



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
CARDIOLOGÍA Y CARDIOVASCULAR

Trabajo Académico

La práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular del adulto mayor en un
hospital nacional del MINSA, Lima 2025

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Cardiología y Cardiovascular

Presentado por:

Autora: Vasquez Ñahuincopa, Leydy Vanessa

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1332-3711>

Asesora: Dra. Cruz Gonzales, Gloria Esperanza

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-5446>

Lima – Perú

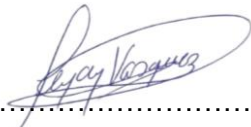
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Leydy Vanessa Vasquez Ñahuincopa
 egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico en Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Cardiología y Cardiovascular**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico " La práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular del adulto mayor en un hospital nacional del MINSA, Lima 2025 " Asesorado por el docente: Dra Gloria Esperanza Cruz Gonzales DNI 08466159 ORCID... https://orcid.org/0000-0003-1937-5446 tiene un índice de similitud de (6) (seis) % con código OID: :14912:569380289 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado
 Leydy Vanessa vasquez Ñahuincopa
 DNI: 46728817



Firma

Gloria Esperanza Cruz Gonzales
 DNI:08466159

Lima, 13 de Marzo de 2026

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen María, por la salud, la claridad y la fortaleza para hacer realidad este sueño. A mis padres y a mis hijas, por su apoyo incondicional que hizo posible culminar esta especialidad.

Agradecimiento

Mi familia, por su paciencia y apoyo durante todo este tiempo estudio. A los docentes de práctica y teoría, por los conocimientos y la guía que me permitieron culminar la especialidad.

Jurados

Presidente: Dra. Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz

Secretario: Mg. Ruby Ines Barreda Paredes

Vocal: Dra. Rodolfo Amado Arévalo Marco

Índice de Contenido

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice de Contenido.....	vii
Resumen	x
Abstract.....	xi
1. EL PROBLEMA.....	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.2.1. Problema general	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	15
1.3.1. Objetivo General.....	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Justificación de la investigación.....	15
1.4.1. Teórica	15
1.4.2. Metodológica	16
1.4.3. Práctica	16
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	17
1.5.1. Temporal.....	17
1.5.2. Espacial.....	17
1.5.3. Unidad de análisis.....	17
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes.....	18

2.1.1.	Antecedentes internacionales	18
2.1.2.	Antecedentes nacionales.....	20
2.2.	Bases Teóricas	23
2.2.1.	Variable 1: Práctica del Autocuidado.....	23
2.2.2.	Teoría de la práctica de autocuidado	23
2.2.3.	Dimensiones del autocuidado.....	25
2.2.4.	Variable 2: Riesgo cardiovascular	26
2.2.5.	Teoría del riesgo cardiovascular	27
2.2.6.	Dimensiones del riesgo cardiovascular	28
2.3.	Formulación de hipótesis.....	29
2.3.1.	Hipótesis general	29
2.3.2.	Hipótesis específicas.....	29
3.	METODOLOGÍA.....	31
3.1.	Método de la investigación.....	31
3.2.	Enfoque de la investigación.....	31
3.3.	Tipo de investigación.....	31
3.4.	Diseño de la investigación.....	31
3.5.	Población y criterios de selección	32
3.6.	Variables y operacionalización	35
3.7.	Procedimientos y Técnicas	38
3.7.1.	Técnica.....	38
3.7.2.	Descripción de instrumentos	38
3.7.3.	Validación	40
3.7.4.	Confiabilidad	40

3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	41
3.9.	Aspectos éticos y de integridad científica	42
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	43
4.1.	Cronograma de actividades	43
4.2.	Recursos y presupuestos.....	44
5.	REFERENCIAS	45
	Anexo 1. Matriz de consistencia	55
	Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos	57
	Anexo 3. Consentimiento Informado	61

Resumen

El propósito de esta investigación es abordar una problemática que afecta al adulto mayor: el riesgo cardiovascular elevado cuando no se sostiene una adecuada práctica de autocuidado. El objetivo principal es determinar la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA, Lima 2025. Se desarrollará un estudio con método hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de nivel correlacional y corte transversal. Se emplearán dos instrumentos: el cuestionario de Prácticas de Autocuidado y la Calculadora de Riesgo Cardiovascular del MINSA. Los datos se sistematizarán en Excel 2021 y se analizarán en SPSS v27.0, obteniendo estadísticas descriptivas y correlaciones según la distribución de los datos, con un nivel de significancia menor a 0,05 y un 95% de confianza. Los resultados se presentarán en tablas y figuras de acuerdo con los objetivos del estudio.

