

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Centro Gerontológico

Quality of life and self-care in older adults in a gerontological center

*Qualidade de vida e auto-cuidado em idosos num centro gerontológico.*Jenny Elizabeth Tamayo-Cumbicus^IDiana Margarita Gómez-Salgado^{II}Paúl David Zula-Riofrio^{III}Jilmar Fabricio Ortiz-Yunga^{IV}Iván Enrique Zaquinaula Jirón^VJhegner David Godoy Ramón^{VI}

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional constituye un desafío para los sistemas de salud, debido a su impacto sobre la calidad de vida y la capacidad de autocuidado de los adultos mayores, especialmente en contextos institucionalizados. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida y el nivel de autocuidado en adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi”. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado en una población de 70 adultos mayores. Se utilizó la Encuesta de Salud SF-36 para evaluar la calidad de vida y la Escala de Agencia de Autocuidado para medir el nivel de autocuidado. El análisis fue descriptivo, mediante frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Predominó el grupo etario de 76 a 85 años (47,1 %) y la distribución por sexo fue equitativa. En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; en contraste, en las dimensiones de rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo. Respecto al autocuidado, el 97,1 % de los participantes presentó un nivel bueno y el 2,9 % un nivel regular. **Conclusión:** Los adultos mayores evaluados presentan limitaciones en la calidad de vida relacionadas principalmente con los roles físico y emocional, a pesar de mantener niveles adecuados de autocuidado. Estos hallazgos evidencian la necesidad de implementar intervenciones orientadas a fortalecer el bienestar físico y emocional en este grupo etario.

Palabras clave: Calidad de vida; Autocuidado; Adulto mayor; Centros gerontológicos; Salud del anciano.

Para citar este documento



Tamayo-Cumbicus JE, Gómez-Salgado DM, Zula-Riofrio PD, Ortiz-Yunga JF, Zaquinaula Jirón IE, Godoy Ramón JD. Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Centro Gerontológico. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 12-26. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 13/03/2025 **Fecha de aceptación:** 29/07/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-2836-5522>
Correo: tamayojeny674@gmail.com

II Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia de Instituciones de Salud. Docente en la Carrera de Enfermería-Facultad de la Salud Humana-Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0645-6733> Correo: diana.m.gomez@unl.edu.ec

III Licenciada en Enfermería. Magister en Enfermería. Magister en Educación. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9619-9285>. Correo: zulapaul1995@gmail.com

IV Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5654-7275>
Correo: jilmar.ortiz@unl.edu.ec

V Licenciada en Enfermería. Master Universitario en Docencia Universitaria. Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6881-9480> Correo: ivan.zaquinaula@unl.edu.ec

VI Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-5114-7346>
Correo: jhegner.godoy@unl.edu.ec



ABSTRACT

Introduction: Population ageing constitutes a challenge for health systems due to its impact on quality of life and self-care capacity among older adults, particularly in institutionalized settings.

Objective: To analyze quality of life and the level of self-care among older adults attending the “Santa Clara de Zumbi” Gerontological Center. **Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted in a population of 70 older adults. Quality of life was assessed using the SF-36 Health Survey, and self-care level was measured using the Self-Care Agency Scale. Descriptive analysis was performed using frequencies and percentages. **Results:** The predominant age group was 76 to 85 years (47.1%), and sex distribution was equitable. Regarding quality of life, a medium level predominated in the dimensions of physical functioning, bodily pain, general health, vitality, social functioning, and mental health; in contrast, a low level predominated in the physical role and emotional role dimensions. Concerning self-care, 97.1% of participants presented a good level, while 2.9% showed a regular level. **Conclusion:** The older adults evaluated exhibited limitations in quality of life mainly related to physical and emotional roles, despite maintaining adequate levels of self-care. These findings highlight the need to implement interventions aimed at strengthening physical and emotional well-being in this population group.

