en los dominios físico, psicológico, social y ambiental de la CV. Así, el cuidado cotidiano de la salud parece tener implicancias que van más allá del control de una enfermedad específica [11].

En el Perú, el envejecimiento de la población sigue una tendencia similar. El Instituto Nacional de Estadística e Informática informó que las personas de 60 años o más representaban el 14,3% de la población en 2025. Durante el tercer trimestre de ese año, el 44,6% de los hogares tenía al menos una persona adulta mayor y, en Lima Metropolitana, esta proporción alcanzó el 47,4%. A ello se suma una alta frecuencia de hipertensión, diabetes y obesidad, condiciones que requieren cuidados constantes y una participación de la persona en el manejo de su salud [12].

La experiencia de envejecer en el país, sin embargo, va mucho más allá de convivir con enfermedades. Un estudio cualitativo realizado en Lima encontró que las propias personas mayores relacionaban un envejecimiento saludable con conservar la funcionalidad, sentirse emocionalmente bien, mantenerse activas y contar con recursos personales o espirituales para afrontar los cambios propios de esta etapa [13].

Cuando la autonomía comienza a disminuir, la CV puede verse seriamente afectada. En personas mayores con enfermedad orgánica crónica avanzada atendidas en Lima, el 63% presentó

una CV de nivel medio. El insomnio, las lesiones por presión y la dependencia funcional grave estuvieron relacionados con resultados menos favorables, mostrando el peso que tienen la funcionalidad y el bienestar cotidiano durante la vejez [14].

En cuanto al autocuidado, los estudios realizados en población peruana muestran que estas prácticas forman parte de los recursos que permiten conservar un mayor grado de independencia. Evaluarlas ayuda a reconocer no solo qué hace una persona para cuidar su salud, sino también qué dificultades puede enfrentar para sostener esas conductas en su vida diaria [15].

Desde una perspectiva conceptual, el autocuidado puede entenderse como la capacidad de reconocer las propias necesidades y actuar para conservar o mejorar la salud. Incluye conocimiento sobre la situación personal, capacidad para tomar decisiones y cierto grado de autonomía. Por ello, no se reduce al cumplimiento de indicaciones médicas, sino que forma parte de las decisiones que la persona toma de manera habitual sobre su bienestar [16].

La CV, por su parte, refleja cómo cada persona valora su propia experiencia de vida. En la vejez, esta valoración incluye la salud física, el estado emocional, las relaciones sociales, la independencia y la posibilidad de continuar realizando actividades que resultan importantes. Por eso, dos personas con condiciones clínicas parecidas pueden percibir su CV de manera muy distinta según los recursos personales y sociales con los que cuentan [17].

Estas diferencias pueden hacerse más visibles cuando la persona mayor vive en una zona desfavorecida. Mantener una alimentación adecuada, realizar actividad física, comprar medicamentos, acudir a controles o contar con apoyo cercano no depende únicamente de la voluntad individual. Las condiciones económicas y sociales pueden facilitar estas prácticas o convertirse en barreras difíciles de superar.

En el Perú existe cada vez más información sobre envejecimiento, funcionalidad y CV; sin embargo, buena parte de los estudios se ha desarrollado en establecimientos de salud, centros del adulto mayor o personas con enfermedades específicas. Se conoce menos sobre lo que ocurre en adultos mayores que viven en comunidades urbanas con condiciones socioeconómicas desfavorables.

Esta falta de información resulta especialmente importante en zonas de Comas donde las limitaciones económicas, el acceso desigual a servicios y la disponibilidad variable de redes de apoyo pueden influir en la manera como las personas cuidan su salud y perciben su CV. Estudiar esta realidad permitirá acercarse mejor a las necesidades de una población que envejece fuera de contextos institucionales y con recursos más limitados.

Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y la CV en adultos mayores residentes en una zona desfavorecida de Comas, Lima, durante el año 2026.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo [18], con un diseño no experimental, correlacional y de corte transversal [19], dado que las variables autocuidado y CV fueron observadas en su contexto habitual, sin intervención del investigador y en un único momento. La población estuvo constituida por 95 adultos mayores residentes en una zona desfavorecida del distrito de Comas, Lima. Para el estudio se consideró una muestra de 76 participantes, seleccionados de acuerdo con los criterios previamente establecidos. Se incluyeron personas de 60 años o más, residentes habituales de la zona, con capacidad para responder los instrumentos y que aceptaron participar voluntariamente mediante el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos adultos mayores que presentaron alguna condición que dificultara completar adecuadamente la encuesta o que decidieran retirarse durante el proceso de recolección.

