

articulo autocuidado revision_final_final.docx

 Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:576901231

Fecha de entrega

10 abr 2026, 9:52 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

10 abr 2026, 9:57 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

articulo autocuidado revision_final_final.docx

Tamaño del archivo

151.8 KB

11 páginas

5115 palabras

29.059 caracteres

11% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 1%  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.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	eprints.uanl.mx	<1%
2	Internet	www.elsevier.es	<1%
3	Internet	www.przetargi.info	<1%
4	Internet	cathi.uacj.mx	<1%
5	Internet	dspace.uib.es	<1%
6	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
7	Internet	www.scielosp.org	<1%
8	Internet	ciencialatina.org	<1%
9	Internet	publications.iadb.org	<1%
10	Internet	health.ri.gov	<1%
11	Internet	lume.ufrgs.br	<1%

12	Internet	www.researchgate.net	<1%
13	Internet	www.revmedmilitar.sld.cu	<1%
14	Internet	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
15	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
16	Internet	www.coursehero.com	<1%
17	Internet	www.diariodigital.com.do	<1%
18	Internet	polodelconocimiento.com	<1%
19	Internet	es.slideshare.net	<1%
20	Internet	files.sld.cu	<1%
21	Internet	laorquesta.mx	<1%
22	Internet	bvs.sld.cu	<1%
23	Internet	revistacientifica.sudamericana.edu.py	<1%
24	Internet	www.grafiati.com	<1%
25	Internet	www.prnewswire.com	<1%

26	Internet	www.revesppod.com	<1%
27	Internet	compumedicina.com	<1%
28	Internet	es.readkong.com	<1%
29	Internet	hivdev.gn.apc.org	<1%
30	Internet	www.slideshare.net	<1%
31	Internet	www.spanishdict.com	<1%

Calidad de la atención primaria en salud y su relación con las conductas de autocuidado en pobladores de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, distrito de Ate, 2025.

Resumen

Introducción: La calidad de la atención primaria en salud (APS) desempeña un rol fundamental en la promoción de conductas de autocuidado, especialmente en comunidades vulnerables. Sin embargo, en zonas periféricas urbanas como Las Lomas de Amauta (Ate, Lima), persisten barreras estructurales que pueden limitar la relación entre los servicios de salud y las prácticas de autocuidado en la población.

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de la atención primaria en salud y las conductas de autocuidado en pobladores de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, distrito de Ate, en el año 2025.

Métodos: Estudio cuantitativo de diseño analítico, transversal. Participaron 237 adultos seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron el cuestionario Primary Care Assessment Tool abreviado (PCAT-A10) para evaluar la calidad de la APS y la Escala de Conductas de Autocuidado (ECA). El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, pruebas no paramétricas y un modelo de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados.

Resultados: El puntaje promedio de autocuidado fue de $177,84 \pm 30,83$, mientras que la calidad de la atención primaria en salud presentó una media de $27,10 \pm 7,92$. Se evidenció una correlación positiva entre ambas variables ($Rho = 0,400$; $p < 0,001$). En el análisis multivariado, la calidad de la atención primaria en salud se asoció significativamente con la puntuación de autocuidado ($B = 1,121$; $IC95\%: 0,717-1,524$; $p < 0,001$). Asimismo, el estado civil y la situación laboral mostraron asociaciones significativas, mientras que el sexo, la edad, el ingreso económico y el seguro de salud no se asociaron significativamente con la puntuación de autocuidado.

Conclusión: Una mejor percepción de la calidad de la atención primaria en salud se asocia significativamente con mayores puntuaciones de autocuidado en la población estudiada. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer los servicios de APS como estrategia para promover conductas de autocuidado y mejorar la salud poblacional en comunidades con recursos limitados.

Palabras clave: Atención primaria en salud; Autocuidado; Calidad de la atención; Salud pública; Determinantes sociales.

Abstract

Introduction: The quality of primary health care (PHC) plays a fundamental role in promoting self-care behaviors, particularly in vulnerable communities. However, in peripheral urban areas such as Las Lomas de Amauta (Ate, Lima), structural barriers may limit the relationship between health services and self-care practices among residents.