Keywords: Quality of life; Self-care; Aged; Gerontological centers; Health of the elderly.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional constitui um desafio para os sistemas de saúde, devido ao seu impacto na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado dos idosos, especialmente em contextos institucionalizados. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida e o nível de autocuidado em idosos que frequentam o Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi”. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com uma população de 70 idosos. A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário de saúde SF-36, e o nível de autocuidado foi mensurado utilizando a Escala de Agência de Autocuidado. A análise foi descritiva, por meio de frequências e porcentagens. **Resultados:** Predominou a faixa etária de 76 a 85 anos (47,1%), e a distribuição por sexo foi equilibrada. Em relação à qualidade de vida, predominou o nível médio nas dimensões função física, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental; em contraste, nas dimensões papel físico e papel emocional predominou o nível baixo. Quanto ao autocuidado, 97,1% dos participantes apresentaram nível bom e 2,9% nível regular. **Conclusão:** Os idosos avaliados apresentaram limitações na qualidade de vida relacionadas principalmente aos papéis físico e emocional, apesar de manterem níveis adequados de autocuidado. Esses achados evidenciam a necessidade de implementar intervenções voltadas ao fortalecimento do bem-estar físico e emocional nesse grupo etário.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Autocuidado; Idoso; Centros gerontológicos; Saúde do idoso.



INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es la percepción que tiene una persona de su existencia en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es evidente que se trata de un concepto muy amplio, en el que influyen de forma compleja la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con los elementos ambientales importantes del sujeto¹.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud [OMS]², define al autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir las enfermedades con o sin apoyo sanitario o de un cuidador.

A nivel mundial, un estudio realizado en India con 300 adultos mayores, demostró que el 71,78% refleja un peor estado de salud para el dominio de dolor corporal, mientras que el 48% presenta un peor estado en el dominio de salud general³.

Así mismo, en Latinoamérica, una investigación en México sobre la calidad de vida, en 75 adultos mayores residentes de asilos, casa de día y localidad rural, reveló que el 61% tenía una salud regular, mientras que el 19% tenía una mala salud general. A su vez, el 97,3% no tienen una buena perspectiva de su salud y en cuanto al rol físico el 71% afirmó que sus actividades se vieron afectadas por problemas físicos y emocionales⁴. Por otro lado, en este mismo país se desarrolló un estudio sobre la capacidad de autocuidado en una población de 100 adultos mayores, entre 60 y 94 años, residentes en la ciudad de Morelia, los resultados mostraron que el 19% presentaba una capacidad regular, el 8% una capacidad baja y el 4% una capacidad de autocuidado muy baja⁵.

A nivel de Sudamérica, un estudio desarrollado en Lima sobre la calidad de vida en 60 adultos mayores que acudían al Servicio de Medicina General de un Centro de Salud, demostró que en la dimensión de función física al 85% les limita un poco el arrodillarse, mientras que al 81,7% se les facilita mucho caminar un kilómetro o más. En la dimensión de dolor corporal, el 53,3% tuvo un poco de dolor corporal en las últimas semanas y el 1,7% tuvo muchísimo dolor⁶. En este contexto, otra investigación realizada en Trujillo sobre el autocuidado, en donde intervinieron 104 adultos mayores del asentamiento humano “Bendición de Dios”, demostró que el 67% de los adultos mayores tienen un nivel regular, el 23% tienen un nivel bajo y el 10% tienen un nivel alto de autocuidado⁷.



En Ecuador, un estudio en Pichincha sobre la calidad de vida en 30 adultos mayores de 65 a 80 años evidenció que, el 37,5% de esta población presentaba limitaciones debido a la salud física, mientras que el 33% tenían limitaciones de roles por problemas emocionales y el 43% dolor corporal⁸. Por otro lado, un estudio realizado en Latacunga sobre el autocuidado, conformado por una muestra de 73 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Loma Grande” reveló que de este grupo etario el 30,14% tenía un autocuidado adecuado, mientras que 16,44% poseía incapacidad de cuidado y por último el 10,96% tenía un autocuidado inadecuado⁹.

Así mismo, un estudio realizado en el cantón Zamora sobre calidad de vida con una población de 212 adultos mayores, demostró que el 40% tenía una calidad de vida normal, el 35,4% poseía una calidad de vida bastante bien, el 16% disponía de una calidad de vida un poco mala, el 4,7% gozaba de una calidad de vida muy buena y el 3,3% tiene una calidad de vida muy mala¹⁰.

