

Percepción de autocuidado y autoestima de los adultos y adultas mayores. Confraternidad “Lupita Nolivos Cevallos”

Ps. Lazara Milagros Velis Aguirre -MSc.
Docente investigadora.
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.
lazara.velis@ug.edu.ec

Ps. Claudia María Ormaza Velásquez.
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.
cmveronica.ormaza.velasquez@gmail.com

Lic. Germania Vargas Aguilar. MSc.
Docente investigadora.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de Guayaquil.
germania.vargasa@ug.edu.ec

Ps. Tatiana Lisbeth Teneda Gomez
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.
tatylist@hotmail.es

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo: Evaluar la percepción de autocuidado y la autoestima en las/os adultos mayores de la Confraternidad “Lupita Nolivos Cevallos” que asisten al Centro de Atención de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra de 50 adultos/as mayores, entre 65 y 90 años de edad. Las técnicas empleadas fueron: la encuesta para identificar datos sociodemográficos; el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) y la Escala de autoestima de Coopersmith para determinar si tenían un nivel de autoestima alto, medio o bajo. **Resultados:** Los/as adultas mayores presentaron una adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, 64% alimentación, 70% medicación, 66%, adicciones 74% y hábitos tóxicos 80%. Se observó que el 76% tenían un alto nivel de autoestima, el 16% tenían un nivel medio de autoestima y el 8% presentaron un nivel bajo de autoestima. **Conclusiones:** La autoestima está asociada a la capacidad del individuo para autocuidarse. No se evidenció déficit de autocuidado inadecuado para ninguna categoría, debido a la interdisciplinariedad del programa de atención que brinda la institución que está dirigido a la promoción de lineamientos para prevenir estados degenerativos en adultos/as mayores y a la concientización de los temas de autocuidado y autoestima para contribuir a un estilo de vida enmarcado en el sentido de responsabilidad hacia su propia persona.

Palabras claves: Capacidad de autocuidado, percepción de autocuidado, adulto mayor, autoestima.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye un reto para la humanidad, vivir hasta edades más avanzadas es un logro, pero no está exento de retos: una de las mayores tensiones se dará en el área de autocuidado. A medida que las humanidades envejecen, aumenta la proporción de individuos con dificultades para el autocuidado, llegando a necesitar de la ayuda y el cuidado de los demás.

En Ecuador también los adultos mayores van en aumento, este proceso heterogéneo fue más evidente en el último decenio. En el censo realizado en el año 2000 eran 876.109 las personas mayores de 65 años, mientras que en 2010 sumaron 1'229.089. Según este último censo, el 61% de la población era adulta y el 31% pertenecía a edades que fluctuaban entre 0 y 18 años. Las cifras demuestran que en los próximos años los adultos mayores representarán el 25% de la población nacional, según resalta el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El proceso de envejecimiento ocasiona limitaciones funcionales, pérdida de autonomía y de independencia, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, las cuales plantean desafíos e inquietudes de trascendental importancia tanto para quienes las viven como para los organismos gubernamentales.

Esto trae como consecuencia un aumento de la demanda de servicios de cuidados en el contexto familiar debido a las necesidades que se presentan por parte del adulto mayor u otros miembros de la misma. Es por esto que, se prevé, un aumento de la solicitud de cuidados junto a un descenso de la oferta, lo que demandará un mejor conocimiento de las redes sociales de apoyo y una mayor presión social para crear respuestas institucionales ante la dependencia.

En el aspecto socio psicológico, el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación. Resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión y relaciones sociales.

La preocupación de en este tema se debe a la relación que mantiene con la calidad de vida de los/as adultos mayores, ya que como (Velázquez et al, 2014) expone esta se ve influida por

“la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que les permite conservar su intervención en su autocuidado” (p.450), al igual que en su vida social y familiar, siendo ineludible la readecuación de su contexto y actividades en base a las capacidades y limitaciones que mantienen actualmente.

En Ecuador existen escasas investigaciones sobre el comportamiento de la percepción de autocuidado y la autoestima entre los adultos mayores. Evaluar salud en el adulto mayor resulta complejo, pues es suponer la consecuencia de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social; el estado de salud del adulto mayor suele ser reflejo de los estilos de vida o hábitos saludables que se han tomado en el transcurso de su ciclo vital.

En la teoría del déficit de autocuidado, Dorothea Orem hace referencia al autocuidado, como el grupo de acciones intencionadas que realiza un individuo para el autocuidado, o sea, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para reconocer los elementos internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado es una conducta que realiza la persona madura para sí misma, en determinados períodos de tiempo, con el objetivo de conservar un funcionamiento vivo y sano, prolongar el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo. (Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014).