Objective: To determine the relationship between the quality of primary health care and self-care behaviors among residents of the Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, district of Ate, in 2025.

Methods: A quantitative, analytical, cross-sectional study was conducted. A total of 237 adults were included using non-probabilistic convenience sampling. The Primary Care Assessment Tool – Short Version (PCAT-A10) was used to assess primary health care

(PHC) quality, and the Self-Care Behaviors Scale (ECA) was used to measure self-care practices. Statistical analysis included descriptive statistics, non-parametric tests, and a multiple linear regression model to identify associated factors.

Results: The mean self-care score was 177.84 ± 30.83 , while the mean primary health care quality score was 27.10 ± 7.92 . A positive correlation was observed between both variables (Spearman's $\rho = 0.400$; $p < 0.001$). In the multivariate analysis, primary health care quality was significantly associated with self-care score ($B = 1.121$; 95% CI: 0.717–1.524; $p < 0.001$). Additionally, marital status and employment status showed significant associations, whereas sex, age, income, and health insurance were not significantly associated with self-care score.

Conclusion: A better perception of primary health care quality is significantly associated with higher self-care scores in the studied population. These findings highlight the importance of strengthening PHC services as a strategy to promote self-care behaviors and improve population health in resource-limited communities.

Keywords: Primary health care; Self-care; Quality of care; Public health; Social determinants.

Introducción

La calidad de la atención primaria en salud (APS) es un factor clave para lograr una atención de salud efectiva, equitativa y accesible. De acuerdo con informes globales sobre salud, la APS se define como el primer nivel de contacto de la población con el sistema de salud, y se espera que cumpla funciones esenciales como la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo (1). La calidad de los servicios de APS está intrínsecamente relacionada con la efectividad en la recuperación de los pacientes, la prevención de la mortalidad prematura, la detección temprana de enfermedades y la maximización de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. La calidad en este nivel de atención es fundamental para promover el autocuidado entre la población, pues los servicios eficientes y centrados en las personas pueden mejorar el acceso a la información sobre salud y fomentar prácticas preventivas en la comunidad (2).

A nivel global, la calidad de la atención de salud es un componente crucial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente en lo que respecta a la cobertura sanitaria universal (CSU). La OMS y otras organizaciones internacionales, como el Banco Mundial, han destacado la importancia de garantizar la calidad en los servicios de salud como una estrategia clave para alcanzar la CSU (3). En países como Australia y varios de Europa, la calidad de la APS ha sido un tema de prioridad, implementándose diversas estrategias como estándares de seguridad, políticas de mejora continua y la participación comunitaria en el monitoreo de servicios. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios, la calidad de la atención sigue siendo un desafío persistente, caracterizándose por problemas como infecciones intrahospitalarias, errores médicos y una alta carga de mortalidad tratable, lo que representa una barrera significativa para alcanzar los ODS (4).

El crecimiento de la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) ha sido alarmante en América Latina y el Caribe, donde las enfermedades crónicas no transmisibles representaban el 28.4% de las muertes en 1990, y para 2015 este porcentaje aumentó a 56.9%. Este crecimiento está vinculado a factores como el sedentarismo, las dietas hipercalóricas y la hipertensión, lo que demanda una mayor atención primaria para su manejo preventivo y continuo (5). A esto se suma la desigualdad

9 en el acceso a la salud, ya que las poblaciones más pobres enfrentan mayor exposición a factores de riesgo y tienen menos acceso a los servicios de salud, lo que está relacionado con una mayor mortalidad y morbilidad. A pesar de los avances, la mortalidad materno-infantil y las enfermedades infecciosas siguen siendo un desafío, especialmente en las poblaciones más pobres. La multimorbilidad ha aumentado, especialmente entre las personas de bajos recursos, lo que requiere un manejo más complejo y continuo. El gasto en salud ha aumentado considerablemente, y se proyecta que los costos para tratar enfermedades crónicas seguirán creciendo. Estos factores subrayan la necesidad urgente de mejorar la calidad de los servicios de atención primaria, particularmente en zonas rurales y periféricas (6).