Palabras clave: Práctica del autocuidado; Riesgo cardiovascular; Adulto mayor; Hipertensión arterial.

Abstract

The purpose of this research is to address a problem that affects older adults: the high cardiovascular risk associated with inadequate self-care practices. The main objective is “To determine the relationship between self-care practices and cardiovascular risk in older adults treated at a MINSA national hospital, Lima 2025”. The study will be conducted using a hypothetical-deductive method, with a quantitative approach, non-experimental design, correlational level, and cross-sectional cut. Two instruments will be applied: the Self-Care Practices Questionnaire and the MINSA Cardiovascular Risk Calculator. Data will be systematized in Excel 2021 and analyzed with SPSS v27.0, obtaining descriptive statistics and correlations according to data distribution, with a significance level below 0.05 and a 95% confidence interval. Results will be presented in tables and figures according to the study objectives.

Key words: Self-care practice; Cardiovascular risk; Older adult; Hypertension.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El riesgo cardiovascular en el adulto mayor, originado por prácticas inadecuadas de autocuidado, constituye un preocupante problema de salud en la actualidad, entre cuyos principales factores se encuentra la hipertensión arterial (HTA), una enfermedad crónica caracterizada por una elevación constante de la presión sanguínea, que con el tiempo daña los vasos y compromete órganos como el corazón y el cerebro, aumentando así el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular (1). La OMS estima que más de 1,130 millones de personas viven con HTA; además, se relacionan 7,4 millones de muertes con enfermedad coronaria y 6,7 millones con accidente vascular cerebral (2). Su impacto se explica tanto por la progresión de complicaciones como por su elevada frecuencia en adultos y adultos mayores, incrementando la demanda de consultas, hospitalizaciones y tratamientos continuos que generan carga económica para los sistemas de salud (3).

A pesar de contar con terapias antihipertensivas eficaces, el control de la HTA sigue obstaculizado por la baja adherencia y por la dificultad para mantener conductas de autocuidado (toma regular de la medicación, automonitoreo de la presión, reducción de sal, actividad física y control de peso). Esto convierte a la hipertensión en una prioridad de salud pública en numerosos países, tanto por su alta prevalencia como por las complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales que ocasiona (4). Se estima, además, que alrededor del 50% de los pacientes interrumpe la medicación durante el primer año y que entre 5% y 20% ni siquiera inicia el esquema prescrito pese a la indicación médica, evidenciando brechas críticas en la adherencia y el autocuidado (5).

En varios países de Latinoamérica, aunque mejoró la detección, el seguimiento y la continuidad del cuidado siguen siendo insuficientes. En Bolivia, las investigaciones reportan que una proporción relevante de pacientes no reconoce su propio diagnóstico (6). En Paraguay no se identificaron casos con alta adherencia; predominó el cumplimiento parcial, lo que evidencia dificultades para sostener la toma regular de fármacos y otras prácticas de autocuidado (7). En Brasil, solo el 46,8% alcanzó adherencia alta y cerca de un tercio no siguió correctamente sus medicaciones, con el consiguiente aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares; dichos patrones señalan la necesidad de fortalecer el autocuidado (educación, automonitoreo, simplificación de esquemas y apoyo familiar) para mejorar la persistencia terapéutica y el control tensional (8).

A nivel nacional, la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo también configura un problema de salud pública por su vínculo directo con el aumento del riesgo cardiovascular. En Huancayo se reportó que el 53% de los pacientes presenta riesgo cardiovascular moderado; el grupo de 70 a 74 años concentra el mayor porcentaje de riesgo (11%) y la diabetes mellitus afecta a cerca del 30% de los casos (9). En Lima, el 75% refirió haber olvidado tomar la medicación, el 71% suspendía el tratamiento al sentirse mejor y el 68% era descuidado con los horarios de administración; como resultado, el 63% presentó una condición clínica complicada; datos que evidencian brechas en autocuidado (toma regular de fármacos, control domiciliario de la presión y hábitos saludables) que demandan intervenciones educativas y de apoyo para mejorar la persistencia terapéutica y el control tensional (10).

