



Esta obra está publicada bajo la licencia
[CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Autoestima y práctica de autocuidado en personas adultas mayores

Self-esteem and self-care practice in older adults

Nancy Arteaga^{1,*}; Zoila Leiton¹; Belinda Villanueva¹

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Av. Juan Pablo II s/n – Ciudad Universitaria, Trujillo, Perú.

*Autor correspondiente: narteagar@unitru.edu.pe (N. Arteaga).

Fecha de recepción: 22 04 2024. Fecha de aceptación: 23 05 2024.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre nivel de autoestima y prácticas de autocuidado en personas adultas mayores que asisten al Programa del Adulto mayor del Hospital regional docente de Trujillo, 2019. La muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores de 60 años a más. En la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios: La escala de autocuidado para una vejez con bienestar elaborada por Leiton, et al. y el Cuestionario de Autoestima elaborado por Rodríguez, et al. Los resultados se presentan en tablas estadísticas de simple y doble entrada. Se encontró los siguientes hallazgos: El 72,5 por ciento de los adultos mayores presento autoestima alta, seguido de la autoestima media con un 27,5 por ciento. En relación a la práctica de autocuidado del adulto mayor se encontró que el 82,5 por ciento presento practica de autocuidado bueno y el 17,5 por ciento practica de autocuidado regular. No existe relación estadística significativa entre la autoestima y práctica de autocuidado del adulto mayor.

Palabras clave: Prácticas de autocuidado; autoestima; adulto mayor.

ABSTRACT

The present research aimed to determine the relationship between level of self-esteem and self-care practices in older adults attending the Senior Adult Program of the Trujillo Regional Teaching Hospital, 2019. The sample was formed for 80 adults over 60 years of age. In the data collection two questionnaires were used: The self-care scale for an old age with well-being developed by Leiton, et al. and the Self-Esteem Questionnaire prepared by Rodríguez, et al. The results are presented in single and double entry statistical tables. The following findings were found: 72.5 percent of older adults had high self-esteem, followed by average self-esteem with 27.5 percent. In relation to the practice of self-care of the elderly, it was found that 82.5 percent presented good self-care practice and 17.5 percent had regular self-care practice. There is no significant statistical relationship between self-esteem and self-care practice of the elderly.

Keywords: Self-care practices; self-esteem; elderly.

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI se vive una globalización y revolución demográfica por el envejecimiento, es decir un aumento de las personas de 60 años y más, este grupo poblacional en todo el mundo se duplicará, pasando del 10 por ciento (580 millones) al 15 por ciento (1,200 millones) entre 2000 y 2025, llegando a 2000 millones en el 2050 representando el 25 por ciento de la población (ILC-BR, 2015). La población de América Latina y el Caribe también está envejeciendo rápidamente. Así, en el 2025 se espera 15 por ciento representando 100,5 millones y para el 2050 aumentará al 24 por ciento (183,7 millones) (CEPAL, 2009).

El Perú, según el Censo del 2017, con 31 millones 237 mil 385 habitantes y con una esperanza de vida de 75 años no está exento de este aumento paulatino del proceso de envejecimiento, representando las personas adultas mayores 11.9 por ciento y en La Libertad fueron el 10 por ciento (1'778,080) (INEI, 2018). Se estima que al 2025, la población adulta mayor alcanzará 12,4 por ciento con casi cuatro millones y medio y para el 2050 serán alrededor de 9 millones representando 21,3 por ciento de la población peruana (MIMP, 2013).

Estos cambios en el Perú implican grandes consecuencias y nuevos desafíos políticos, sociales y económicos tanto para la

persona adulta mayor, la familia, la sociedad y el estado debido a que influyen en la calidad de vida y bienestar por lo tanto constituyen desde ya un motivo importante para investigar. El envejecimiento es un proceso irreversible, inevitable y continuamente progresivo que comienza desde el nacimiento hasta la muerte en el que influyen factores genéticos y ambientales. (Stanley, Blair y Gauntlet, 2009). Así mismo, es necesario considerar que el envejecimiento es singular, individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer (Agulló, 2011). Entre los cambios más importantes que afectan el bienestar en la vejez tenemos que el estado nutricional puede verse afectados por los cambios bilógicos que pueden poner a las personas mayores a mayor riesgo de malnutrición. Presentan disminución de la masa muscular (sarcopenia), aumento de la grasa corporal, la densidad mineral ósea suele perderse, saciedad precoz o anorexia y la falta de producción de ácido clorhídrico puede limitar la absorción del hierro y la vitamina B12. El edentulismo es común afecta el tipo y cantidad de comida ingerida y el estreñimiento es frecuente. Los cambios asociados a con la edad del gusto y el olfato puede tener factor negativo sobre la nutrición (Tablosky, 2010). También surgen cambios en el hígado, vías biliares y páncreas, interfiriendo en el metabolismo y la buena digestión de los alimentos (Penny y Melgar, 2012).