La técnica utilizada fue la encuesta, mediante la aplicación de dos instrumentos elaborados para este estudio, para medir las variables de estudio [20]. El primero fue la Escala de Autocuidado del Adulto Mayor (EA-AM), integrada por 24 ítems con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert: nunca, a veces, casi siempre y siempre. Los ítems se distribuyeron en ocho dimensiones: actividad física, alimentación e hidratación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control y cuidado de la salud, y prevención de hábitos y riesgos para la salud. Este instrumento fue diseñado en base a la teoría de Orem [21]. El segundo instrumento fue la Escala de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ECV-AM), constituida por 18 ítems con el mismo formato de respuesta y organizada en seis dimensiones: salud y funcionamiento físico, autonomía, bienestar psicológico y satisfacción con la vida, participación social, relaciones personales y apoyo afectivo, y entorno, seguridad y acceso a recursos.

La validez de contenido de ambos instrumentos fue evaluada mediante el juicio de seis expertos, quienes revisaron cada ítem teniendo en cuenta su claridad, coherencia, pertinencia y relevancia. El grado de acuerdo entre los especialistas se estimó mediante el coeficiente V de Aiken. Tanto la EA-AM como la ECV-AM alcanzaron una V de Aiken global de 0,92, lo que evidenció un alto nivel de concordancia entre los jueces y una adecuada correspondencia entre los ítems, las dimensiones y las variables estudiadas.

La confiabilidad fue examinada mediante una prueba piloto realizada con 30 adultos mayores de características semejantes a las de la población objetivo y que no formaron parte de la muestra definitiva. La EA-AM obtuvo un alfa de Cronbach de 0,937, mientras que la ECV-AM alcanzó un alfa de Cronbach de 0,936. Estos resultados mostraron una alta consistencia interna en ambos instrumentos y respaldaron su utilización para la recolección de los datos del estudio.

Para el análisis de la información se empleó estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central, de acuerdo con la naturaleza de las variables. Asimismo, se calcularon los resultados globales y por dimensiones del autocuidado y la CV. Para contrastar las hipótesis se utilizó el coeficiente rho de Spearman, considerando un valor de $p<0,05$ como criterio de significación estadística [22]. Durante todo el desarrollo de la investigación se respetaron los principios éticos aplicables a los estudios con seres humanos, garantizando la participación voluntaria, el consentimiento informado, la confidencialidad, el anonimato y el uso de la información únicamente con fines científicos [23].

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores, Comas, 2026 (n=76).

Características	n	%
Edad		
60 a 69 años	40	52,6
70 a 79 años	29	38,2
80 años a más	7	9,2
Sexo		
Masculino	48	63,2
Femenino	28	36,8
Estado civil		
Soltero(a)	3	3,9
Casado(a)	48	63,2
Conviviente	11	14,5
Divorciado(a)	5	6,6
Viudo(a)	9	11,8
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	2	2,6
Primaria	8	10,5
Secundaria	52	68,4
Técnico	11	14,5
Superior	3	3,9
Ocupación		
No trabaja	18	23,7
Trabajo eventual	44	57,9
Trabajo estable	2	2,6
Jubilado(a)	12	15,8
Tipo de convivencia		
Vive solo(a)	5	6,6
Vive con su familia	71	93,4

Elaboración propia

Predominaron los adultos de 60 a 69 años (52,6%), los casados (63,2%), la educación secundaria (68,4%), el trabajo eventual (57,9%) y quienes viven con su familia (93,4%). La edad mínima: 60 años; máxima: 82 años. La edad promedio es de 70,45 años.

Tabla 2. Autocuidado y sus dimensiones (n=76).

Variable / dimensiones	Bajo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)
Autocuidado global	**9 (11,8)**	**48 (63,2)**	**19 (25,0)**
Actividad física	16 (21,1)	52 (68,4)	8 (10,5)
Alimentación e hidratación	7 (9,2)	49 (64,5)	20 (26,3)
Eliminación	5 (6,6)	43 (56,6)	28 (36,8)
Descanso y sueño	9 (11,8)	44 (57,9)	23 (30,3)
Higiene y confort	4 (5,3)	50 (65,8)	22 (28,9)
Medicación	11 (14,5)	48 (63,2)	17 (22,4)
Control y cuidado de la salud	15 (19,7)	51 (67,1)	10 (13,2)
Prevención de hábitos y riesgos para la salud	6 (7,9)	46 (60,5)	24 (31,6)

Elaboración propia

Predominó el valor moderado de autocuidado (63,2%). Los valores bajos fueron más frecuentes en actividad física (21,1%) y control y cuidado de la salud (19,7%).