En el ámbito local, en un hospital nacional de Lima, se viene observando que muchos pacientes hipertensos no cumplen de manera sostenida el tratamiento farmacológico

indicado, situación que afecta el control de su salud. Además, varios no siguen con precisión las indicaciones sobre frecuencia, horario y dosis, y presentan fallas en el autocuidado (olvidos de tomas, automonitoreo irregular de la presión, consumo de sal sin control). Los registros del establecimiento muestran interrupciones y reprogramaciones por adherencia insuficiente. Con base en ello, esta investigación analizará la adherencia al tratamiento antihipertensivo y las prácticas de autocuidado en pacientes con HTA, considerando el entorno clínico, el esquema terapéutico, las características del profesional de salud y las condiciones propias del paciente. En ese sentido, se plantea el siguiente problema de investigación:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?·

1.2.2. Problemas específicos

PE1 :¿Cuál es la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos universales y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?·

PE2: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desarrollo y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?·

PE3: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desviación de la salud y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?·

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

«Determinar la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA».

1.3.2. Objetivos específicos

OE1: «Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos universales y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA».

OE2: «Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desarrollo y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA».

OE3: «Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desviación de la salud y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA».

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Este estudio se sustenta en la “Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem”, que entiende el autocuidado como conductas aprendidas para preservar la vida, la salud y el bienestar. En el adulto mayor, estas prácticas se organizan en requisitos universales (alimentación, hidratación, sueño, actividad física y ausencia de tabaco/alcohol), de desarrollo (adaptación al envejecimiento y uso de apoyos) y de desviación de la salud (adherencia terapéutica y seguimiento clínico). El déficit de autocuidado incrementa la

vulnerabilidad y se asocia con mayor riesgo cardiovascular; por ello, operacionalizar la teoría de Orem permite vincular estas prácticas con indicadores de riesgo y evidenciar cómo influyen en la presión arterial, el control metabólico y la adherencia.

1.4.2. Metodológica

Metodológicamente, el estudio se desarrollará bajo el método hipotético-deductivo, con enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. Para la recolección de datos se utilizarán como instrumentos el Cuestionario de Prácticas de Autocuidado y la Calculadora de Riesgo Cardiovascular del MINSA, ambos adecuados para medir las variables del estudio. Esta estructura metodológica permitirá obtener información objetiva y organizada, facilitando el análisis de la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en el adulto mayor.

1.4.3. Práctica

En el aspecto práctico, esta investigación es importante porque permitirá comprender cómo la práctica del autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en el adulto mayor, lo que contribuirá a mejorar la atención de enfermería en este grupo etario. Su aplicabilidad se reflejará en el beneficio para el personal de enfermería, los adultos mayores atendidos en el hospital y la institución de salud, ya que los hallazgos podrán orientar acciones de educación, seguimiento y promoción de estilos de vida saludables. Asimismo, se espera obtener información útil y concreta sobre el comportamiento de ambas variables, la cual servirá de base para fortalecer estrategias de prevención y control del riesgo cardiovascular en el contexto hospitalario.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

·El estudio se desarrollará de mayo a octubre de 2025·; la recolección de datos se realizará en septiembre de 2025.

1.5.2. Espacial

·Se llevará a cabo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue·, ubicado en el distrito de El Agustino, provincia y departamento de Lima.

1.5.3. Unidad de análisis

·La población estará conformada por adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en el distrito de El Agustino, provincia y departamento de Lima·.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Posada et al. (11), en México, en el 2025, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y el riesgo cardiovascular en personas adultas mayores atendidas en el primer nivel de atención médica”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional, aplicado a una muestra de 382 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 45% presentó riesgo cardiovascular, mientras que solo el 47% refirió realizar prácticas de autocuidado en su alimentación y control del peso. La prueba de chi cuadrado halló una relación directa y significativa ($p=0.02$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular del adulto mayor, concluyendo que el fortalecimiento de las conductas de autocuidado contribuye a disminuir los factores de riesgo cardiovascular.

Zaldívar et al. (12), en Cuba, en el 2025, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y el riesgo de hipertensión arterial en pacientes con predisposición atendidos en el Policlínico Docente 30 de Noviembre”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional, aplicado a una muestra de 60 adultos mayores hipertensos. Los resultados mostraron que el 60% presentó riesgo elevado de hipertensión arterial y el 40% mantuvo un autocuidado deficiente, reflejado en hábitos alimentarios inadecuados, bajo cumplimiento del tratamiento y escasa actividad física. La prueba de chi cuadrado halló una relación directa y significativa ($p=0.02$) entre el autocuidado y el riesgo de hipertensión arterial, concluyéndose que el fortalecimiento de las prácticas de autocuidado contribuye a disminuir la probabilidad de complicaciones cardiovasculares en los adultos mayores.