A consecuencia de los cambios en la estructura y función de los músculos, huesos y articulaciones suelen presentar pérdida de la fuerza y masa muscular y rigidez articular, disminuyendo la confianza y seguridad para realizar sus actividades de la vida diaria. También, los cambios del envejecimiento producen pérdida ósea, dificultad para mantener el equilibrio, reducción de discos vertebrales, atrofia muscular por falta de uso y problema con los pies como juanetes, dedos de martillo y dureza que puede contribuir a los problemas para andar y caídas más aún si está asociado a alguna enfermedad como artritis y osteoporosis (Tablosky, 2010).

En relación a los sentidos, la capacidad de palpar y distinguir textura se atenúa con la edad. También la olfacción y el gusto disminuye. La visión suele deteriorarse, muchos se quejan de la sequedad ocular, presenta deslumbramiento, incapacidad del ojo de adaptarse a los cambios de intensidad de la luz, disminuye la transparencia de los colores y la presbiopía se acentúa. Con menos capacidad de audición, tiene dificultad para captar las conversaciones con mucho ruido y el cerumen se seca y suele obstruir el conducto auditivo externo. En la piel

aumentan el riesgo cáncer de piel, reparación lenta de heridas, mayor riesgo de lesiones y menos capacidad para adaptarse a los cambios de temperatura (Eliopoulos, 2014; Mauk, 2008). Siendo importante las medidas de autocuidado ya que permitirán una mejor vida de relación, y estado psicológico, mayor independencia, evita accidentes, lesiones y enfermedades.

El sueño en la persona adulta mayor sufre cambios en la continuidad, duración y profundidad por el cual generalmente considera su sueño menos satisfactorio. También las enfermedades crónicas, fármacos, situaciones psicológicas y sociales pueden afectar el sueño. Así, mismo se ha encontrado que casi la mitad de este grupo poblacional tiene insomnio (Eliopoulos, 2014). Todos estos eventos afectan su bienestar, trastorna la vida de relación y puede alterar el desempeño de las actividades de la vida diaria. Por lo tanto, el sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor.

La importancia del autocuidado en los adultos mayores es que ayuda a mantener la independencia funcional (biosicosocial), los procesos vitales y el funcionamiento integrado, promueve el crecimiento y el desarrollo normal, previene o regula las enfermedades o invalidez y sus efectos, y mejora la interacción entre las personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud (OPS/OMS, 1993).

En el mismo sentido, Russek (2007), infiere que las personas con alta autoestima se cuidan a sí misma; en cambio si la persona tiene autoestima baja puede que se encuentre predispuesta a padecer diversos problemas de salud, debido a que la autoestima influye en el comportamiento. Al igual que Ochoa (2008), manifiesta que la persona con una autoestima elevada, valora y cuida su salud, sabe que es muy importante para ella y para los que le rodean; por lo tanto, estas personas evitan situaciones perjudiciales que puedan ser de alto riesgo y complicar su bienestar.

Por ello, y sobre todo en la vejez es necesario trabajar la autoestima y mantenerla elevada para que las personas sientan seguridad y confianza al relacionarse con los suyos, al realizar actividades relacionadas con su autocuidado o emprender algún proyecto con independencia y autonomía.

Todos los aportes científicos conducen que se debe promover, conseguir y mantener como un gran objetivo un "Envejecimiento Saludable" concibiendo este como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (OMS, 2017), aspectos fundamentales en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades como condiciones

protectoras de la salud. Sin embargo, son pocos los estudios que abordan el conocimiento del autocuidado ante los propios cambios de la vejez para desarrollar una cultura de cuidado.

Por lo tanto, es un compromiso social para el profesional de enfermería dar respuesta a esta realidad demográfica y de responsabilidad social. Sin embargo, conseguirlo será difícil de alcanzar en la medida que no se conozca en toda su complejidad y totalidad a la persona adulta mayor. Así mismo, considerando el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, en cuyos lineamientos de Política plantea el envejecimiento saludable cuyo objetivo es mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, para lo cual plantea como estrategia de acción contar con información actualizada de investigaciones (MIMP, 2013). Así mismo, en la estrategia y plan de acciones mundiales sobre el envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud entre sus objetivos estratégicos plantea mejorar los sistemas de medición, seguimiento e investigación en materia de envejecimiento saludable, así como fomentar la autonomía de las personas mayores (OMS, 2017), siendo el autocuidado uno de los grandes indicadores para evidenciar esa realidad.