Tabla 3. Calidad de vida y sus dimensiones (n=76).

Variable / dimensiones	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)
Calidad de vida global	**10 (13,2)**	**45 (59,2)**	**21 (27,6)**
Salud y funcionamiento físico	14 (18,4)	42 (55,3)	20 (26,3)
Autonomía	5 (6,6)	43 (56,6)	28 (36,8)
Bienestar psicológico y satisfacción con la vida	7 (9,2)	44 (57,9)	25 (32,9)
Participación social	13 (17,1)	45 (59,2)	18 (23,7)
Relaciones personales y apoyo afectivo	6 (7,9)	46 (60,5)	24 (31,6)
Entorno, seguridad y acceso a recursos	8 (10,5)	47 (61,8)	21 (27,6)

Elaboración propia

Predominó el valor moderado de CV (59,2%). Los valores bajos fueron mayores en salud y funcionamiento físico (18,4%) y participación social (17,1%).

Tabla 4. Correlaciones de Spearman.

Hipótesis	Variables correlacionadas	Rho de Spearman	p valor
General	**Autocuidado y calidad de vida**	**0,616**	**<0,001**
Específica 1	Actividad física y calidad de vida	0,472	<0,001
Específica 2	Alimentación e hidratación y calidad de vida	0,550	<0,001
Específica 3	Eliminación y calidad de vida	0,605	<0,001
Específica 4	Descanso y sueño y calidad de vida	0,578	<0,001
Específica 5	Higiene y confort y calidad de vida	0,548	<0,001
Específica 6	Medicación y calidad de vida	0,537	<0,001
Específica 7	Control y cuidado de la salud y calidad de vida	0,489	<0,001
Específica 8	Prevención de hábitos y riesgos para la salud y calidad de vida	0,416	<0,001

Elaboración propia

Se observó una relación positiva y significativa entre autocuidado y CV (rho = 0,616; p < 0,001). Todas las dimensiones del autocuidado también se relacionaron significativamente con la calidad de vida.

DISCUSIÓN

El hallazgo central del estudio fue la relación positiva entre el autocuidado y la CV (rho=0,616; p<0,001). A la vez, en ambas variables predominaron los valores moderados. Esta combinación resulta relevante porque muestra que la mayoría de los participantes mantiene algunas conductas favorables para cuidar su salud, pero todavía convive con dificultades que pueden limitar su bienestar cotidiano. En personas mayores que viven en contextos con menos recursos, cuidarse no depende solo de saber qué es recomendable; también pesan el dinero disponible, la facilidad para llegar a un establecimiento de salud, el apoyo familiar y las condiciones del lugar donde se vive. Lawless *et al.* [23], al revisar intervenciones dirigidas a adultos mayores socialmente desfavorecidos, encontraron que los programas adaptados a sus necesidades pueden favorecer el automanejo, la autoeficacia y distintos resultados relacionados con la CV. Desde esta mirada, los resultados obtenidos en Comas deben entenderse dentro de la realidad social en la que transcurre la vida de los participantes.

La relación observada entre ambas variables también coincide con la idea de que el autocuidado puede convertirse en un recurso práctico para mantener bienestar y autonomía. Taaon *et al.* [24], en adultos mayores con diabetes que vivían en la comunidad, observaron que un programa de manejo de casos de enfermería adaptado a las necesidades de cada persona produjo mejoras tanto en las conductas de autocuidado como en la CV. Aunque se trata de una población con una enfermedad específica y, por ello, no es directamente comparable con la del presente estudio, sus resultados ayudan a comprender que el cuidado cotidiano gana valor cuando se ajusta a las posibilidades, preferencias y contexto de la persona mayor. En otras palabras, no basta con dar indicaciones; es importante que esas recomendaciones puedan incorporarse de manera realista a la rutina diaria.