El autocuidado es una función reguladora del hombre que los individuos deben, intencionadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones específicas de la vida, y que la persona dirige hacia sí misma o hacia el medio para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad, según la investigadora Orem, la edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener el bienestar, la salud y el desarrollo, todos los seres humanos conservamos requisitos que son básicos y comunes a todos, estos requerimientos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos establecidos del autocuidado. (Marcos Espino MP, Tizón Bouza E)

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Los tres reposan en las siguientes asunciones:

1-Los seres humanos, por naturaleza, tienen necesidades habituales para el aporte de materiales (aire, agua, alimentos) y para producir y conservar condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y sustento de la integridad estructural y, el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.

2- El desarrollo humano, de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere la formación y mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos de desarrollo en cada período del ciclo vital.

3-Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de la integridad estructural, la funcionalidad normal y el bienestar, comportan requerimientos para su prevención y, acciones reguladoras para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos. (Orem, d. 1991)

Autocuidado terapéutico: Es una entidad construida por los individuos. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por las personas, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. (Navarro Peña Y, Castro Salas M, 2010)

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, descifrar los factores que deben ser examinados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. . (Navarro Peña Y, Castro Salas M, 2010)

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes. (Navarro Peña Y, Castro Salas M, 2010)

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida. (Navarro Peña Y, Castro Salas M, 2010).

Un aspecto significativo a considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el adulto/a mayor puede efectuar su propio autocuidado y cuando debe interponerse para que el mismo lo logre, además de brindar un cuerpo teórico para que estos profesionales expongan los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación. (Clarke PN, Allison SE, Martins A, Galvao Moreira D et al)

Un aspecto importante para la tercera edad es la autoestima que se identifica con la confianza y respeto que se debe sentir por sí mismo y refleja el juicio de valor que cada ser humano hace de sí mismo para enfrentarse a los desafíos que presenta su existencia, es la aceptación positiva de su propia identidad y se respalda en el concepto de su valía personal y de su capacidad. Entre los aspectos más importantes de la autoestima se hallan todas aquellas conductas promotoras de salud.

El autoconcepto y la autoestima aparecen como componentes psicológicos fundamentales de la calidad de vida durante la adultez mayor y del bienestar personal. La autoestima ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor, siendo calificada como un componente evaluativo del autoconcepto (Abalde & Pino, 2016).

Es así que, cuando hablamos de autoestima la literatura nos ha probado que existe una estrecha relación con el autoconcepto el cual está compuesto por distintas variables psicosociales entre las cuales destacan el aspecto físico, tal como Bohórquez, Lorenzo, & García (2014) exponen “la cantidad de actividad física influiría en la importancia percibida de factores como las relaciones interpersonales, el autoconcepto o la independencia personal en la felicidad de los mayores de 65 años.” (p.488)

Los problemas de autoestima pueden ocasionar trastornos en la salud de los adultos/as mayores, de allí la importancia de la autoestima para mantener una salud adecuada. La baja autoestima trae como consecuencia diferentes síntomas y enfermedades, que afectan el

bienestar. Las/os adultos mayores con alta autoestima se cuidan a sí mismas, pero si la autoestima es baja puede padecer diversos problemas de salud.

Debido a que la autoestima influye en el comportamiento, existe una relación estrecha entre la autoestima y la salud. Las personas con alta autoestima se cuidan a sí mismos comiendo sanamente, haciendo ejercicio físico y actividades que los hacen tener una adecuada percepción de su estado de salud. (Russek, 2007).

La baja autoestima provoca desórdenes alimenticios, una actitud negativa que los hace ver los retos de la vida como dificultades que no pueden resolver, sufren la predisposición a deprimirse. Además, pueden sufrir de constantes dolores físicos y falta de energía (Branden, 2011).

El máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la causa de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le otorgaba a la aceptación incondicional del usuario. En consecuencia, el concepto de autoestima se aborda desde entonces en la escuela humanista como un derecho propio de toda persona (Arquinigo, 2008).