Por lo que la presente investigación tiene el propósito de proporcionar información científica integral sobre el autocuidado sobre los cambios propios de la vejez y su relación con el autoestima de la persona adulta mayor, que sirva como referencial para formular, re-formular, construir, re-construir, y evaluar las políticas, así ejecutar con mayor objetividad y eficiencia programas incorporando el envejecimiento saludable con intervenciones preventivo-promocionales para así aportar en la construcción de una sociedad para todas las edades.

METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación cuantitativo de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, se realizó en el del Hospital Regional docente de Trujillo con los adultos mayores que participaron en el Programa. Se utilizaron 2 instrumentos estandarizados que permitieron obtener de manera sistemática y ordenada la información de las variables: autoestima y prácticas de autocuidado.

La escala de autocuidado para una vejez con bienestar, fue elaborado por Leitón (2005), referida en Leitón y Cols (2005) y modificado en el 2016 por la misma autora, con el sustento teórico de Orem (1983), Leitón y Ordoñez (2003) y los cambios del envejecimiento normal, Papalia y col (2012): Dicho instrumento permitió evaluar la

práctica de autocuidado en la vida diaria. El instrumento consta de 80 ítems, 55 ítems de dimensión biológica y 25 ítems de dimensión psicosocial y espiritual.

Dimensión biológica: Consta de 55 ítems.

Cuidado con los ojos: 6 ítems.

Cuidado con los oídos: 6 ítems.

Cuidado de piel: 6 ítems.

Cuidado con los pies: 6 ítems.

Cuidado con la boca: 6 ítems.

Actividad física: 1 ítems.

Cuidado nutricional: 6 ítems.

Cuidado en el sueño: 6 ítems.

Cuidado con la memoria: 6 ítems.

Cuidado con la eliminación: 6 ítems

Dimensión Psicosocial Y Espiritual: Consta de 25 ítems:

Participación en actividades de ocio: 5 ítems. (56, 57, 58, 59, 63)

Autoestima: 5 ítems. (71, 73, 74, 76, 77)

Estado emocional: 6 ítems. (60, 61, 62, 67, 68, 72)

Adaptación: 5 ítems. (64, 65, 66, 69, 70)

Espiritualidad: 4 ítems. (75, 78, 79, 80)

Para los ítems: 1-6, 8, 11, 12, 13-17, 19-22, 24-40, 42, 44-51, 53, 55-59, 61-67, 69-70, 72, 74-77, 79, 80; fue valorado por la siguiente escala:

Siempre (S): 3 puntos.

A veces (AV): 2 puntos.

Nunca (N): 1 punto.

Para los ítems: 7, 9, 10, 18, 23, 41, 43, 52, 54, 60, 68, 71, 73, 78, fue valorado por la siguiente escala:

Siempre (S): 1 punto.

A veces (AV): 2 puntos.

Nunca (N): 3 puntos.

El máximo puntaje de la escala será de 240 puntos y el mínimo de 80 puntos, siendo la clasificación general:

Nivel de Autocuidado Bueno: 188 - 240 puntos.

Nivel de Autocuidado Regular: 134 - 187 puntos.

Nivel de Autocuidado Deficiente: 80 - 133 puntos.

Como segundo instrumento es autoestima, fue elaborado por Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1998), basándose en la pirámide de autoestima que fue desarrollada por los mismos autores. Este instrumento permite evaluar la variable autoestima en el adulto mayor en sus cinco dimensiones: autorrespeto, autoaceptación, autoevaluación, autoconcepto y autoconocimiento.

La escala tiene cuatro alternativas para cada respuesta con los siguientes puntajes: Siempre = 4, Casi Siempre = 3, En ocasiones = 2 y Nunca = 1. El puntaje máximo de la escala total es de 160 y el mínimo de 40 puntos.

Los parámetros para definir el nivel de autoestima de la persona son:

Nivel de autoestima alto: 121 a 160

Nivel de autoestima medio: 81 a 120

Nivel de autoestima bajo: 40 a 80

El nivel de autoestima en cada dimensión tiene un puntaje máximo de 32 y un mínimo de 8 y se clasificará de la siguiente manera:

Nivel alto: De 24 a 32 puntos

Nivel medio: De 16 a 23 puntos

Nivel bajo: De 8 a 15 puntos

Para determinar la población de estudio según los criterios de inclusión, se usó el cuestionario abreviado de Pfeiffer:

El cuestionario abreviado de Pfeiffer consta de 10 preguntas, y se debe marcar con "1" punto por cada pregunta errada (E), y "0" por cada pregunta totalmente acertada. Se suman el número total de preguntas erradas, y luego realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:

≤ 2 E: No deterioro cognitivo

3 a 4 E: Deterioro Cognitivo leve

5 a 7 E: Deterioro Cognitivo Moderado

8 a 10 E: Deterioro Cognitivo severo

Nota: Las personas con primaria incompleta y analfabeta se restará un punto a la suma total y se procede a la valoración de acuerdo con la valoración respectiva.