De esta forma, los diferentes estudios ejecutados sobre la temática demuestran la importancia que tiene la calidad de vida y autocuidado en adultos mayores en centros gerontológicos debido a que la sociedad envejece continuamente y su salud se deteriora. Por lo tanto, esta investigación es relevante debido a que se enfocó en un grupo etario vulnerable, frágil e incluso excluido por la sociedad y entidades que dependen directa o indirectamente del gobierno, abordando la problemática de una manera integral, debido a que son varios los factores que afectan a esta población en la realización de las actividades cotidianas. Además, el objetivo de esta investigación es analizar la calidad de vida y el nivel de autocuidado de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi”.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte transversal. El estudio no planteó hipótesis ni buscó asociaciones causales, sino que se orientó a describir la calidad de vida y el nivel de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” en un momento específico del tiempo.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. Por tratarse de un estudio descriptivo, no se realizó un cálculo probabilístico del tamaño muestral, lo que limita la generalización de los resultados.

Población, criterios de inclusión y exclusión. Estuvo compuesta por una población de 70 adultos mayores que asistieron durante los meses de noviembre de 2024 a febrero de 2025. Se



excluyeron adultos menores de 65 años, quienes no aceptaron participar o no firmaron el consentimiento informado, así como aquellos con discapacidades que impedían la comprensión o el llenado del cuestionario.

Protocolo de estudio

El instrumento para recolectar la información se aplicó de manera presencial en el Centro Gerontológico con el permiso respectivo por medio de documentos impresos. Las variables analizadas en el presente estudio han sido las siguientes:

Calidad de vida. Esta variable se midió con la Encuesta de salud de formato breve de 36 ítems del Estudio de resultados médicos (SF-36) agrupada en ocho dimensiones: salud general, vitalidad, salud mental, dolor corporal, función física, rol físico, rol emocional y función social¹¹. El cuestionario SF-36 cuenta con evidencia de validez de contenido y constructo, demostrada en estudios previos mediante análisis factorial y comparaciones entre grupos con diferencias clínicas esperables, lo que respalda su uso para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud.

La versión original del primer instrumento conocido como Escala de Calidad de Vida (SF-36) fue elaborada por John Ware y Sherbourne en 1992 en Estados Unidos, constituyéndose como escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud del individuo y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Inicialmente, se utilizó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad. En este contexto, su confiabilidad oscila entre un mínimo de 0,65 y un máximo de 0,94; cabe destacar que tuvo una validez discriminante de los ítems del 92%¹².

Por otro lado, en la versión adaptada al español, se evaluó la validez del cuestionario mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de CVRS. Para conocer su confiabilidad, se tomó en cuenta una población de 9 151 personas, donde el Alfa de Cronbach fue calculado para cada dimensión; función física 0,94, rol físico 0,96, dolor corporal 0,92, salud general 0,82, vitalidad 0,78, función social 0,81, rol emocional 0,94 y salud mental 0,79; demostrando una confiabilidad aceptable. Además, sus buenas propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos. Cabe destacar que la escala original fue traducida al español por dos personas bilingües; asimismo, la versión que se utilizó en el presente estudio es la estándar ¹³.



En la siguiente tabla se pueden observar las preguntas agrupadas de acuerdo a sus respectivas dimensiones (Tabla 1).

Tabla 1. Preguntas agrupadas por cada dimensión

Dimensión	Preguntas
Función física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol físico	13,14,15,16
Dolor corporal	21, 22
Salud general	1,33,34,35,36
Vitalidad	23,27,29,31
Función social	20,32
Rol emocional	17,18,19
Salud mental	24,25,26,28,30

Cada ítem o pregunta tiene varias opciones de respuesta que varían entre 2 y 6, donde a cada opción se le asigna un valor numérico de calificación (Tabla 2).

Tabla 2. Recodificación de preguntas para la puntuación

SF-36	Recodificación de preguntas para la puntuación					
	1	2	3	4	5	6
1,20,22,34,36	100	75	50	25	0	-
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	0	50	100	-	-	-
13,14,15,16,17,18,19	0	100	-	-	-	-
21,23,26,27,30	100	80	60	40	20	0
24,25,28,29,31	0	20	40	60	80	100
32,33,35	0	25	50	75	100	-

Nota. La tabla contiene los ítems con su respectiva puntuación para la recodificación¹³.

Para obtener el total de cada dimensión, se agrupan los ítems según las dimensiones; posterior a ello, se suman y se dividen por el mismo número de ítems (Tabla 3).