Cuando una persona tiene una autoestima adecuada, se encuentra bien consigo mismo/a, se acepta tal y como es, realiza las faenas con optimismo, admite sus aciertos y faltas, etc. Por lo que una elevada autoestima, afín a un concepto positivo de sí mismo, fomentará la capacidad de la persona para desplegar sus habilidades y acrecentará el nivel de seguridad personal. La autoestima es significativa porque es la forma de percibirnos y apreciar nuestras vidas (Diez, 2009)

El adulto mayor ve afectada su autoestima dada la incertidumbre que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del conyugue, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otros. (Garay, F.2009)

La presente investigación constituye un resultado parcial del proyecto Fondo Competitivo de Investigación (FCI) denominado “Promoción de autocuidado como lineamiento para prevenir estados degenerativos en el adulto mayor “donde nos propusimos como objetivo general: Evaluar la percepción de autocuidado y la autoestima en los adultos y adultas mayores de la Confraternidad “Lupita Nolivos Cevallos” que asisten al Centro de Atención de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo, trasversal, con una muestra de 50 adulto/as mayores, entre 65 y 90 años de edad. La población de estudio fue el grupo de 50 adulto/as mayores de la confraternidad Lupita Nolivo Cevallos pertenecientes a la comunidad universitaria que asisten semanalmente a la Facultad de Ciencias Médicas/Carrera de Enfermería con la finalidad de prevenir los estados degenerativos propios de la edad, para realizar el monitoreo de su estado de salud.

Operacionalización de variables: Sexo. Según sexo biológico se clasificó en: Masculino y Femenino. Edad. Se consideró la edad en años cumplidos, clasificándose en tres intervalos: De 65 a 74 años; de 75 a 84 años y de 85 años y más.

Capacidad y percepción de autocuidado: Conocimiento y potencialidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. Se clasificó en:

Nivel de autocuidado adecuado: El adulto mayor que conozca y realice habitualmente actividades de autocuidado y cumpla con las demandas de autocuidado terapéutico.

Nivel de autocuidado inadecuado: Se consideró al adulto mayor que no cumpla con los requisitos de autocuidado.

La información se recolectó entre noviembre del 2017 y febrero del 2018.

Instrumentos aplicados:

1- Encuesta para identificar datos sociodemográficos, compuesta de 5 preguntas donde se explora el sexo, edad, escolaridad, estado civil, actividades productivas con o sin remuneración.

2- Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM), cuya autoría corresponde a Israel E. Millán Méndez 2010, es un cuestionario integrado por 8 categorías ordenadas de las letras A a la H, las cuales fueron las siguientes: actividad física, alimentación, eliminación, descanso, sueño, higiene, confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos. Cada categoría está conformada por 4 ítems; el ítem 1 de cada categoría se forma por 2 incisos y los ítems 2, 3 y 4 por 3 incisos, con un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0.

La Norma de Evaluación del Instrumento es el ítem 1 de cada categoría y determina el nivel de independencia o no para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y, por tanto, tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Si hay tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si hay dos o más respuestas intermedias (a veces), se consideran el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

Si hay más de una respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Rangos e Interpretación del Test Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM)

Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.

Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.

Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.

Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.

Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: con déficit de autocuidado total.)

3-Escala de autoestima de Coopersmith. Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima. Tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos y está conformado por 25 proposiciones (ítems), donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa, teniendo la característica de ser auto aplicado. Se califica otorgando un punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente, estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19,20. Cuando el sujeto contesta “no”, en alguno de ellos, se le da 0 en la puntuación de ese ítem. Al final son sumados estos puntajes, obteniéndose una puntuación total. Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

1. Nivel alto de autoestima: Los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje entre 19 y 24 puntos. Los mismos obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan felicidad, eficiencia, confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas.

2. Nivel medio de autoestima: Los sujetos que se clasifican en este nivel son los que puntúan entre 13 y 18 puntos. Los mismos presentan características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro.

3. Nivel bajo de autoestima: Los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos. Obtienen pocos puntos en los ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos anteriormente. En este sentido los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en sí mismos y en sus problemas particulares, temerosos de expresarse en grupos, donde su estado emocional depende de los valores y exigencias externas.

Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada adulto mayor su consentimiento informado por escrito. Se explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación, garantizando la confidencialidad de la información. Se aplicaron los instrumentos en dos sesiones, en una consulta que reunía las condiciones de confort y privacidad.

En la primera sesión se aplicó la encuesta para identificar datos sociodemográficos y el test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM).

En la segunda sesión se aplicó la Escala de autoestima de Coopersmith para determinar si tenían un nivel de autoestima alto, medio o bajo.

Toda la información obtenida quedó bajo la custodia del investigador, con la protección debida. La información fue procesada con el programa Excel. Para el análisis de los datos se confeccionaron tablas de asociación de variables, utilizándose como medidas de resumen los números absolutos y porcentajes, lo que nos permitió una mejor comprensión de los mismos. Se calculó el Chi Cuadrado para medir la asociación entre las variables estudiadas e interpretar la relación de dependencia entre las mismas con un nivel de significación de 0.05 y un 95% de confiabilidad, lo que nos permitió darles salida a los objetivos propuestos y sobre la base de un análisis inductivo y deductivo llegar a conclusiones.