El estudio se realizó con previas coordinaciones con los representantes solicitándose el permiso para la ejecución del proyecto que son realizados por las autoras de la investigación. Se procedió a registrar a los adultos mayores participantes en dicho proyecto que participan en el programa en el 2019, luego se hizo la selección correspondiente de acuerdo a los criterios de inclusión. Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y se tuvo en cuenta los principios éticos de investigación, de anonimato, confidencialidad y libre participación mediante una hoja del consentimiento informado así mismo se les menciona su derecho a retirarse en el momento que desean.

El primer instrumento que se aplicó fue el cuestionario abreviado de Pfeiffer, si la persona no tiene deterioro cognitivo, se continuo con los instrumentos del estudio, de lo contrario se agradeció su participación y se explicó porque no formaría parte de la investigación. Luego se aplicó el cuestionario para medir la autoestima y la escala de Práctica de Autocuidado, que requirió de un tiempo promedio de 30 minutos por persona.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1, se muestra la distribución numérica y porcentual de 80 adultos mayores que asisten al "Programa del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo" según el nivel de autoestima, en donde el 72.5 % de los adultos presentan autoestima alta,

mientras que el 27.5 % tienen autoestima intermedia y ninguno tienen autoestima baja.

Tabla 1

Nivel de autoestima del adulto mayor del HRDT.

Nivel de autoestima	Nº	%
Alto	58	72.5
Medio	22	27.5
Bajo	0	0.0
Tota	53	100.0

Nota: HRDT = Hospital Regional Docente de Trujillo.
Fuente: datos obtenidos del cuestionario de autoestima.

Siendo esta, un actor protector para la salud emocional, pues estos resultados probablemente se deban a que estas personas reciben cariño, apoyo de sus familiares, amigos y del programa del adulto mayor. Los adultos mayores tienen la oportunidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades y cumplir una serie de funciones sociales, recreativas tanto en el programa del adulto mayor como en su comunidad. Esto se manifiesta en ellos a través de las diferentes actividades que realizan dentro del programa, tales como bailar, hacer manualidades, hacer ejercicio, como también recibir orientación de la enfermera y psicóloga que pertenecen a este programa, etc. Estas actividades y el apoyo del personal de salud permiten que se sientan útiles, influyendo positivamente en su autoestima.

Respecto a las dimensiones del nivel de autoestima del adulto mayor, según la dimensión de Auto-respeto: el 80.0 % de los adultos mayores tienen auto-respeto alto, esto probablemente se debe a que los adultos mayores hacen las cosas que quieren hacer, manifiestan respeto por sí mismo, creen que son útiles para otras personas y se consideran personas interesantes. Según la dimensión de Auto-aceptación del adulto mayor: el 66.2 % tienen auto-aceptación alta, pues ellos posiblemente se sienten orgullosos de quienes son, se divierten riéndose de sus errores, dicen lo que piensan sin temor a lo que digan los demás y se alegran de ser como son.

Respecto a la dimensión de Autoevaluación: el 72.5 % de los adultos mayores tienen autoevaluación alta, debido a que quizás son capaces de hacer las cosas tan bien como las demás personas, no les afectan los comentarios negativos que le hacen sobre su persona y en general se inclinan que están haciendo bien las cosas. Según la dimensión de Autoconcepto: el 75.5 % de los adultos mayores tienen Autoconcepto alto, porque seguramente son personas hábiles en lo que realizan, hacen que las personas se sientan a gusto, les gusta enfrentar nuevos retos y tienden a caer bien a las personas. Finalmente, en la dimensión de autoconocimiento de la autoestima de los adultos mayores: el 68.8 % tienen autoconocimiento alto, porque naturalmente saben

bien cuáles son sus cualidades principales, tienen sus valores definidos y los aplican en cada aspecto de su vida, tienen metas claras y se esfuerzan por poder lograrlas.

Al respecto Anzola y Morales, (2004) sostienen que los adultos mayores con baja autoestima tienen sentimientos de soledad e inutilidad, inferioridad e inseguridad. Por consiguiente, una percepción pobre de sí mismo (deseando muchas veces la muerte, como la única manera de sentirse mejor), lo que se evidencia en su apariencia personal, observándose en ellos un poco tristes. Asimismo, se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento, volviéndose apático e indiferentes hacia sí mismos y a los demás. Por lo que este grupo podría estar en riesgo de presentar una autoestima baja, debido a que el 27.1 % de la población en estudio tiene autoestima media.