Tabla 3. Suma de preguntas por dimensiones

Dimensión	Preguntas SF36	Fórmula
Función física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	SUMA/10
Rol físico	13,14,15,16	SUMA/4
Dolor corporal	21, 22	SUMA/2
Salud general	1,33,34,35,36	SUMA/5
Vitalidad	23,27,29,31	SUMA/4
Función social	20,32	SUMA/2
Rol emocional	17,18,19	SUMA/3
Salud mental	24,25,26,28,30	SUMA/5

Para analizar la calidad de vida de los adultos mayores se procedió a crear cuartiles con la finalidad de obtener los niveles en calidad de vida alto, medio y bajo con respecto a cada



dimensión en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26, donde el nivel alto va desde el Q3 hasta el punto de corte máximo, el medio desde el Q1 al Q3 y bajo desde el punto de corte mínimo hasta el Q1.

Autocuidado. Para esta variable se utilizó el cuestionario de Agencia de Autocuidado presenta validez de contenido y constructo, evidenciada en estudios previos mediante análisis factorial confirmatorio y juicio de expertos, el cual está estructurado en 24 ítems con respuestas de cinco alternativas tipo Likert, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Por otro lado, fue elaborado por Evers en el año 1989 y validado en Colombia por Manrique, Fernández y Velandia en el año 2009, desarrollado con base en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, el cual permite evaluar el conocimiento de las personas sobre sus necesidades de autocuidado, los puntajes más altos indican una mayor capacidad de agencia de autocuidado, reflejando mejores prácticas de autogestión de la salud en el adulto mayor ¹⁴.

Fue sometido a validación con la participación de cinco jueces expertos en el tema, siendo el valor V de Aiken de 0.992, superior a 0.800. Asimismo, dicho instrumento fue sometido a prueba piloto, aplicado a 29 adultos mayores, con la finalidad de verificar su confiabilidad en el contexto, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0.8187. La valoración final se obtiene de todas las preguntas sin dividir las en dimensiones, lo que permite obtener un puntaje entre 24 y 120 puntos, logrando que el resultado final sea evaluado en tres niveles: bueno (80-120 puntos), regular (40-79 puntos) y bajo (24-39 puntos)¹³.

En la siguiente tabla se puede observar las preguntas agrupadas de acuerdo a sus respectivas dimensiones (Tabla 4)

Tabla 4. Preguntas agrupadas por cada dimensión

Dimensión	Preguntas ASA
Funcionamiento y desarrollo personal	1,2,5,6,9,10,13,14,15,16,17,18,19,21,24
Actividad y reposo	3,4,7,8,11,20,23
Interacción social	12, 22

Análisis de resultados y estadísticos. Posterior a ello, se procesó y se codificó la información en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26 para su respectivo análisis descriptivo, presentando los resultados en tablas de frecuencia y porcentaje.

Aspectos éticos. La presente investigación se ejecutó en base a estrictas consideraciones éticas, aplicando el consentimiento informado según lo establecido en relación con el Código de



Nuremberg¹⁵. Así mismo, de acuerdo con el Código de Helsinki, se garantizó la participación autónoma y voluntaria de los individuos, en donde cada uno tuvo la capacidad de decidir si participar y de retirarse cuando lo considere necesario¹⁶.

Dado que los instrumentos utilizados fueron de autorreporte, existe el riesgo de sesgo por deseabilidad social. Para mitigar este sesgo, se garantizó el anonimato de los participantes, se explicó la confidencialidad de la información y los cuestionarios fueron aplicados sin la presencia de personal docente o autoridades del centro.¹⁷. Por último, el estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Nacional de Loja, bajo el código UNL-CEISH-OB-2024-0090-P.

El consentimiento informado fue obtenido de manera presencial y por escrito, previo a la aplicación de los instrumentos, luego de explicar a los participantes los objetivos del estudio y la confidencialidad de la información. Todos los procedimientos se realizaron conforme a los principios éticos para investigaciones en seres humanos.