Molano (13), en Colombia, en el 2022, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre la capacidad de autocuidado y el riesgo cardiovascular en personas mayores con insuficiencia cardíaca atendidas en una institución de cuarto nivel en Bogotá”. -El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional-, aplicado a una muestra de 107 personas mayores con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Los resultados mostraron que el 64% de los participantes presentó una alta capacidad de autocuidado y que el 36% evidenció riesgo cardiovascular asociado a su condición clínica. La prueba de Rho Spearman halló una relación directa y significativa ($p=0.002$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular, concluyéndose que el fortalecimiento de la capacidad de autocuidado influye favorablemente en la reducción del riesgo cardiovascular.

Seid (14), en Canadá, en el 2023, tuvo como objetivo “Determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y la presencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de adultos mayores”. -El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional-, aplicado a una muestra de 300 adultos mayores de 65 años o más. Los hallazgos mostraron que el 62% de los pacientes presentaron bajo nivel de autocuidado y el 58% tuvieron riesgo cardiovascular moderado a alto, relacionado con la inadecuada adherencia al tratamiento y los estilos de vida poco saludables. La prueba de Rho Spearman halló una relación directa y significativa ($p=0.002$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular, concluyéndose que el fortalecimiento de las prácticas de autocuidado reduce significativamente las complicaciones cardiovasculares.

Inlago (15), en Ecuador, en el 2022, tuvo como objetivo “Determinar la relación entre el autocuidado y el riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital General Marco Vinicio Iza”. -El estudio fue de

enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional, aplicado a una muestra de 119 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. Se aplicaron dos cuestionarios validados sobre riesgo cardiovascular y capacidad de autocuidado. Cuyos hallazgos mostraron que el 60% de los participantes presentó riesgo cardiovascular alto y el 40% evidenció deficiente práctica de autocuidado, reflejada en la falta de adherencia al tratamiento y hábitos poco saludables. La prueba de chi cuadrado halló una relación directa y significativa ($p=0.02$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular del adulto mayor, concluyéndose que fortalecer las prácticas de autocuidado permite reducir las complicaciones cardiovasculares.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Paucar (16), en Cusco, en el 2023, cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre el autocuidado y las complicaciones por hipertensión arterial en adultos mayores hospitalizados en el Hospital Regional de Cusco”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional, aplicado a una muestra de 98 ancianos hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial. Los resultados mostraron que el 91% de los usuarios presentó autocuidado inadecuado y desarrolló complicaciones hipertensivas, mientras que el 9.2% manifestó autocuidado adecuado y no presentó complicaciones. La prueba exacta de Fisher halló una relación directa y significativa ($p<0.001$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular, concluyéndose que las prácticas adecuadas de autocuidado en la alimentación, la actividad física y el manejo del estrés reducen significativamente la aparición de complicaciones cardiovasculares en los adultos mayores hospitalizados.

Salazar (17), en Lima, en el 2022, tuvo como objetivo “Determinar cómo el autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en un hospital de Lima”. Este estudio, tuvo un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal. Consideró un tamaño muestral de 189 pacientes de servicios de especialidades médicas; mediante encuestas que incluyen la escala de Valoración ASA y la escala de Framingham. Obtuvieron que el 75% de ancianos mantienen un autocuidado moderado y sólo del 7% su autocuidado es alto; mostrando un riesgo cardiovascular del 84%, la prueba de correlación de Spearman halló una relación directa de 0,001 entre la presencia del riesgo cardiovascular y la capacidad de autocuidado en adultos mayores.

Salas (18), en Lima, en el 2021 tuvo como objetivo “Determinar la relación que entre las prácticas de autocuidado y el riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina General del Hospital de Emergencias Grau”. Este estudio, tuvo un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal; aplicado a una muestra de 118 pacientes adultos mayores; mediante un cuestionario validado por expertos. Los resultados mostraron que el 58% de los pacientes presentó riesgo cardiovascular y que la mayoría evidenció un autocuidado inadecuado, reflejado en la falta de control dietético y baja adherencia al tratamiento. Se halló una relación directa y significativa ($p=0.001$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular, concluyéndose que las prácticas de autocuidado contribuyen directamente en la aparición del riesgo cardiovascular en los adultos mayores.

Santa Cruz (19), en Lambayeque, el 2021, tuvo como objetivo “Determinar la relación entre el autocuidado y las complicaciones cardiovasculares en los pacientes adultos mayores hipertensos”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional, desarrollado en una muestra de 66 adultos mayores, utilizó un cuestionario; los resultados fueron que el 56% presentaba riesgo cardiovascular y el 71% presenta bajo autocuidado. Se halló una relación directa y significativa ($p=0.019$; $r=0.795$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular, concluyéndose que un mayor autocuidado, disminuye la probabilidad de complicaciones cardiovasculares.