20 A nivel global, más de mil millones de personas enfrentan el riesgo de empobrecerse debido a los gastos directos en salud, los cuales pueden superar el 10% del ingreso familiar. Este fenómeno evidencia la carga financiera que representa la atención sanitaria para numerosos hogares, especialmente en contextos de vulnerabilidad económica. Diversos análisis han señalado que el fortalecimiento de la atención primaria en salud en países de ingresos bajos y medianos tendría un impacto sustancial en los indicadores sanitarios. Se estima que su expansión podría evitar millones de muertes prevenibles y aumentar la esperanza de vida en varios años hacia 2030. Además, la mayoría de las intervenciones esenciales necesarias para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal pueden implementarse desde un enfoque de atención primaria, lo que resalta su papel estratégico dentro de los sistemas de salud (7).

21 De igual manera, se proyecta que la atención primaria podría contribuir de manera significativa al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Sin embargo, alcanzar dichas metas exige un incremento sostenido en la inversión, con estimaciones que sitúan el requerimiento anual adicional en cientos de miles de millones de dólares, recursos que permitirían ampliar la cobertura y mejorar la integralidad de los servicios ofrecidos. Pese a estos avances proyectados, aproximadamente la mitad de la población mundial aún carece de acceso pleno a servicios esenciales de salud. En este contexto, el fortalecimiento de la atención primaria continúa siendo una prioridad internacional. De hecho, en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal en 2019, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de consolidar este nivel de atención como eje central de los sistemas sanitarios (8).

27 Consecuentemente, las deficiencias en la calidad de la atención primaria y la falta de conductas de autocuidado tienen implicaciones negativas para la salud de la población. De acuerdo con la Comisión de Salud Global de *The Lancet* (2021), se estima que los sistemas de salud de baja calidad en países de ingresos bajos y medios podrían prevenir hasta 8 millones de muertes anuales si implementaran servicios de alta calidad. Estos servicios, alineados con el modelo de medición de calidad de Donabedian, deben evaluar no solo la estructura de los servicios de salud, sino también los procesos y los resultados en la atención (7).

25 En el contexto peruano, la calidad de la APS se ve afectada por limitaciones en la infraestructura de los centros de salud, escasez de recursos humanos capacitados y falta de un enfoque integral que promueva tanto el tratamiento de enfermedades como la prevención a través del autocuidado. Según el Ministerio de Salud del Perú en el 2022, estas carencias son aún más marcadas en las áreas rurales y periféricas, como la comunidad de Las Lomas de Amauta del distrito de Ate, donde el acceso a servicios médicos adecuados es limitado (8). En estas zonas, la atención primaria a menudo se

10 centra en la resolución de problemas agudos, sin priorizar adecuadamente la prevención y la promoción de la salud, aspectos clave del autocuidado. De acuerdo con la definición de autocuidado de la OMS, este proceso implica la capacidad de las personas para realizar prácticas que mantengan su bienestar, prevengan enfermedades y gestionen condiciones de salud de manera autónoma, lo cual resulta indispensable en comunidades rurales donde los recursos para tratar enfermedades crónicas o de largo plazo son limitados (9). El autocuidado de la salud es una pieza central en los servicios de APS. El autocuidado comprende las capacidades individuales, familiares y comunitarias para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y enfrentar enfermedades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica. Este enfoque es fundamental en contextos de atención primaria porque permite que las personas asuman un rol activo en su salud, fortaleciendo la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades crecientes de la población. La APS proporciona la infraestructura necesaria para promover el autocuidado, ya que ofrece educación sanitaria, acceso a recursos preventivos y un soporte continuo que facilita la implementación de prácticas saludables en la vida diaria de los individuos (10).

16 La relación entre la APS y el autocuidado es crucial: servicios de calidad en APS ofrecen las herramientas y el acompañamiento necesarios para fomentar prácticas de autocuidado que disminuyan la incidencia de enfermedades prevenibles, como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, que representan una carga significativa en comunidades vulnerables como Las Lomas de Amauta del distrito de Ate (11).