Los resultados son similares a los encontrados en el Hospital de Agudos Carlos G. Durand, donde el 59,0 % de los adultos mayores presentaron autoestima alta, el 29,0 % autoestima media y el 12,0 % presentó autoestima baja (Aguilar, 2018). Con un menor porcentaje, Herrera y Huamán (2009), determinaron en un Asentamiento Humano San José de Moro de Chepén, que el 36,0 % con un bajo nivel de autoestima y el 25,0 % niveles medios de autoestima. Por consiguiente, Rubio y Valderrama (2012), en su estudio en la Noria, Trujillo, un 90,0 % de los adultos mayores tienen un alto nivel de autoestima y el 10,0 % presentan un nivel bajo de autoestima.

Los resultados de la presente investigación son diferentes a los siguientes estudios:

Iparraguirre y Vásquez (2015), en el asilo de San Francisco de Asís, Huamachuco, el 60,0 % presenta una autoestima baja y el 40,0 % un nivel de autoestima alta.

Otro resultado diferente llevado a cabo en en Guadalupe, Pacasmayo, se determinó que el 61,5 % de los adultos mayores presentaron autoestima baja y el 38,5 % tenían autoestima alta.

Tabla 2

Nivel de autocuidado del adulto mayor que asisten al programa del HRDT.

Nivel de autocuidado	Nº	%
Bueno	66	82,5
Regular	14	17,5
Malo	0	0,0
Tota	53	100,0

Nota: HRDT = Hospital Regional Docente de Trujillo.
Fuente: datos obtenidos del cuestionario de autoestima.

En la Tabla 2, se observa la distribución numérica y porcentual de 80 adultos mayores que asisten al "Programa del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo", según el nivel de prácticas de

autocuidado, en donde el 82,5 % de los adultos presentan prácticas de autocuidado bueno, mientras que el 17,5 % tienen prácticas de autocuidado regular y ninguno presenta prácticas de autocuidado deficiente.

Después de analizar los siguientes resultados se puede inferir que la mayoría de los adultos mayores que acuden al programa del adulto mayor del HRDT tienen prácticas de autocuidado bueno (82,5 %), esto quiere decir que quizás conocen y ponen en práctica los cuidados en su aspecto biológico como posiblemente iluminan bien su hogar especialmente por las noches, acuden al oftalmólogo una vez al año, evitan los ruidos fuertes, no se levantan rápidamente de la cama (de estar acostado a ponerse de pie), se dan un baño completo por lo menos tres veces por semana, examinan su piel por lo menos una vez al mes en busca de lesiones, manchas, aparición o cambio en lunares, examinan sus pies todos los días buscando heridas, ampollas, cayos o uñas incrustadas, se cepillan los dientes o dentadura después de cada comida, acuden al odontólogo una vez al año, realizan actividad física por lo menos tres veces por semana, consumen frutas y verduras por lo menos dos veces al día, realizan ejercicios para mejorar su memoria como hacer crucigramas, leer revistas y obras, realizan ejercicios para mejorar su micción y tienen un horario fijo para hacer su deposición; en su aspecto psicosocial se reúnen con amigos vecinos familiares para conversar, aconsejar y transmitir sus habilidades y talentos, mantienen un buen sentido del humor, son solidarios, respetuosos y amorosos se sienten valiosos útiles e importantes a pesar de los cambios que se presentan en la vejez.

Respecto a las dimensiones de prácticas de autocuidado del adulto mayor en su aspecto biológico: según el cuidado con los ojos se observa que el 78,8 % de los adultos mayores tienen prácticas de autocuidado bueno, pues ellos posiblemente utilizan una luz ya sea natural o artificial para realizar sus manualidades o lecturas, visitan al oftalmólogo por lo menos una vez al año y evitan pasar bruscamente de la oscuridad a la luz esperando a que se adapte a los cambios de la luz. En relación al cuidado de los oídos del adulto mayor: el 51,3 % presentan prácticas de autocuidado regular, porque tal vez no evitan los ruidos fuertes, se levantan rápidamente de la cama de estar acostado a ponerse de pie y se automedican cuando se les presenta algún problema en el oído.