Avalos, et al, (20) en Trujillo, en el 2021, tuvo como objetivo “Determinar el nivel de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Buen Pastor”. El estudio fue una investigación cuantitativa, no experimental, de corte transversal con un diseño descriptivo-correlacional. En una muestra de 75 adultos mayores hipertensos, a quienes se les aplicaron dos cuestionarios validados. Los resultados mostraron que el 79% de los participantes presentó un nivel regular de autocuidado y solo el 21% alcanzó un nivel bueno; con un 47% de riesgo cardiovascular. Se halló una relación directa y significativa ($p=0.003$) entre el autocuidado y el riesgo cardiovascular, concluyéndose que fortalecer las prácticas de autocuidado contribuye a reducir las complicaciones cardiovasculares en los adultos mayores.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Variable 1: Práctica del Autocuidado

Se entiende como el conjunto de acciones que la persona realiza de manera consciente y sostenida para conservar su vida, su salud y su bienestar: organizar su medicación, alimentarse de forma adecuada, mantenerse activa según su condición, dormir lo necesario, evitar hábitos nocivos, reconocer signos de alarma y acudir oportunamente a control. Implica compromiso, responsabilidad y toma de decisiones informadas. Cuando la capacidad de autocuidado aumenta, la persona logra mayor sentido de control sobre su estado de salud, mejora su autoestima y se favorece la adherencia a las indicaciones terapéuticas (21).

2.2.2. Teoría de la práctica de autocuidado

2.2.2.1. Teoría Dorothea Orem – Teoría del Autocuidado

Esta teoría sostiene que la enfermería actúa cuando hay déficit de autocuidado, es decir, cuando la capacidad de la persona no basta para cubrir sus necesidades de salud. En esos casos, el profesional interviene con sistemas de ayuda según el nivel de necesidad: totalmente compensatorio (la enfermería realiza el cuidado), parcialmente compensatorio (comparte acciones con la persona) y apoyo-educación (enseña, guía y refuerza habilidades). El propósito es restaurar y fortalecer la autonomía del paciente para que pueda realizar su autocuidado de forma segura y sostenida (22).

El autocuidado es una actividad aprendida y con propósito, que la persona aplica en su vida diaria para manejar factores que afectan su desarrollo y funcionamiento. Su meta es mejorar la vida, la salud y el bienestar. En el marco de Orem, estas acciones se organizan en tres requisitos (universales, de desarrollo y de desviación de la salud) y dependen de la agencia de autocuidado, es decir, la capacidad de cada individuo para iniciar y sostener esas prácticas.

Cuando esta capacidad se fortalece, mejoran el control de la propia salud, la adherencia y la autoestima, con un rol activo del paciente en su proceso terapéutico (23).

Cuidado personal

El cuidado personal es el conjunto de acciones conscientes y sostenidas que la persona realiza para preservar su vida, su salud y su bienestar; desde la teoría de Orem, enfermería identifica cuándo esa capacidad es insuficiente y aporta sistemas de ayuda (apoyo-educación, parcial o total) para enseñar, apoyar o suplir temporalmente el cuidado, con el propósito de fortalecer capacidades, promover autonomía y alcanzar resultados seguros en salud (24).

Evolución Histórica de la Variable

La idea de autocuidado se remonta a la medicina y la filosofía antiguas, pero su formalización ocurre en el siglo XX. El punto de inflexión llega con Dorothea Orem, quien a inicios de los años setenta desarrolla la Teoría del Autocuidado y convierte el autocuidado en un constructo medible y operativo para la práctica de enfermería. Con ello, pasa de ser un acto personal a un eje de intervención profesional, articulado en nociones como agencia de autocuidado, requisitos y sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo-educación), que orientan la valoración, la educación y el acompañamiento clínico (25).

Implicancias o Consecuencias

La práctica del autocuidado impacta de forma directa en la autonomía y la salud: cuando la persona cuenta con habilidades y conocimiento para cuidarse, mejora su bienestar, adhesión terapéutica y control de indicadores (p. ej., presión arterial, glucemia, peso), y disminuye el uso evitable de servicios. En cambio, el déficit de autocuidado limita la gestión de la propia salud, aumenta la dependencia y el riesgo de complicaciones, reingresos y costos. De ahí el rol clave de enfermería en identificar necesidades, enseñar y reforzar conductas de cuidado, con intervenciones ajustadas al contexto del paciente para prevenir desenlaces adversos y sostener resultados seguros en salud (26).