17 La falta de educación y promoción sobre autocuidado en estas zonas se debe a varios factores. En primer lugar, el acceso insuficiente a programas educativos de salud y la desinformación sobre prácticas de autocuidado impiden que los pobladores adopten hábitos saludables (12). A ello se suma la escasa participación de la comunidad en los procesos de toma de decisiones sobre su salud, lo que puede resultar en una baja adherencia a los tratamientos y recomendaciones médicas. Esta situación, unida a la escasa disponibilidad de profesionales de salud capacitados en las zonas rurales, limita la capacidad de los servicios de APS para fomentar prácticas preventivas que reduzcan la incidencia de enfermedades crónicas (13).

7 Por lo tanto, el estudio tiene como objetivo determinar la relación entre calidad de la atención primaria en salud y las conductas de autocuidado en pobladores de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, Ate, 2025.

Materiales y métodos

El estudio presentó un enfoque cuantitativo, orientado a la recolección y análisis de datos numéricos con el propósito de evaluar relaciones entre variables mediante métodos estadísticos. Se utilizó un diseño observacional analítico de corte transversal, en el que la información fue recolectada en un único momento del tiempo sin manipulación de las variables.

23 La población estuvo conformada por residentes de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, ubicada en el distrito de Ate, Lima, Perú. Según el último censo local, la población total fue de 391 habitantes. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los participantes disponibles y que aceptaron participar en el estudio. El tamaño mínimo de muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando una proporción esperada de 50%, un nivel de confianza del 95% (Z

= 1,96) y un margen de error del 5%, obteniéndose un tamaño mínimo requerido de 194 participantes. Finalmente, se incluyeron 237 participantes, superando el tamaño mínimo estimado.

Los criterios de inclusión fueron: residentes entre 18 y 59 años de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, que hayan asistido al menos dos veces al centro de salud de la zona, y que aceptaran participar mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron personas que no residieran en la zona, extranjeros, aquellas con diagnóstico médico de trastornos mentales o tratamiento en curso por estas condiciones, quienes nunca hubiesen acudido al centro de salud local, y quienes no aceptaran participar o no firmaran el consentimiento informado.

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos. La calidad de la atención primaria en salud se evaluó mediante el cuestionario Primary Care Assessment Tool – Adulto versión abreviada (PCAT-A10), adaptado por Rocha et al. en 2020 en España (14). Consta de 10 ítems distribuidos en cinco dimensiones: Primer contacto, Continuidad, Coordinación, Globalidad y Competencia cultural, con una escala tipo Likert de 4 puntos. El instrumento mostró adecuada validez (KMO entre 0.78 y 0.88; varianza explicada entre 54.2% y 69%) y alta confiabilidad (alfa de Cronbach entre 0.73 y 0.85). Las conductas de autocuidado fueron evaluadas mediante la Escala de Conductas de Autocuidado (ECA), desarrollada por Torres et al. en 2021, que mide tres dimensiones: físico (20 ítems), psicológico (23 ítems) y espiritual (9 ítems), utilizando una escala Likert de 5 puntos. Este instrumento mostró excelente confiabilidad (alfa de Cronbach entre 0.93 y 0.96) y buena validez (KMO = 0.90; CFI = 0.99; RMSEA = 0.04) (15).

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2025 en la localidad de estudio. Las encuestas fueron aplicadas de manera presencial mediante formularios impresos y, en algunos casos, a través de un formulario digital en Google Forms, según la disponibilidad y preferencia de los participantes. Previamente a la aplicación de los instrumentos, se explicó el objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud (Resolución N.º 186-M-2025/UPEU-FCS-CF).

El análisis estadístico se realizó utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 26.0. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables numéricas se resumieron mediante media, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). La normalidad de las variables numéricas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk y análisis de asimetría y curtosis. Debido a que las variables no presentaron distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas en el análisis bivariado. Las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney, mientras que la relación entre variables numéricas se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman (Rho).

Para el análisis multivariado se utilizó regresión lineal múltiple, dado que la variable dependiente correspondió a un puntaje total de conductas de autocuidado. Se estimaron coeficientes no estandarizados (B) e intervalos de confianza al 95%, ajustando por variables sociodemográficas y por la calidad de la atención primaria en salud. Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$ para todos los análisis.