RESULTADOS

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes del estudio

Características sociodemográficas	Ítem	f	%
Edad	65 a 75	25	35,8
	76 a 85	33	47,1
	86 a 95	12	17,1
	>96	0	0
	Total	70	100
Género	Hombre	35	50
	Mujer	35	50
	Total	70	100
Nivel de escolaridad	Ninguno	38	54,3
	Primaria	31	44,3
	Secundaria	0	0
	Universitaria	1	1,4
	Posgrado	0	0
	Total	70	100
Estado civil	Casado	34	48,6
	Viudo	26	37,1
	Soltero	10	14,3
	Unión libre	0	0
	Total	70	100

Nota. Elaboración propia



En la tabla 5 se detallan las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” proporcionando información sobre la edad, género, nivel de escolaridad y estado civil.

La población estuvo conformada principalmente por adultos mayores entre 76 y 85 años. Se observó una distribución equitativa según el género. La mayoría de los participantes no presentaba escolaridad formal y el estado civil predominante fue el casado.

En la tabla 6 se describe la calidad de vida de los participantes de acuerdo a sus dimensiones.

Tabla 6. Calidad de vida por dimensiones

Dimensiones de calidad de vida	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Función física	14	20	40	57,1	16	22,9	70	100
Rol físico	68	97,1	0	0	2	2,9	70	100
Dolor corporal	11	16	54	77	5	7	70	100
Salud general	3	4	51	73	16	23	70	100
Vitalidad	13	18,6	57	81,4	0	0	70	100
Función social	11	15,7	58	82,9	1	1,4	70	100
Rol emocional	68	97,1	0	0	2	2,9	70	100
Salud mental	14	20	44	62,9	12	17,1	70	100

Nota. Elaboración propia

En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental. En contraste, en las dimensiones de rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo.

Respecto al autocuidado, predominó el nivel bueno: 68 participantes (97,1 %) se ubicaron en esta categoría, mientras que 2 (2,9 %) presentaron un nivel regular. No se registraron participantes con nivel bajo.

DISCUSIÓN

La calidad de vida es un tema relevante y prioritario en la gerontología, abarca factores físicos, emocionales, sociales y ambientales en el bienestar integral de esta población¹⁸. Así mismo, el nivel de autocuidado es fundamental pues permite gestionar la salud y participar activamente en el entorno conservando la autonomía¹⁹. Este estudio enfocado en los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” permitió analizar la calidad de vida en cada una de las dimensiones y el nivel de autocuidado aportando así una perspectiva local a un tema de relevancia mundial.



Con respecto a las características sociodemográficas, se identificó que un poco menos de la mitad (47,1 %) estuvieron dentro del rango de edad de 76 a 85 años, por otro lado, el 35,7 % se encontró entre los 65 a 75 años, mientras que el 17,1 % entre los 86 a 95 años; no obstante, existió una distribución equitativa con respecto al género, un 50 % perteneció al género hombre y un 50 % mujer. En cuanto a la escolaridad, más de la mitad (54,3 %) no poseía ningún nivel académico, sin embargo, el 44 % había completado la primaria y un mínimo porcentaje (1,4 %) tenía un nivel universitario. El estado civil que predominó fue el casado (48,6 %), mientras que el 37,1 % eran viudos y el 14,3 % solteros.

En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental. En contraste, en las dimensiones de rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo, lo que sugiere mayores limitaciones para el desempeño de actividades cotidianas condicionadas por la salud física y el estado emocional. Resultados similares fueron reportados por García-Barrera et al.²⁰, quienes señalan que las mismas dimensiones se puntuaron por encima del 50 % interpretándose como una buena calidad de vida.

En la dimensión de función física, un poco más de la mitad (57,1 %) se encontraba dentro del nivel medio, mientras que el nivel alto (22,9 %) y bajo (20 %) oscilaban en porcentajes similares. Estos resultados se diferencian de Almeyda Contreras y Hinojosa Liñan²¹ en donde el 50% se encontraba en el nivel bajo y el 50% en el promedio. En este contexto, Stefanacci²² menciona que a medida que pasan los años, es común experimentar una disminución en la masa muscular, densidad ósea y flexibilidad, lo que puede dificultar o limitar la capacidad para llevar a cabo las actividades físicas intensas en su totalidad.

En cuanto a la dimensión de dolor corporal, el 77 % percibió un nivel medio, mientras que un 16 % refirió un nivel bajo y solo un 7 % correspondió al nivel alto. Estos datos se contrastan con los resultados de Paz Gil²³, donde el 68,2 % tienen un nivel muy alto, mientras que el 21,6 % se encuentran en nivel muy bajo, el 6,8 % se sitúa en un nivel promedio y un 3,4 % corresponde al nivel alto. El envejecimiento se asocia con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y con la disminución progresiva de la capacidad funcional, lo que puede influir negativamente en la percepción de la salud y en la calidad de vida de los adultos mayores²⁴.