2.2.3. Dimensiones del autocuidado

Dimensión 1: Requisitos de autocuidado universal

En esta dimensión, el autocuidado se entiende como necesidades básicas presentes en todas las personas, sin importar su estado de salud o etapa de vida. Incluye acciones cotidianas como respirar aire limpio, hidratarse y alimentarse adecuadamente, eliminar desechos, y mantener un balance entre actividad y descanso. Este enfoque sirve a enfermería como marco para valorar la capacidad de autocuidado, reconocer déficits y planificar intervenciones integrales que respondan a lo que la persona requiere para sostener su bienestar (27).

Dimensión 2: Requisitos del autocuidado del desarrollo

Esta dimensión reúne las acciones que ayudan a la persona a adaptarse a los cambios propios de cada etapa de vida. No se centran en la enfermedad, sino en transiciones como asumir nuevos roles sociales, aceptar cambios corporales, reorganizar rutinas, afrontar eventos vitales y fortalecer habilidades para seguir creciendo. Desde el enfoque de Orem, estas

necesidades son tan relevantes para el bienestar como las universales, porque sostienen la autonomía y preparan a la persona para responder mejor a los retos del día a día (28).

Dimensión 3: Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Reúne las acciones que la persona realiza cuando cursa una enfermedad, lesión o condición médica. Se orienta a gestionar la propia condición: seguir el plan terapéutico, vigilar signos y efectos secundarios, ajustar rutinas, acudir a controles y cumplir indicaciones de rehabilitación. Su finalidad es estabilizar, recuperar y prevenir complicaciones, manteniendo la mejor calidad de vida posible (29).

2.2.4. Variable 2: Riesgo cardiovascular

Se refiere a la probabilidad de que una persona experimente un evento cardiovascular grave, como un infarto de miocardio o un ACV, durante un periodo determinado (generalmente de 10 años). Este riesgo está determinado por factores como la edad, el sexo, la presión arterial, los niveles de colesterol, el consumo de tabaco y el estilo de vida, entre otros (30).

Estos factores actúan en el individuo, la familia y la comunidad y suelen interrelacionarse, potenciando su efecto. Un solo factor puede generar múltiples problemas (alcoholismo, accidentes, conflictos legales y familiares) y, a la vez, un problema puede tener varias causas (cardiopatía isquémica asociada a obesidad, sedentarismo, tabaquismo e hiperlipidemia). También influyen determinantes como pobreza, escolaridad y nutrición, que se reflejan desde el bajo peso al nacer hasta la vida adulta; por ello, el abordaje debe ser integral y multicomponente (31).

2.2.5. Teoría del riesgo cardiovascular

2.2.5.1. Teoría de Dorothy Jhonson

Este modelo concibe a la persona como un sistema conductual compuesto por subsistemas interrelacionados, con base en la psicología, la sociología y la etología. Desde la Teoría de Sistemas, la enfermería entiende al individuo como un conjunto de partes interdependientes que funcionan de manera integrada. Cada subsistema posee requisitos estructurales (metas, valores, predisposiciones) y funcionales (protección, nutrición, regulación) que favorecen el desarrollo y evitan el estancamiento (32).

En la práctica, el rol de enfermería es valorar estos subsistemas, identificar desequilibrios y intervenir para restaurar la estabilidad conductual con planes de cuidado centrados en la persona. Esto permite orientar educación, apoyo y seguimiento de forma coherente con las necesidades reales del paciente, fortaleciendo su autocuidado y sus resultados en salud (33).

Evolución Histórica de la Variable

Históricamente, las enfermedades cardiovasculares han ocupado los primeros lugares de mortalidad, pero desde los años 80 su peso relativo tiende a disminuir en muchos contextos. Esta caída ocurre pese al aumento de factores de riesgo modificables (obesidad, hipertensión, diabetes), y se explica por una mejor supervivencia tras los eventos agudos, el mejor conocimiento y control de los riesgos, y la reducción del tabaquismo y su mortalidad atribuible. En síntesis, la evolución ha pasado de alta letalidad y bajo control a un escenario con más prevención secundaria y primaria, aunque persiste el reto de contener la creciente carga de factores de riesgo (34).

Implicancias o Consecuencias

El RCV se entiende como la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular o morir por ella a partir de un conjunto de características biológicas, hábitos y condiciones de vida. No implica certeza: una persona puede tener RCV elevado y no enfermar, o mostrar RCV bajo y, aun así, presentar un evento. Por ello, se valora el riesgo global y no factores aislados, como base para decidir medidas preventivas y terapéuticas proporcionales (35).