Entre las dimensiones evaluadas, la actividad física merece una atención especial. El 21,1% de los participantes presentó un valor bajo en esta dimensión y, además, la actividad física se relacionó de forma significativa con la CV (rho=0,472; p<0,001). Mantenerse en movimiento durante la vejez puede contribuir a conservar la independencia para realizar tareas habituales y a mantener una mejor percepción del propio estado de salud. Ziv *et al.* [25] encontraron que la práctica de ejercicio en adultos mayores que vivían de manera independiente se acompañó de mejoras en capacidades físicas, automanejo y componentes de la CV. En la misma línea, Palmberg *et al.* [26] observaron que los patrones cotidianos de movimiento, actividad y descanso se relacionaban con la evolución de la CV a lo largo del tiempo. Estos hallazgos hacen pensar que promover actividad física en zonas desfavorecidas debe ir más allá de recomendar ejercicio: también requiere considerar seguridad, espacios cercanos, movilidad previa y actividades que resulten agradables y posibles para cada adulto mayor.

La dimensión eliminación presentó la asociación más alta con la CV entre las dimensiones del autocuidado (rho=0,605; p<0,001). Es un resultado que puede pasar desapercibido si el cuidado se centra únicamente en alimentación, ejercicio o medicamentos. Sin embargo, los cambios urinarios o intestinales pueden afectar la comodidad, el sueño, la

seguridad para salir de casa y hasta la disposición para participar en actividades sociales. Yan *et al.* [27], en un ensayo realizado con personas mayores que presentaban incontinencia urinaria, mostraron que un programa de automanejo dirigido por enfermería mejoró la autoeficacia, el conocimiento y la CV. Aunque el presente estudio no evaluó incontinencia como diagnóstico, ese antecedente permite reconocer que atender de manera oportuna los problemas de eliminación puede tener efectos que trascienden el síntoma y alcanzan la vida diaria de la persona.

El descanso y el sueño también mostraron una relación importante con la CV (rho=0,578; p<0,001). Dormir bien puede hacerse más difícil a medida que aparecen molestias físicas, preocupación, uso de varios medicamentos o cambios en la dinámica familiar. Zhu *et al.* [28], en adultos mayores con insomnio que vivían en la comunidad, encontraron que la calidad del sueño se vinculaba con la CV y que el funcionamiento familiar tenía un papel relevante en esa relación. Este punto resulta cercano a la realidad estudiada, donde la gran mayoría de los participantes vive con su familia. La convivencia puede convertirse en una fuente de apoyo, pero también puede influir en los horarios, el descanso y la tranquilidad del adulto mayor. Por ello, las orientaciones sobre sueño deberían incluir a la familia cuando sea necesario y no limitarse únicamente a recomendaciones individuales.

La dimensión medicación también se relacionó significativamente con la CV (rho=0,537; p<0,001). En la vejez es común que el tratamiento implique varios medicamentos, horarios y recomendaciones, lo que puede convertir una tarea aparentemente sencilla en una carga diaria. Previdoli *et al.* [29], en una revisión sobre automanejo de medicamentos en personas mayores que viven en sus hogares, señalaron que muchas intervenciones se concentran en la adherencia y el conocimiento, pero que el manejo seguro de los medicamentos exige habilidades más amplias para anticipar y resolver problemas. Esto sugiere que el acompañamiento no debería reducirse a repetir dosis y horarios; también conviene verificar que la persona comprenda para qué sirve cada medicamento, qué debe hacer si olvida una dosis, cómo organizarlo y cuándo necesita pedir ayuda.

El control y cuidado de la salud fue otra de las dimensiones con mayor proporción de valores bajos (19,7%) y mantuvo una relación positiva con la CV (rho=0,489; p<0,001). Acudir a controles, reconocer cambios importantes y buscar atención a tiempo puede resultar difícil cuando existen problemas económicos, largas distancias, falta de citas o necesidad de depender de otra persona para movilizarse. Algo semejante ocurre con la prevención de riesgos, dimensión que también se relacionó significativamente con la CV. Yang *et al.* [30], al explorar las experiencias de adultos mayores en la prevención de caídas, encontraron que las decisiones de autocuidado estaban influenciadas por elementos personales, apoyo social, orientación comunitaria y características del entorno. Por ello, responsabilizar únicamente al adulto mayor por el cumplimiento de las recomendaciones puede ser insuficiente; algunas conductas necesitan condiciones familiares y comunitarias que las hagan posibles.