En la dimensión de salud general, los adultos mayores registraron un nivel medio correspondiente al 73 %, mientras que el 23 % refirió un nivel alto y solo el 4% obtuvo un nivel bajo. Estos resultados se diferencian de los de Papas Nieto²⁵ donde el 25,90 % tienen un nivel muy alto y el 26,40 % un nivel promedio, mientras que, el 20 % pertenece al nivel alto, el 14,20 % en un nivel bajo y el 13,50 % muy bajo. Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores²⁶ la salud general se ve deteriorada por la falta de acceso de servicios de salud adecuados, lo que puede impedir la detección temprana y el manejo de las enfermedades debido a que, a más años de edad, más aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, que pueden limitar la funcionalidad y afectar la percepción de salud.

La dimensión de vitalidad fue percibida en su mayoría (81,4 %) dentro del nivel medio y el 18,6 % restante en el nivel bajo, estos datos difieren de los encontrados por Baldeón Valles y García Puyo²⁷, quienes señalan que el 59 % posee un nivel malo y el 41 % un nivel regular. En este contexto, el National Institute on Aging Information Center²⁸ menciona que la falta de actividad física regular puede provocar una disminución en la fuerza muscular y la resistencia, afectando negativamente la energía y vitalidad de cada uno de los adultos mayores.

En cuanto a la dimensión de función social, la mayoría de participantes (82,9 %) tiene un nivel medio, mientras que, el 15,7 % se encontraba en el nivel bajo y solo el 1,4 % en el nivel alto. Estos datos se diferencian de los encontrados por Almeyda Coontreras y Hinostroza Liñan²¹, donde el 73,3 % tiene un nivel promedio, el 23,3 % un nivel alto y solo el 3,3 % se encuentra dentro del nivel bajo. Según la OMS²⁹ el dolor, la depresión y ansiedad son frecuentes en la vejez y pueden limitar la participación en actividades sociales, lo que disminuye la capacidad de interactuar con los demás.

En la dimensión de salud mental, el 62,9 % tiene un nivel medio, por otro lado, el 20 % se encuentra dentro del nivel bajo y el 17,1 % en el nivel alto. Resultados diferentes fueron encontrados por Paz Gil²³, donde un poco más de la mitad (63,3 %) tenía un nivel alto, el 22,7 % un nivel promedio, el 11,4 % un nivel bajo y solo el 2,3 % un nivel muy alto. De este modo, la OMS²⁹ estima que el 14% de los adultos de 60 años o más padecen un trastorno mental, entre ellos la depresión y la ansiedad los más comunes, los cuales afectan significativamente su calidad de vida.



En las dimensiones de rol físico (97,1 %) y rol emocional (97,1 %) la mayoría tuvo una calidad de vida baja y solo el 2,9 % percibieron un nivel alto. Estos resultados difieren a los obtenidos por Caceres Mamani³⁰ en donde el 65,5 % tenía un nivel regular en la dimensión rol físico, mientras que el 18,4 % un nivel deficiente y solo el 16,1 % un nivel bueno; sin embargo, en la dimensión de rol emocional el 46 % presentó un nivel deficiente, el 27,6 % un nivel regular y el 26,4 % un nivel bueno. En este contexto, Gálvez Olivares et al.³¹ mencionan que, la prevalencia de enfermedades crónicas en la etapa de la vejez puede reducir la capacidad física y afectar el bienestar emocional, influyendo negativamente en su vida diaria. Loza et al.³² señalan que el bienestar emocional, espiritual y psicológico constituye un componente importante de la calidad de vida, particularmente en poblaciones con condiciones de vulnerabilidad, donde el abordaje integral del cuidado contribuye a mejorar la percepción del bienestar y la adaptación a los procesos de enfermedad y dependencia³².