Resultados

En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de los 237 participantes incluidos en el estudio. La mayoría fueron de sexo femenino (57,4%) y la edad promedio fue de $27,42 \pm 9,87$ años. Respecto al estado civil, el 53,2% tenía pareja. En relación con la situación laboral, el 51,5% se encontraba laborando. La mayoría de los participantes

reportó ingresos mayores a 1130 soles (78,9%), no tener hijos (70,9%) y contar con algún tipo de seguro de salud (75,1%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pobladores de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, Ate, 2025

Factores	n=237	%
Sexo		
Femenino	136	57,4
Masculino	101	42,6
Edad (años)	27,42±9,87	
Estado civil		
Sin pareja	111	46,8
Con pareja	126	53,2
Situación laboral		
No labora	115	48,5
Labora	122	51,5
Ingreso económico		
Menor a 1130 soles	50	21,1
Mayor a 1130 soles	187	78,9
Tiene hijos		
No	168	70,9
Sí	69	29,1
Seguro de salud		
No	59	24,9
Sí	178	75,1

La Tabla 2 presenta los estadísticos descriptivos de las variables principales del estudio. El puntaje promedio de conductas de autocuidado fue de $177,84 \pm 30,83$ (IC95%: 173,89–181,78). En cuanto a la calidad de la atención primaria en salud, se observó una media de $27,10 \pm 7,92$ (IC95%: 26,09–28,11). Respecto a las dimensiones del autocuidado, el componente psicológico presentó el mayor promedio ($82,28 \pm 15,88$), seguido del componente físico ($66,87 \pm 12,50$) y espiritual ($28,69 \pm 5,74$).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables principales del estudio

Variables	Mín.	Máx.	Media	DE	IC95%
Calidad de la atención primaria en salud	0	40	27,10	7,92	26,09 – 28,11
Conductas de autocuidado	107	244	177,84	30,83	173,89 – 181,78
Físico	41	95	66,87	12,50	65,27 – 68,46
Psicológico	47	114	82,28	15,88	80,25 – 84,31
Espiritual	15	45	28,69	5,74	27,96 – 29,43

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

En la Tabla 3 se presentan los resultados del análisis bivariado de las conductas de autocuidado según variables sociodemográficas. Se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo, estado civil, situación laboral, ingreso

económico y seguro de salud ($p < 0,05$). Los participantes de sexo masculino mostraron mayores puntajes promedio de autocuidado en comparación con las mujeres ($181,50 \pm 30,88$ vs. $175,12 \pm 30,51$; $p = 0,004$). Asimismo, las personas sin pareja presentaron mayores niveles de autocuidado que aquellas con pareja ($190,66 \pm 26,72$ vs. $166,55 \pm 28,39$; $p < 0,001$).

De igual forma, los participantes que se encontraban laborando reportaron mayores niveles de autocuidado en comparación con quienes no trabajaban ($184,39 \pm 31,26$ vs. $170,88 \pm 29,01$; $p < 0,001$). También se observaron diferencias significativas según ingreso económico, donde aquellos con ingresos menores a 1130 soles presentaron mayores puntajes de autocuidado ($p = 0,012$). En contraste, no se observaron diferencias significativas según la presencia de hijos ($p = 0,301$) ni una asociación significativa entre la edad y las conductas de autocuidado ($Rho = -0,116$; $p = 0,076$). Por otro lado, se identificó una correlación positiva moderada entre la calidad de la atención primaria en salud y las conductas de autocuidado ($Rho = 0,400$; $p < 0,001$).

Tabla 3. Análisis bivariado de las conductas de autocuidado según variables sociodemográficas en pobladores de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, distrito de Ate, 2025.