En cuanto a la CV, el 59,2% de los participantes se ubicó en un valor moderado. Las mayores proporciones de valores bajos aparecieron en salud y funcionamiento físico (18,4%) y participación social (17,1%). Este resultado muestra que la experiencia de bienestar en la vejez no se reduce al estado clínico. Poder desplazarse, salir, conversar, mantener vínculos y sentirse parte de una actividad también influye en la manera en que una persona valora su propia vida. Liang [31], en adultos mayores de China, encontró que una mayor participación social se relacionaba con una mejor CV y que la soledad, la depresión y la ansiedad intervenían en esa relación. Aunque las condiciones culturales son distintas, el hallazgo ayuda a recordar que la participación social no es un aspecto secundario: puede convertirse en un recurso protector frente al aislamiento y la pérdida progresiva de espacios de interacción.

Al mirar los resultados en conjunto, se observa que todas las dimensiones del autocuidado se relacionaron con la CV, aunque con distinta intensidad. Esto refuerza la idea de que el bienestar en la vejez se construye a partir de múltiples acciones pequeñas que se sostienen en el tiempo: moverse de acuerdo con las propias posibilidades, comer e hidratarse adecuadamente, descansar, cuidar la higiene, utilizar correctamente los medicamentos, acudir a controles y prevenir riesgos. En una zona desfavorecida de Comas, estas acciones tendrían mayores posibilidades de mantenerse si las intervenciones se acercan a la vida cotidiana de los adultos mayores. Talleres breves, caminatas organizadas, seguimiento desde el primer nivel de atención, orientación sobre medicamentos, identificación de riesgos en el hogar y espacios comunitarios de encuentro podrían resultar más útiles que recomendaciones generales difíciles de llevar a la práctica.

Los resultados deben leerse teniendo en cuenta algunas limitaciones. El diseño transversal permite identificar relaciones entre las variables, pero no demuestra que una conducta de autocuidado sea la causa directa de una mejor CV. Además, el estudio se desarrolló en una zona específica de Comas y con un número limitado de participantes, por lo que sus resultados no deben trasladarse automáticamente a todos los adultos mayores de Lima. Aun así, el estudio aporta información sobre personas mayores que viven en la comunidad y en un contexto social desfavorecido, un escenario menos representado que los hospitales o centros especializados. Esto puede ser útil para orientar futuras investigaciones y para diseñar acciones de promoción de la salud más cercanas a las necesidades reales del territorio.