En cuanto al autocuidado, se determinó que la mayoría de los adultos mayores (97,1 %) se encuentran en el nivel bueno y solo un 2,9 % en el regular. Estos resultados contrastan con los de Martínez Haro y Requejo Carranza⁷, donde más de la mitad de la población de estudio (67 %) tenía un nivel regular. Por otro lado, los datos encontrados en el Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” son similares a los obtenidos por Noriega López y Torres Rodríguez³³, en donde registraron que el 47,8 % posee buena capacidad de autocuidado. En este contexto, Posso López y Parra Robalino⁹ destacan que el proceso de envejecimiento conlleva cambios progresivos, ya sean físicos, sociales, económicos y psicológicos, afectando la autonomía, donde se enfatiza la importancia de promover el autocuidado en este grupo vulnerable.

Desde una perspectiva ética, el cuidado de personas mayores institucionalizadas exige prácticas orientadas al respeto de la autonomía, la dignidad y la toma de decisiones informadas, elementos que influyen directamente en la percepción de la calidad de vida y el autocuidado, y que han sido identificados como dilemas centrales en la atención sociosanitaria³⁴

Limitaciones del estudio

La mayoría de las personas a las que se les aplicó el instrumento no tenían un nivel de estudio, por lo que se les dificultó la comprensión de algunas preguntas, ya que existían palabras desconocidas en su contexto cultural. Fue necesario ir explicando cada término desconocido.



Contribuciones a los campos de las disciplinas sociosanitarias, salud y educación

Este tipo de estudio permite a las entidades públicas y privadas enfocarse más en este grupo etario con la finalidad de mejorar su condición física y emocional.

CONCLUSIÓN

En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” se encontró que prevalece el grupo de 76 a 85 años, además existe una distribución equitativa con respecto al sexo, predominando el estado civil casado y aquellos con ningún nivel de escolaridad.

En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; mientras que en rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones orientadas a fortalecer el bienestar físico y emocional de los usuarios del Centro Gerontológico. Los participantes perciben un autocuidado bueno y un mínimo porcentaje refiere un nivel regular, esto demuestra que la mayoría tiene buenas prácticas de autogestión en salud a pesar de ser adultos mayores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Mesa Trujillo D, Valdés Abreu BM, Espinosa Ferro Y, Verona Izquierdo AI, García Mesa I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2020;36(4):e1256. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/emi-2020/emi204j.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. 2024. Disponible en: <https://n9.cl/xxqfv>
3. Medhi G, Sarma J, Pala E, Bhattacharya H, Bora J, Visí V. Family Medicine and Primary Care women. Fam Med Prim Care women [Internet]. 2019;8(4):2–6. Disponible en: <https://n9.cl/bj0sr>
4. Peña Marcial E, Bernal Mendoza LI, Reyna Avila L, Pérez Cabañas R, Onofre Ocampo DA, Cruz Arteaga IA, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Univ y Salud [Internet]. 2019;21(2):113–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072019000200113
5. Lozano Zuñiga MM, Arias Tapia ED, García Martínez I, Aguilar Méndez ED, González Villegas G, Ruiz Recéndiz M de J. Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán. ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería. 2022;9(2):73–81.
6. Pariahuamán Quintanilla A. Calidad de vida en los adultos mayores que acuden al servicio de medicina general del Centro de Salud Santa Fe Callao Junio-Julio, 2021 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2022. Disponible en: <https://n9.cl/unrn4>
7. Martínez Haro EM, Requejo Carranza JE. Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Asentamiento humano. Trujillo, 2022 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/110912>