Análisis de resultados:

Con respecto a los datos sociodemográficos de las/os adultos mayores investigados podemos observar:

Tabla 1. Distribución de adultos y adultas mayores según edad.

GRUPO DE EDADES	No.	%
65-74	30	60
75-84	4	8
85 y más	16	32

Total	50	100
--------------	-----------	------------

Elaborado por los Investigadores.

Los resultados obtenidos muestran un predominio de las/os adultos mayores en las edades de 65 a 74 años, representando el 60%.

Tabla 2. Distribución de adultos y adultas mayores según sexo.

SEXO	No.	%
Masculino	16	32
Femenino	34	68
Total	50	100

Elaborado por los Investigadores.

Los resultados obtenidos expresan un predominio de las/os adultos mayores del sexo femenino, representando el 68%.

Tabla 3. Distribución de adultos y adultas mayores según escolaridad.

ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria	2	4
Secundaria	7	14
Bachiller	16	32
Superior	25	50
Total	50	100

Elaborado por los Investigadores.

Los resultados obtenidos expresan un predominio de las/os adultos mayores con estudios superiores, representando el 50%, seguido de los estudios de bachiller con un 32 %.

Tabla 4. Distribución de adultos y adultas mayores según estado civil.

ESTADO CIVIL	No.	%
casado	28	56
soltero	10	20
divorciado	5	10

Viudo	7	14
Total	50	100

Elaborado por los Investigadores.

Se observa un predominio de las/os adultos mayores con estado civil casado, representando el 56%, seguido de los solteros con un 20 %.

Tabla 5. Distribución de adultos y adultas mayores según actividad productiva.

Actividad productiva	No.	%
Sí	13	26
No	37	74

Elaborado por los Investigadores.

Se evidencia un predominio de las/os adultos mayores sin actividad productiva, representando el 74%.

Al analizar la percepción de autocuidado se pudo observar que los/as adultas mayores presentaron una adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, 32(64%) alimentación, 35(70%) medicación, 33(66%) adicciones 37 (74%) y hábitos tóxicos.40 (80%) No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en estas categorías el mayor porcentaje y la calificación más alta.

Se comprobó que la capacidad y percepción de autocuidado de las/os adultos mayores es parcialmente adecuada en las siguientes categorías: eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud, debido a que estas categorías obtuvieron puntaje mayor en la calificación intermedia.

En la relación a la autoestima se observa que, de los 50 adultos/as mayores, investigados 38 (76%) tenían un alto nivel de autoestima; 8 (16%) tenían un nivel medio de autoestima y solo 4 (8%) presentaron un nivel bajo de autoestima.

Se demostró que existe una relación entre la autoestima y la percepción de autocuidado ya que los adultos/as mayores que tenían una adecuada percepción de autocuidado presentaron un nivel alto de autoestima (**p = 0.008**)

Discusión:

En la presente investigación al observar la percepción de autocuidado y la autoestima se evidenció que el 76 % de las/os adultos mayores presentó un alto nivel de autoestima y la percepción de autocuidado en las categorías actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos fue adecuada.

Entre las características de un envejecimiento satisfactorio encontramos la adaptación a los cambios y pérdidas del envejecimiento, asumir con responsabilidad el autocuidado salud-enfermedad, hacer ejercicio regularmente, asumir una dieta sana y natural, tener un estado de ánimo es positivo y mantener una buena autoestima entre otros.

Estos resultados se corroboran con investigaciones realizadas donde se plantea que la autoestima cumple un papel significativo en la vida del ser humano, pues le permite hacer elección y tomar decisiones claves para su futuro, y motiva a la persona para alcanzar sus metas propuestas. Es el soporte del autocuidado, es la medida de su amor a sí mismo, es componente básico para que el individuo alcance la plenitud y la autorrealización, su bienestar físico, emocional, afectivo y mental (Allevato M, Gaviria J, 2008)

Se demostró en la investigación realizada que la capacidad y percepción de autocuidado de los/as adultas mayores fue parcialmente adecuado en las categorías: eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud, esto se corresponde con un estudio realizado en Ecuador por Alvear “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS CUENCA 2014”, con una muestra de 120 pacientes, a quienes les aplicaron mediante una encuesta el instrumento TEST DE CYPAC-AM, donde los resultados más bajos fueron las de control del descanso y sueño y el control de la eliminación, en los que más del 40% de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuado.