Factores	Media ($\pm$ DE)	p-valor
Sexo		
Femenino	175.12 ± 30.51	0,004
Masculino	181.50 ± 30.88	
Edad (años)	$Rho = -0.116$	0,076
Estado civil		
Sin pareja	190.66 ± 26.72	0,000
Con pareja	166.55 ± 28.39	
Situación laboral		
No labora	170.88 ± 29.01	0,000
Labora	184.39 ± 31.26	
Ingreso económico		
Menor a 1130 soles	186.54 ± 28.74	0,012
Mayor a 1130 soles	175.55 ± 31.06	
Tiene hijos		
No	176.73 ± 31.59	0,301
Sí	180.53 ± 28.92	
Seguro de salud		
No	185.27 ± 28.11	0,004
Sí	175.36 ± 31.39	
Calidad de la atención primaria en salud	$Rho = 0.400$	0,000

Rho: coeficiente de correlación de Spearman.

Las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

En la Tabla 4 se presentan los resultados del modelo de regresión lineal múltiple ajustado para identificar los factores asociados a las conductas de autocuidado. Tomando como categoría de referencia a los participantes sin pareja, se observó que aquellos con pareja

presentaron, en promedio, 30,26 puntos menos en el puntaje de autocuidado ($B = -30,258$; IC95%: -36,663 a -23,853; $p < 0,001$).

Asimismo, tomando como referencia a los participantes que no laboraban, aquellos que se encontraban laborando presentaron, en promedio, 13,74 puntos más en el puntaje de autocuidado ($B = 13,743$; IC95%: 7,120 a 20,367; $p < 0,001$).

En relación con el seguro de salud, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa con el puntaje de autocuidado ($B = -8,133$; IC95%: -17,331 a 1,064; $p = 0,083$).

Finalmente, la calidad de la atención primaria en salud se asoció de manera significativa con las conductas de autocuidado, observándose que por cada incremento de un punto en el puntaje de calidad de atención primaria, el puntaje de autocuidado aumentó en 1,12 puntos ($B = 1,121$; IC95%: 0,717 a 1,524; $p < 0,001$).

Tabla 4. Análisis multivariado según conductas de autocuidado en pobladores de la Asociación de Vivienda Las Lomas de Amauta, distrito de Ate, 2025.

Variable	B	IC95%	β	p
Sexo				
Masculino		1 (Referencia)		
Femenino	-3,49	[-11,015 – 4,035]	-0,056	0,362
Edad (años)	0,15	[-0,189 – 0,490]	0,048	0,384
Estado civil				
Sin pareja		1 (Referencia)		
Con pareja	-30,258	[-36,663 – -23,853]	-0,491	<0,001
Situación laboral				
No labora		1 (Referencia)		
Labora	13,743	[7,120 – 20,367]	0,223	<0,001
Ingreso económico				
Mayor a 1130		1 (Referencia)		
Menor a 1130	1,694	[-9,200 – 12,587]	0,022	0,760
Seguro de salud				
Sí		1 (Referencia)		
No	-8,133	[-17,331 – 1,064]	-0,114	0,083
Calidad de la atención primaria en salud (puntaje)	1,121	[0,717 – 1,524]	0,288	<0,001

B: coeficiente no estandarizado; β : coeficiente estandarizado; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Modelo ajustado por todas las variables incluidas.

$R^2 = 0,463$; $p < 0,001$.

Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten comprender la influencia de diversos factores individuales y contextuales en la adopción de conductas de autocuidado. Entre ellos, la percepción de calidad de la atención primaria en salud destacó como un factor significativamente asociado con mayores puntuaciones de autocuidado. Este resultado concuerda con lo reportado por Sung et al. en Corea (16) y por Kasenda et al. en Malawi (17), quienes encontraron que una atención primaria centrada en el paciente, accesible y continua se relaciona positivamente con una mejor salud autoevaluada y con mayor adherencia a prácticas saludables. De forma similar, Almeida et al. en Brasil (18) evidenció que, entre personas con diabetes, la calidad de la atención en el primer nivel facilitaba el cumplimiento de conductas clave como el control glucémico, el uso adecuado de medicamentos y la alimentación saludable.