8. Luna GA, Silva Granda ZM. Funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores de San José de Minas [Internet]. Universidad de las Américas; 2022. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14580>
9. Posso López GP, Parra Robalino SP. Autocuidado de los Adultos Mayores relacionados con sus características sociodemográficas. Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud SALUD Y VIDA [Internet]. 2020;4:80–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i8.981>
10. Quezada Larriva JS. Calidad de vida del adulto mayor mediante cuestionario WHOQOL-BREF en consulta externa de clínica, Hospital General de Zamora Julius Doepfner, periodo junio 2018-enero 2019. [Internet]. Cuenca; 2019. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11187>
11. Lin Y, Yu Y, Zeng J, Zhao X, Wan C. Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China: a large sample cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2020;18(1):1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01605-8>
12. Trujillo Blanco WG, Román Hernández JJ, Remior Falco E, Arredondo Naite OF, Martínez Porro E, Jova Linares Y, et al. Adaptación del Cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2014;15(1):62–70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>
13. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005;19(2):135–50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
14. Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan [Internet]. 2009;9(3):224–5. Disponible en: <https://n9.cl/e5vuy>
15. Marcano Salazar LM. Bioética: Del Código De Núremberg a La Jurisprudencia. Kairós, Rev Ciencias Económicas, Jurídicas Y Adm [Internet]. 2024;7(12):9–23. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/kai.03.12.01>
16. Cubillos Jiménez B. “En nombre de la ciencia y por el progreso”. Crímenes científicos racistas y la Declaración de Helsinki [Internet]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/szelq>
17. Universidad Nacional de Loja. Universidad Nacional de Loja. 2023 [cited 2024 Aug 21]. p. 16–8 Reglamento Del Ceish-Unl. Disponible en: <https://n9.cl/rhb34>
18. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas [Internet]. 2020; 139:6–11. Disponible en: <https://n9.cl/g0fu2>
19. Arbex Borim FS, de Assumpção D, Liberalesso Neri A, Tavares Batistoni SS, Stolses Bergamo Francisco PM, Sanches Yassuda M. Impact of functional capacity on change in self-rated health among older adults in a nine-year longitudinal study. BMC Geriatr [Internet]. 2021;21(1):1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02571-6>
20. García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista-Roa MA, Ibáñez-Pinilla EA, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev Salud Bosque. 2022;12(1):1–13.
21. Almeyda Coontreras P del R, Hinojosa Liñan JP. Calidad de vida en el adulto mayor en la Asociación de Jubilados Pensionistas y adulto mayor de Ventanilla, 2023 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1207/TESISFINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Stefanacci R. Calidad de vida en los ancianos [Internet]. 2024. Disponible en: <https://n9.cl/xb7yn>
23. Paz Gil RR. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología ubicado en Lima Sur, 2022 [Internet]. Uladech católica. Universidad de ciencias y humanidades; 2023. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1536/ATENCION_ODONTOLOGICA_DESARROLLO_DENTAL_CANTARO_SHUAN_FRANK_JHORDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Brightwayseo M. Santos Medical Centers. 2024. ¿Cómo mejorar la calidad de vida de los mayores con dolor crónico? Disponible en: https://santosmedical.com/es/author/brightwayseo_m8naxh/
25. Papas Nieto EY. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con afecciones crónicas del Centro de Salud Túpac Amaru, Independencia – 2023 [Internet]. Universidad de ciencias y humanidades; 2024. Disponible en: <https://n9.cl/mx1efr>



26. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México. 2021. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Disponible en: https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es&utm_source
27. Baldeon Valles B, Garcia Puyo F. Calidad de Vida en Salud del Adulto Mayor de un Programa Nacional de Asistencia Solidaria. La Banda de Shilcayo, 2021. Universidad César Vallejo; 2021.
28. National Institute on Aging Information Center. NIH. 2023. ¿Qué sabemos sobre cómo envejecer saludablemente? Disponible en: <https://lc.cx/tayiiw>
29. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023. Salud mental de los adultos mayores. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults?utm_source
30. Cáceres Mamani EV. Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud San Jerónimo [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/61876/Caceres_MEV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Gálvez Olivares M, Aravena Monsalvez C, Aranda Pincheira H, Ávalos Fredes C, López-Alegría F. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2020;58(4):384–99. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v58n4/0717-9227-rchnp-58-04-0384.pdf>
32. Loza Sosa JM, Cedeño Tapia SJ, Díaz-Jurado LC, Flores-Alvarado J, Colque-Flores C, Flores-Colquehuanca DI. Implementación de un programa de cuidado espiritual en personas hospitalizadas que viven con cáncer. rhe [Internet]. 29 de diciembre de 2025 [citado 5 de enero de 2026];36(3):921-3. DOI: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.36.3.921-931
33. Noriega López WD, Torres Rodriguez YA. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hospitalizados-Cartagena 2019 [Internet]. Universidad de Cartagena; 2019. Disponible en: <https://n9.cl/r87p0>
34. Acota EGR, Cedeño-Tapia SJ, Ramírez-Pérez T, Villalobos-Guiza MN, Ríos SJ. Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica. 2022; 19(3):32-43. <https://doi.org/10.22463/17949831.3292>