Respecto al cuidado de la piel del adulto mayor: el 61,3 % tienen prácticas de autocuidado bueno, debido a que quizás

siempre utilizan crema o aceite de bebé para su piel, se dan un baño completo por lo menos tres veces por semana y examinan su piel por lo menos una vez al mes buscando lesiones, grietas. Según las prácticas de autocuidado de los pies del adulto mayor, se observa que el 71.3 % tienen autocuidado bueno, debido a probablemente examinan sus pies todos los días buscando lesiones, usan zapatos cómodos y cortan y liman sus uñas de sus pies en línea recta. Respecto a las prácticas de autocuidado de la boca del adulto mayor: el 55.0 % presentan autocuidado bueno, porque seguramente se cepillan los dientes o dentadura después de cada comida, visitan al odontólogo por lo menos una vez al año y usan pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes.

En relación a las prácticas de autocuidado en la actividad física del adulto mayor: el 52.5 % presentan autocuidado bueno, pues quizás realizan actividad física por lo menos tres veces de intensidad moderada durante media a una hora al día. Respecto a las prácticas de autocuidado nutricional del adulto mayor: el 77.5 % tienen autocuidado bueno, debido a que tal vez ingieren de uno a dos litros de agua al día, consumen frutas o verduras por lo menos dos veces al día y consumen carne, pescado o aves por lo menos tres veces a la semana. Según las prácticas de autocuidado en el sueño del adulto mayor: el 72.5 % tienen autocuidado bueno debido a que probablemente duermen por lo menos cuatro horas seguidas durante la noche, consumen una dieta liviana por las noches y no toman alcohol, café cerca de la hora de dormir.

En relación a las prácticas de autocuidado de la memoria del adulto mayor: el 61.3 % presentan autocuidado bueno, porque seguramente realizan algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria, tienen un lugar fijo para colocar sus llaves, medicina y dinero, asimismo están al día con las novedades y noticias. Respecto a las prácticas de autocuidado en la eliminación del adulto mayor: el 66.2 % tienen autocuidado bueno, pues ellos tal vez realizan ejercicios para mejorar su micción, mantienen un horario fijo para hacer su deposición y no consumen todos los días como café, Coca-Cola, te, alcohol

o bebidas con edulcorantes artificiales. Según el aspecto psicosocial y espiritual del adulto mayor: el 90.0 % tienen prácticas de autocuidado bueno, porque seguramente se reúnen con amigos, vecinos, familiares para pasar momentos agradables, tienen deseos de seguir viviendo, están satisfechos con su vida y se enfrentan con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.

De acuerdo a los datos de la presente investigación, el mayor porcentaje de la práctica de autocuidado del adulto mayor es el autocuidado bueno (82.5 %), Orem, en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como "la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado es un requisito de cada persona y cuando no se mantiene sobreviene el malestar, la enfermedad o la muerte. El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. Es importante puntualizar que el autocuidado constituye un proceso de desarrollo de aptitudes, habilidades y conocimientos (Orem, 1983).

Los resultados de la presente investigación se fundamentan con los siguientes estudios, Meléndez (2014), se encontró que el 82.0 % tenían un autocuidado bueno y el 18.0 % tenían un autocuidado regular.

Por último, se investigó en el Centro de Salud Salaverry, el 54.3 % de los adultos mayores presentaron autocuidado adecuado y el 45.7 % autocuidado inadecuado (Meléndez, 2014)

En la Tabla 3, se muestra la distribución numérica y porcentual de 80 adultos mayores que asisten al "Programa del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo", según el nivel de autoestima y nivel de autocuidado. El 72.5 % los adultos mayores que tienen prácticas de autocuidado bueno tienen autoestima alta, y el 27.3 % que presentan prácticas de autocuidado bueno tienen autoestima media, así mismo el 71.4 % de los adultos mayores que tienen prácticas de autocuidado regular tienen autoestima alta, finalmente el 28.6 % que tienen prácticas de autocuidado regular tienen autoestima media.

Tabla 3

Nivel de autoestima y prácticas de autocuidado del adulto mayor que asisten al programa del HRDT.

Nivel de autoestima	Nivel de autocuidado				Total	
	Bueno		Regular		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Alto	48	72.7	10	71.4	58	72.5
Medio	18	27.3	4	28.6	22	27.5
Total	66	100.0	14	100.0	80	100.0

X²= 0,010 p=0,922 NS

Nota: HRDT = Hospital Regional Docente de Trujillo. Fuente: datos obtenidos del cuestionario de autoestima.

Al someterse los resultados a la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson se encontró que no existe relación significativa entre las variables estudiadas nivel de autoestima y autocuidado del adulto mayor, dado que la significancia asintótica bilateral es $>$ que 0,05 ($p=0,921$) y el valor de chi-cuadrado es $X^2=0,010$, lo que permite inferir que las prácticas de autocuidado del adulto mayor no necesariamente depende de la autoestima, si bien es cierto la etapa del adulto mayor pasa por diferentes cambios biopsicosociales, las prácticas de autocuidado buena no depende de una autoestima alta, sino hay otros factores como el apoyo familiar, las charlas educativas por los profesionales de la salud, etc.