Estos resultados sugieren que la calidad percibida de la atención primaria podría actuar como un mecanismo facilitador entre el sistema de salud y la conducta individual. Una atención que garantiza continuidad, comunicación efectiva, respeto y participación activa del paciente puede fortalecer la alfabetización en salud, la autoeficacia y la confianza en el sistema sanitario, elementos fundamentales para el autocuidado sostenido. En este sentido, la calidad de la atención no solo influye en resultados clínicos, sino también en procesos conductuales que favorecen la prevención y el manejo adecuado de la salud.

En relación con el estado civil, se observó que las personas con pareja presentaron menores puntuaciones de autocuidado en comparación con aquellas sin pareja. Este hallazgo difiere de lo reportado por Ghose y Yaya en Sudáfrica (19) y por Riegel et al. (20), quienes encontraron que vivir en pareja podía favorecer el apoyo social, el seguimiento de tratamientos y la adopción de conductas preventivas. La discrepancia podría explicarse por factores contextuales y socioculturales propios de la población estudiada. En entornos como el analizado, las personas con pareja podrían asumir mayores responsabilidades familiares o domésticas, lo que limitaría el tiempo disponible para el autocuidado personal. Por el contrario, quienes no tienen pareja podrían presentar mayor autonomía en la gestión de su salud. No obstante, la magnitud del efecto observado sugiere interpretar este resultado con cautela, ya que podrían existir variables no medidas que influyan en esta asociación.

Respecto a la situación laboral, se encontró que las personas que se encontraban laborando presentaron mayores puntuaciones de autocuidado en comparación con aquellas que no trabajaban. Este resultado coincide con los hallazgos de Santos et al. (21), quienes reportaron que la estabilidad laboral y los ingresos económicos favorecen la adopción de prácticas saludables en pacientes con enfermedades crónicas. La inserción laboral puede facilitar el acceso a recursos económicos, servicios de salud y entornos sociales que promuevan conductas saludables. Por el contrario, el desempleo podría asociarse con limitaciones económicas, estrés psicológico o menor acceso a información en salud, lo que afectaría negativamente el autocuidado.

En cuanto al seguro de salud, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la puntuación de autocuidado en el modelo ajustado. Aunque algunos estudios han mostrado que la cobertura de salud se asocia con mejores indicadores de acceso y utilización de servicios sanitarios, en este contexto específico el seguro de salud no parece influir de manera directa en la adopción de prácticas de autocuidado (19,20).

Por otro lado, variables como el sexo, la edad y el ingreso económico no mostraron asociaciones significativas con la puntuación de autocuidado en el análisis multivariado.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo, la recolección de datos mediante cuestionarios autoadministrados puede haber estado sujeta a sesgos de memoria o deseabilidad social. Además, el uso de un

muestreo no probabilístico por conveniencia podría limitar la representatividad de la muestra y restringir la generalización de los resultados a otras poblaciones.

No obstante, el estudio presenta fortalezas relevantes. Son escasos los trabajos que analizan de manera integrada la percepción de la calidad de la atención primaria en salud y las conductas de autocuidado en el contexto nacional. Asimismo, el uso de un modelo multivariado permitió ajustar por posibles factores de confusión, fortaleciendo la validez interna de los hallazgos.

En conclusión, los resultados evidencian que la puntuación de autocuidado en adultos se asocia con múltiples factores, siendo la percepción de calidad de la atención primaria un elemento clave. El estado civil y la situación laboral también mostraron asociaciones significativas en el modelo ajustado. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la atención primaria como estrategia para promover el autocuidado en la población. No obstante, la magnitud de los coeficientes observados para estas variables sugiere que estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que podrían estar influenciados por factores no medidos o características específicas de la población estudiada.