Al relacionar la edad con el nivel de autocuidado se constató que en los mayores de 85 años se evidencia un aumento en el déficit parcial y total en comparación con las edades anteriores, observándose que a mayor edad el individuo va perdiendo las capacidades de autocuidado. Esto se corresponde con lo referido por otros autores que plantean que la edad avanzada es un componente condicionante para la pérdida de sus capacidades de autocuidado, por lo que el adulto mayor requiere de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas. (Buil, Daez Espino J)

Los resultados obtenidos no demuestran diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres, es decir, que la mujer, aunque se dedique más que el hombre a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor que su compañero, pues esta actividad no la añade a su proyecto de vida y no la aprecia como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su salud y bienestar. En este sentido los resultados se corresponden con lo descrito por otros autores que condicionan la actividad de autocuidado a factores educativos y culturales. (Quintero M, Landeros Olvera EA et al)

Sin embargo, el sexo masculino a pesar de ser calificado como el género fuerte, predomina como el grupo que menos cuida de su salud, debido a que se dedican más al ámbito laboral y el esfuerzo físico, así que el cuidado a la salud no se considera una actividad incorporada a su estilo de vida, por lo que no la perciben como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su bienestar biopsicosocial. En relación con la escolaridad, se halló que entre mayor nivel de estudios, las capacidades de autocuidado son más altas.

Conclusiones:

Con los resultados obtenidos se concluye: que predominó el grupo etario de 65 a 74 años, del sexo femenino, con estudios superiores, de estado civil casado, sin vínculo productivo.

La percepción de autocuidado fue adecuada en las categorías de actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos fue adecuada y parcialmente adecuada en eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud.

Predominó un alto nivel de autoestima en los/las adultos mayores estudiados.

Se demostró una asociación significativamente estadística entre la adecuada percepción de autocuidado y el alto nivel de autoestima de los/as adultos mayores investigados.

No se evidenció déficit de autocuidado inadecuado para ninguna categoría, debido a la interdisciplinariedad del programa de atención que brinda la institución que está dirigido a la promoción de lineamientos para prevenir estados degenerativos en adultos/as mayores y a la concientización de los temas de autocuidado y autoestima para contribuir a un estilo de vida enmarcado en el sentido de responsabilidad hacia su propia persona.

Referencias Bibliográficas

1. Abalde, N., Pino, R. (2016). Evaluación de la autoeficacia y de la autoestima en el rendimiento deportivo en Judo. Retos. Murcia, España. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3457/345743464022.pdf>
2. Alvear I, R. (2014). Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS. Universidad de Cuenca. Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21683/1/Tesis.pdf>
3. Allevato M, Gaviria J. (2008). Envejecimiento. Revista Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas ; 31: 154. Recuperado de http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
4. Arquínigo, M. (2008). Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006- 2007”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2454/Arquinigo_jg.pdf;jsessionid=97D641492090B7E8877B059FFA98E17D?sequence=1
5. Branden, N. (2011). El poder de la Autoestima. Espasa Libros. Barcelona, España. Recuperado de http://dec.fca.unam.mx/imss/2013/dip_admonestrategica/.
6. Díez, F. (2009). La Autoestima. La Mirada Publicidad. España. Recuperado de <http://www.educagenero.org/Buenos%20Tratos/INFANTIL/>.
7. Figueroa L. M, Gallegos T. R, Morales X. A, Palomé V. G. & Juárez L. A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Querétaro, México. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
8. Garay, F. (2009). Autoestima en el Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos5/autotest/autotest.shtml>
9. Halaweh, H., Willén, C., & Svantesson, U. (2017). Association between physical activity and physical functioning in community-dwelling older adults. *European Journal of Physiotherapy*, 19(1), 40-47. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/21679169.2016.1240831>
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2016). *Mujeres y hombres en ecuador en cifras III*. Recuperado de Serie información estratégica: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

11. Martins A, Galvao M, Matos de Nascimento E, Soares E.(2013). Autocuidado para el tratamiento de úlcera de perna falciforme. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0755.pdf>
12. Navarro P, Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm Glob*. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000200004>
13. Ortiz A. J. & Castro S. M. (2009). Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Universidad de Concepción, Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004
14. Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Matanzas, Cuba. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
15. Russek, S. (2007). Crecimiento y bienestar emocional. Autoestima salud y enfermedad. México. Recuperado de <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima>.
16. Velázquez, L., Ortíz, L., Cervantes, A., Cárdenas, A., García, C., & Sánchez, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 448-456. México. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>