En la etapa del adulto mayor enfrentan a estereotipos que llevan a pensar que la vejez es una época de soledad y aislamiento. Si bien a medida que la personas van envejeciendo tienen menos contactos sociales, pasan menos tiempo con otros y las dolencias y enfermedades son un obstáculo para salir y relacionarse, sin embargo, muchos conservan sus relaciones que suele ser más íntimo y selectivo (Papaplia et al., 2012).

El resultado y las consecuencias finales de todos los cambios y pérdidas biosicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a los que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, coactándoles la iniciativa, y la posibilidad de controlar y ejercer una vida plena. Por lo que los adultos mayores deben adaptarse y asumir un papel protagónico en esta crisis de desarrollo a fin de alcanzar un envejecimiento saludable y bienestar y el autocuidado se convierte en la mejor alternativa para conseguirlo. Así mismo, el apoyo social a través de la familia, los amigos y los vecinos recobran mucha relevancia, siendo la familia el apoyo más importante. De ahí la importancia de fortalecer la dimensión psicosocial en la vejez para su bienestar.

Se investigó en el Puesto de salud de Víctor Raúl, encontrando estudios similares donde el 59,6 % de los adultos mayores presentaron un nivel de autoestima media con prácticas de autocuidado regular; el 12,8 % muestran un nivel de autoestima medio con buenas prácticas de autocuidado; este mismo porcentaje representa a los adultos mayores con nivel de autoestima bajo que tienen prácticas de autocuidado regular; el 4,3 % de los adultos mayores presentaron autoestima alta con prácticas de autocuidado regular y bueno, y el 2,1 por ciento presentan prácticas de autocuidado deficiente con nivel de autoestima medio y bajo. Donde concluyen que no hay relación estadística significativa entre el nivel de autoestima y prácticas de autocuidado en los adultos

mayores que asisten al puesto de salud Víctor Larco (Solano, 2018).

En la Clínica Nefro Salud – Tumbes, se encontró estudios similares, donde el 68,0 % de adultos mayores presentan una alta autoestima; el 42,0 % presentan un nivel de autocuidado regular y el 26,0 % buena y del 32,0 % de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica que presenta un nivel de autoestima bajo, el 27,0 % tiene un nivel de autocuidado regular y el 5,0 % bueno, se encontró que no existe relación estadística significativa entre el nivel de autoestima y práctica de autocuidado (Olaya, 2015).

Los resultados difieren en la investigación realizado en Clínica de Hemodiálisis de Trujillo, donde se encontró que el 59,3 % presentan regular prácticas de autocuidado con un nivel de autoestima alto; 46,2 % regular prácticas de autocuidado con un nivel de autoestima baja; 40,7 % buenas prácticas de autocuidado con un nivel de autoestima alto y el 30,8 % deficiente práctica de autocuidado con un nivel de autoestima bajo y solo el 23,1 % buenas prácticas de autocuidado con un nivel de autoestima alto. Encontró que existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de autoestima y las prácticas de autocuidado (Becerra, 2016).

También es diferente al estudio de Herrera y Huamán (2009). Se evidenció una relación significativa ($p < 0.05$); entre la variable nivel de autoestima y nivel de práctica de autocuidado; esto quiere decir que al tener un bajo nivel de autoestima 55,0 % presentaron un nivel de práctica de autocuidado malo y a medida que la autoestima es alta solo el 10,0 % presentaron un nivel de práctica de autocuidado malo. Se infiere que el nivel de autoestima se relaciona con el nivel de práctica de autocuidado del adulto mayor.

CONCLUSIONES

El nivel de autoestima que más predominó en los adultos mayores que asisten al "Programa del adulto mayor del HRDT" fue la autoestima alta, seguido de la autoestima media, mientras que ninguno de ellos presentó autoestima baja.

Las prácticas de autocuidado que más predominó en los adultos mayores que asisten al "Programa del adulto mayor del HRDT" fue las prácticas de autocuidado alto, seguido del autocuidado regular; mientras que ninguno de ellos presentó prácticas de autocuidado deficiente.