Referencias

1. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Nigatu F, Zewdie A, Wolka E, et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):1-11. doi:10.1186/s12913-023-09917-3.
2. Behera BK, Prasad R, Shyambhavee. Primary health-care goal and principles. In: *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development.* 2021. p. 221. doi:10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3.
3. Stange KC, Miller WL, Etz RS. The role of primary care in improving population health. *Milbank Q.* 2023;101(S1):795-840. doi:10.1111/1468-0009.12638.
4. Jakab M, Dedeu T, Cerezo J. Hacia una atención primaria de salud resiliente y de alto rendimiento: estudio de caso en España. *Rev Clin Med Fam.* 2024;17(1):9-12. doi:10.55783/RCMF.17102.
5. Pinto DM, Tejerina L, Guanais FC, Regalia F, Perez-Cuevas R, Anaya M, et al. Desde el paciente: experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington (DC): BID; 2018. doi:10.18235/0001255.
6. Almeida PF, Giovanella L, Schenkman S, Franco CM, Duarte PO, Houghton N, et al. Perspectivas para las políticas públicas de atención primaria en salud en Suramérica. *Cien Saude Colet.* 2024;29(7):e03792024. doi:10.1590/1413-81232024297.03792024.
7. Kruk ME, Pate M. The Lancet Global Health Commission on high-quality health systems 1 year on: progress on a global imperative. *Lancet Glob Health.* 2020;8(1):e30-e32. doi:10.1016/S2214-109X(19)30485-1.
8. Leslie HH, Laos D, Cárcamo C, Pérez-Cuevas R, García PJ. Health care provider time in public primary care facilities in Lima, Peru: a cross-sectional time-motion study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1-10. doi:10.1186/s12913-021-06117-9.
9. Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton S, et al. Self-care research: where are we now? where are we going? *Int J Nurs Stud.* 2021;116:103402. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103402.
10. Luciani M, De Maria M, Page SD, Barbaranelli C, Ausili D, Riegel B. Measuring self-care in the general adult population: development and psychometric testing of the self-care inventory. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1-10. doi:10.1186/s12889-022-12913-7.
11. Ranieri J, Guerra F, Ferri C, Di Giacomo D. Chronic non-communicable diseases and health awareness of patients: an observational study analysing health adaptive behaviours through self-care skills. *J Psychiatr Res.* 2022;155:596-603. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.09.007.

12. Wattanapisit A, Sottiyotin T, Thongruch J, Wattanapisit S, Yongpraderm S, Kowaseattapon P. Self-care practices of patients with non-communicable diseases during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9727. doi:10.3390/ijerph19159727.
13. Rakhshani T, Afroozeh S, Kashfi SM, Kamyab A, Khani Jeihooni A. The effect of education of self-care behaviors on quality of life and resilience in patients with multiple sclerosis. *BMC Neurol*. 2024;24(1):264. doi:10.1186/s12883-024-03777-y.
14. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C, Pasarín MI. Evaluación de la atención primaria: versión modificada del instrumento PCAT-A10. *Aten Primaria*. 2021;53(1):3-11. doi:10.1016/j.aprim.2019.10.004.
15. Torres N, Corral V, Corral N, Rojas M. Diseño y validación de la escala de conductas de autocuidado. *Behav Psychol*. 2021;29(3):721-741. doi:10.51668/BP.8321312S.
16. Sung NJ, Markuns JF, Park KH, Kim K, Lee H, Lee JH. Higher quality primary care is associated with good self-rated health status. *Fam Pract*. 2013;30(5):568-575. doi:10.1093/fampra/cmt021.
17. Kasenda S, Meland E, Hetlevik Ø, Mildestvedt T, Dullie L. Factors associated with self-rated health in primary care in the south-western health zone of Malawi. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):1-9. doi:10.1186/s12875-022-01686-y.
18. Suplici SER, Meirelles BHS, Lacerda JT, Silva DMGV. Self-care among people with diabetes mellitus and quality of care in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200351. doi:10.1590/0034-7167-2020-0351.
19. Bishwajit G, Yaya S. Sociodemographic and health disparities in self-care difficulties among older individuals: evidence from South Africa. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):915. doi:10.1186/s12877-024-05416-0.
20. Baah FO, Chittams J, Carlson B, Sethares KA, Daus M, Moser DK, et al. Sociodemographic indicators of social position and self-care maintenance in adults with heart failure. *Clin Nurs Res*. 2021;30(6):847-854. doi:10.1177/1054773821995593.
21. Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, Oliveira ASS, et al. Influence of sociodemographic characteristics on self-care in people with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:2604-2611. doi:10.1590/0034-7167-2017-0480.