En conclusión, los hallazgos del estudio resaltan que el autocuidado y la CV avanzan en la misma dirección en la población abordada. Las personas que presentaron mejores prácticas de cuidado personal también tendieron a valorar de manera más favorable su CV. La relación encontrada en todas las dimensiones sugiere que el abordaje de la persona mayor debería ser integral y no centrarse en una sola conducta. Fortalecer la actividad física, el descanso, el seguimiento de la salud, el manejo seguro de medicamentos y la participación social puede contribuir a que el cuidado de la salud sea más cercano, sostenible y significativo durante la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 31 ene 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Pan American Health Organization, Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Demographic outlook for population aging in the Region of the Americas. Washington (DC): PAHO; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/en/documents/demographic-outlook-population-aging-region-americas
3. González-González E, Requena C. Self-care interventions of community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2023;11:1254172. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37876713/
4. Hu Q, Toonsiri C, Hengudomsub P. Factors affecting quality of life among older adults with hypertension in Wenzhou, China: a cross-sectional study. Belitung Nurs J. 2024;10(6):654-61. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39601033/
5. Mikkonen U, Tusa N, Sinikallio S, Lehto SM, Ruusunen A, Kautiainen H, *et al.* The relationship between self-care preparedness and quality of life in a 3-year-follow-up: a study in primary health care. Fam Pract. 2025;42(1):cmae069. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39673498/
6. Cecchini S, Comelatto P, Holz R, Kang S, Paes Y. Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades [Internet]. Santiago: CEPAL; 2025 [citado 31 ene 2026]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/82262-impactos-economicos-envejecimiento-america-latina-caribe-desafios-oportunidades
7. Santamaria-Garcia H, Sainz-Ballesteros A, Hernandez H, Moguilner S, Maito M, Ochoa-Rosales C, *et al.* Factors associated with healthy aging in Latin American populations. Nat Med. 2023;29(9):2248-58. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37563242/
8. Fernández-Ortiz YN. Healthy aging in Colombia 2018 and its variation in relation to social conditions. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(9):1244. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39338127/
9. Mrejen M, Nunes L, Giacomin K. Socioeconomic inequalities in health and healthcare utilization among the elderly in Brazil: results from the 2019 National Health Survey. Public Health. 2024;226:165-72. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38071949/
10. Salinas-Rodríguez A, Fernández-Niño JA, Rivera-Almaraz A, Manrique-Espinoza B. Intrinsic capacity trajectories and socioeconomic inequalities in health: the contributions of wealth, education, gender, and ethnicity. Int J Equity Health. 2024;23(1):48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38462637/
11. Cortés-Hernández ME, Cano-Estrada EA, Castañeda-Márquez AC, Hurtado-Salgado EM, Aya-Roa KJ, Hernández-Mariano JA. Self-care and health-related quality of life in Mexican older adults with type 2 diabetes. J Educ Health Promot. 2025;14:51. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40144149/
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor: III trimestre 2025. Informe Técnico N.° 04 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 31 ene 2026]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-iii-trimestre-2025.pdf
13. Domínguez-Vergara J, Santa-Cruz-Espinoza H, Torres-Villanueva GN, Franco Cabos Zelada E. Operational domains of healthy aging: a qualitative description in older adults in Peru. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2024;59(4):101485. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38518548/
14. Pérez Agüero CY, Runzer Colmenares FM, Vásquez Alva R, Villavicencio Chávez C. Factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia orgánica crónica avanzada en un hospital de Lima-Perú. Rev Fac Med Hum. 2023;23(2):77-87. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312023000200077&script=sci_arttext
15. Arteaga N, Leiton Z, Villanueva B. Autoestima y práctica de autocuidado en personas adultas mayores. SCIÉNDO. 2024;27(2):219-26. Disponible en: https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/es/article/view/5954
16. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P. Self-care: a concept analysis. Int J Nurs Sci. 2021;8(4):418-25. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631992/
17. Penton H, Dayson C, Hulme C, Young T. A qualitative investigation of older adults' conceptualization of quality of life and a think-aloud content validation of the EQ-5D-5L, SF-12v2, Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale, and Office of National Statistics-4. Value Health. 2022;25(12):2017-27. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760713/
18. Creswell JW, Creswell JD. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 6th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2022.
19. Wang X, Cheng Z. Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. Chest. 2020;158(1 Suppl):S65-S71. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658654/
20. Ponto J. Understanding and evaluating survey research. J Adv Pract Oncol. 2015;6(2):168-171. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4601897/
21. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
22. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. Anesth Analg. 2018;126(5):1763-1768. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29481436/
23. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. JAMA. 2025;333(1):71-74. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2825290
24. Lawless MT, Oster C, Block H, Cash B, Bulto LN, Pinero de Plaza MA, *et al.* Self-management support interventions for socioeconomically disadvantaged older adults with chronic conditions: a systematic review. Patient Educ Couns. 2025;141:109305. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40845471/
25. Taaon C, Kraithaworn P, Piaseu N. The effects of nursing case management on self-care behaviors, clinical outcomes, and quality of life among community-dwelling older adults with poorly controlled type 2 diabetes in Thailand. J Community Health Nurs. 2024;41(1):11-20. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37846859/

26. Ziv I, Caspi D, CoJocaru D. Self-management elucidates how practicing physical exercises influences the health related quality of life of independently dwelling older adults. Inquiry. 2024;61:469580241271272. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39323068/
27. Palmberg L, Suorsa K, Löppönen A, Karavirta L, Rantanen T, Rantalainen T. 24-hour movement behaviors and changes in quality of life over time among community-dwelling older adults: a compositional data analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2024;21(1):130. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39533320/
28. Yan F, Xiao L, Huang C, Tang S, Li L. Effectiveness of a nurse-led hybrid self-management program for community-dwelling older people with urinary incontinence: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2025;170:105157. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40639206/
29. Zhu W, Wang F, Cao Y, Wu Q. The relationships among family functioning, sleep quality and quality of life in Chinese community-dwelling older adults with insomnia: a structural equation model. Clin Gerontol. 2025;48(5):1126-1139. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38781533/
30. Previdoli G, Cheong VL, Alldred D, Tomlinson J, Tyndale-Biscoe S, Silcock J, *et al.* A rapid review of interventions to improve medicine self-management for older people living at home. Health Expect. 2023;26(3):945-988. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36919190/
31. Yang YT, Yao M, Yang YW, Lin T. Self-management experiences in fall prevention among community-dwelling older adults in China: a descriptive qualitative study. Ann Med. 2024;56(1):2392878. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39320983/
32. Liang LY. The impact of social participation on the quality of life among older adults in China: a chain mediation analysis of loneliness, depression, and anxiety. Front Public Health. 2024;12:1473657. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39386948/