No existe una relación estadística significativa entre el nivel de autoestima y las prácticas de autocuidado del adulto mayor que asisten al programa del adulto mayor del HRDT. ($p=0,922$; $p>0,05$)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, K. (2018). Valoración de autoestima y del desempeño en las actividades básicas e instrumentarias de la vida diaria en los adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriatría del Hospital de Agudos Carlos G. Durand. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría*; 32(2):89-97. Recuperado de <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2018/08/RAGG-08-2018-89-97.pdf>
- Aguiló, M. (2011). *Mayores, actividad y Trabajo en el proceso de envejecimiento y Jubilación. Una Aproximación Psico-sociológica*. 'Ministerio de Trabajo y asuntos sociales (IMSERSO). Madrid: secretaria general de asuntos Sociales.
- Anzola, P y Morales, M. (2004). "La atención de los ancianos un desafío para los años noventa". Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Becerra, A.E. (2016). "Nivel de autoestima y prácticas de autocuidado del adulto mayor Con enfermedad renal en Hemodiálisis de una Clínica de Trujillo" (Tesis de posgrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8860/2E%20411.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2009). *El envejecimiento y las Personas de Edad. Indicadores Sociodemográficos para América Latina y Caribe*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Liopoulos, C. (2014). *Enfermería Gerontológica*. (8^{va} ED). Londres: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-84-15840-84-8.
- Ellen, K.D., Padilla, K.E. (2015). *Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar*. Centro de salud Salaverry 2015 (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1687/1/RE_ENFER_AUTOCULADULTO.MAYOR-APOYO.FAMILIAR_TESIS.pdf
- Herrera, A y Huamán, C. (2009). *Relación de factores psicosociales: Autoestima, Relaciones interpersonales en el nivel de practica de autocuidado del adulto mayor*. A.A. H.H. José de moro Chépén. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI). (2018). *Censos nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda y III de Poblaciones indígenas*. Perú: Perfil sociodemográfico. Informe Nacional Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil). (2015). *Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Brasil: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Iparaguire, S.P. y Vasquez, J. (2015). *Factores socioculturales y la autoestima del adulto mayor del asilo San Francisco de Asís Huamachuco. Huamachuco - Perú* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7685/TEIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leitón, Z., y Ordoñez, Y. (2003). *Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de la Información para profesores*. Perú: cinco editores.
- Leiton, Z.. (2005). *Práctica de Autocuidado del Adulto mayor relacionado con edad, Género e Independencia Funcional*. Trujillo-Perú: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.
- Martínez, R. J., Suárez, L. A. (2015). *Grado de dependencia funcional y nivel de autoestima del adulto mayor del distrito de Guadalupe- Provincia de Pacasmayo-2015* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7655/1668.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Mauk, K. (2008). *Enfermería Geriátrica*. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana Editores.
- Meléndez, T. (2014). *Autocuidado del adulto mayor para un envejecimiento con bienestar y su relación con independencia funcional y estado cognitivo*, (Tesis de posgrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9212/Tesis%20Maestr%20adaX%20-%20Teresa%20de%20Jes%20bas%20Mel%20a9ndez%20V%20adlchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2013). *Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017-Para un envejecimiento activo*. Lima. Recuperado de <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- MINSAL (2015). *Organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención*. Recuperado de <https://docplayer.es/84442913-Documento-tecnico-organizacion-de-los-circulos-de-adultos-mayores-en-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion.html>
- Olaya, S.A. (2015) "Autoestima y autocuidado del paciente adulto con enfermedad renal crónica de la clínica Nefro Salud Tumbes" (Tesis de posgrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/unitru/8662/2e%20418.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- Orem, D. (1983). *Teoría del Déficit de Autocuidado. Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Harcourt-Brace.
- Organización Mundial de La Salud. (OMS). (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Ginebra: Publicaciones Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1993). *Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica*. Washington: DC: 20037 OPS/OMS
- Papalia, D.; Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12^a ED). México, D.F: McGraw-Hill Education/Interamericana Editores, S.A. de C.V. ISBN: 978-607-15-0933-8.
- Penny, E. y Melgar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. (1^o ED). Bolivia, Grupo Editorial La Hoguera. I.S.B.N.: 978-99954-801-4-1
- Rodríguez, M.; Pellicer, G y Domínguez, M. (1998). *Autoestima: Clave del Éxito Personal*. México: El Manual Moderno. Ediciones Eneida.
- Rubio, A., Valderama, E. (2012). *Nivel de autoestima del adulto mayor y su relación con la percepción del maltrato, hospital de especialidades básicas - la Noria Trujillo 2012* (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/229/1/RUBIO_ANAMELVA_AUTOESTIMA_PERCEPCION_MALTRATO_TESIS_PRIMERA%20PARTE.pdf
- Solano, I.G. (2018). *Autoestima y autocuidado en personas adultas mayores que asisten al puesto de salud Víctor Raúl, 2017* (Tesis de posgrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/unitru/11706/solano%20villanueva%20iris%20giovanna.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- Tablosky, P. (2010). *Enfermería Gerontológica*. (2da. ed.). España: Pearson Educación S.A.