2.2.6. Dimensiones del riesgo cardiovascular

Dimensión 1: Dimensión demográfica

Comprende las características personales y sociales del adulto mayor atendido con HTA. La edad es determinante: el riesgo de complicaciones cardiovasculares se incrementa con el envejecimiento y suele hacerse más evidente desde la mediana edad. El sexo también modula el patrón de riesgo (mayor precocidad en varones y aumento posmenopausia en mujeres). Los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular elevan la predisposición genética. Además, factores del entorno (como apoyo familiar y nivel educativo) condicionan la capacidad de autocuidado (adherencia, controles, hábitos), por lo que esta dimensión orienta la estratificación del riesgo y la planificación educativa (36).

Dimensión 2: Dimensión Clínica

Reúne condiciones de salud clave en pacientes con HTA: la presión arterial (con énfasis en la sistólica) para estimar riesgo cardiovascular; el tabaquismo, que daña el endotelio y eleva la probabilidad de infarto e ictus; la diabetes mellitus, que impacta metabolismo y vasos; y la dislipidemia, donde el LDL elevado favorece la aterosclerosis. Estas variables se ven influidas por las prácticas de autocuidado (toma regular de medicación, alimentación

cardioprotectora, actividad física, control de peso) y, a su vez, determinan metas y ajustes del plan terapéutico (37).

Dimensión 3: Dimensión Laboratorial

Aporta marcadores objetivos para precisar el riesgo global: colesterol total (idealmente con fracciones LDL/HDL), triglicéridos y glucosa en sangre. Estos parámetros permiten identificar descontrol metabólico y perfilar el riesgo en el adulto mayor con HTA; además, sirven como retroalimentación para fortalecer el autocuidado (adhesión farmacológica, cambios dietarios, seguimiento de metas) y guiar decisiones clínicas y educativas dentro del servicio (38).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.

2.3.2. Hipótesis específicas

HEi.1: Existe una relación estadísticamente significativa entre los requisitos de autocuidado universal y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.

HEi.2: «Existe una relación estadísticamente significativa entre los requisitos de autocuidado del desarrollo y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA».

HEi.3: «Existe una relación estadísticamente significativa entre los requisitos de autocuidado de desviación de la Salud y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA».

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio se enmarca en el método deductivo, partiendo de marcos teóricos sobre práctica del autocuidado y riesgo cardiovascular para generar conocimiento aplicable. Este método permite obtener datos de campo y sostener una interpretación sistemática de la relación entre las variables de estudio (39).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque será cuantitativo, pues se analizará, mediante datos numéricos y procedimientos estadísticos, la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular. Este enfoque objetiva la información recogida con instrumentos estructurados, favoreciendo la medición precisa y comparable de ambas variables (40).

3.3. Tipo de investigación

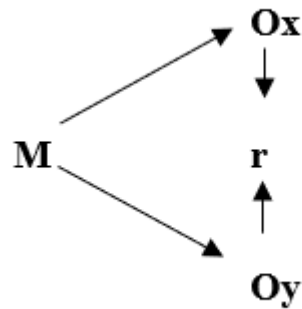
La investigación es de **tipo aplicada**, ya que responde a una problemática clínica concreta: la vinculación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital del MINSA. Es decir, busca utilizar conocimientos teóricos y técnicos disponibles para orientar acciones prácticas que mejoren el bienestar y el pronóstico de esta población (41).

3.4. Diseño de la investigación

Se empleará un diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal. Es **no experimental** porque no se manipularán variables y se registrarán tal como ocurren en la práctica clínica. El alcance de investigación será descriptivo, porque pretende caracterizar los niveles de autocuidado y riesgo cardiovascular; y a la vez será **correlacional**, porque analizará el grado de relación/asociación entre variables. Será **transversal** porque la

recolección se realizará en un único momento del tiempo, ofreciendo información instantánea del fenómeno en el periodo definido. Este diseño organiza la recolección y el análisis para abordar con coherencia el problema planteado (42).

El diseño es:



Dónde:

M = Muestras.

Ox = factores de riesgo cardiovasculares

Oy = Práctica del autocuidado

R = Relaciones de las variables

3.5. Población y criterios de selección

En este estudio, la población estará conformada por adultos mayores con diagnóstico médico de hipertensión arterial atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). Según la Oficina de Estadística, el registro HIS reporta un promedio anual de 5,760 adultos mayores atendidos con este diagnóstico; este valor se utilizará como marco poblacional para el estudio. La población se entiende como el conjunto de personas que comparten características vinculadas con el fenómeno de interés (43).

Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se empleará la fórmula estadística para poblaciones finitas, con el fin de asegurar la representatividad de la población. La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 N (p)(q)}{e^2(N - 1) + Z^2 (p)(q)}$$

Donde:

Población $N = 5,760$ adultos mayores

Nivel de confianza $Z^2 = 95\%$ (1.96)

Proporción a favor $p = 0.5$

Proporción en contra $q = 0.5$

Margen de error $e = 0.05$

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 5760 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (5760 - 1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{18.439.680}{360.1992} = 360.1992$$

$$n = 360$$

Por lo tanto, la muestra queda establecida con 360 adultos mayores que reúnan los criterios requeridos para el estudio.

Muestreo

El muestreo será probabilístico, de manera que todos los integrantes de la población tengan la misma posibilidad de ser seleccionados. La elección de los participantes se realizará al azar, aplicando de forma uniforme los criterios de inclusión y exclusión establecidos (44).

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adulto mayor 60–75 años.
- HTA diagnosticada en historia clínica.
- Atendido en cardiología/cardiovascular durante el periodo de estudio.
- Capaz de responder los instrumentos.
- Consentimiento informado firmado.
- Datos mínimos para RCV: PA reciente y (cuando aplique) lípidos/glucosa.

Criterios de Exclusión.

- <60 o >75 años.
- Sin diagnóstico de HTA.
- No atendido en el servicio/periodo definidos.
- Deterioro cognitivo moderado-severo o déficit sensorial no compensado.
- Descompensación aguda al momento de la evaluación.
- Negativa a participar.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Práctica del Autocuidado

Dimensiones de la variable Práctica del Autocuidado:

- **Dimensión 1:** -Requisitos de autocuidado universal-.
- **Dimensión 2:** -Requisitos de autocuidado del desarrollo-.
- **Dimensión 3:** -Requisitos de autocuidado de desviación de la salud-

Variable 2: Riesgo cardiovascular

Dimensiones del Riesgo cardiovascular:

- **Dimensión 1:** Demográfica.
- **Dimensión 2:** Clínica.
- **Dimensión 3:** Laboratorial.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Práctica del Autocuidado	El autocuidado se entiende como el conjunto de acciones que la persona realiza de manera consciente y sostenida para conservar su vida, su salud y su bienestar: organizar su medicación, alimentarse de forma adecuada, mantenerse activa según su condición, dormir lo necesario, evitar hábitos nocivos, reconocer signos de alarma y acudir oportunamente a control (21).	Las prácticas de autocuidado se medirán con un instrumento de 23 ítems distribuidos en tres dimensiones: requisitos universales, del desarrollo y de desviación de la salud. La escala de medición es ordinal, tipo Likert de 3 puntos: Siempre (2), A veces (1), Nunca (0). Se obtendrá puntaje total y por dimensión; a mayor puntaje, mejor práctica de autocuidado.	Requisitos universales	Alimentación saludable Hidratación adecuada Actividad física Control del peso corporal Consumo responsable	Ordinal	Nivel de Autocuidado: Eficiente: 32 – 46 puntos Regular 16 – 31 puntos Deficiente 0 – 15 puntos
			Requisitos del desarrollo	Orientación sobre cambios del adulto mayor Apoyo familiar Comunicación con el profesional de salud Integración social Autoestima y bienestar emocional Toma de decisiones Relaciones interpersonales		
			Requisitos de desviación de la salud	Búsqueda de información sobre su enfermedad Adherencia al tratamiento Recursos para el tratamiento Control de signos vitales Disposición al cambio		

Riesgo Cardiovascular	Se refiere a la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad cardiovascular, como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Este riesgo aumenta significativamente cuando coexisten varios factores de riesgo, como hipertensión, dislipemia, obesidad y diabetes (45).	El riesgo cardiovascular de los adultos mayores será medido mediante la calculadora de riesgo cardiovascular de la OMS, la cual utiliza seis indicadores clínicos: edad, sexo, presión arterial sistólica, consumo de tabaco, antecedentes de diabetes y colesterol total en sangre. Con los datos ingresados, se generará automáticamente el nivel de riesgo, clasificado en cinco categorías: bajo (<5%), moderado (5% a <10%), alto (10% a <20%), muy alto (20% a <30%) y crítico ($\geq 30\%$).de un determinado plazo de tiempo.	Demográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Peso/talla • Antecedentes familiares 	Ordinal	Riesgo bajo: <5%
			Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial • Consumo de cigarro • Diagnóstico clínicos 		Riesgo moderado: 5% a <10%
			Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Triglicéridos • Glucosa en sangre 		Riesgo alto: 10% a <20%
						Riesgo muy alto: 20% a <30%
						Riesgo crítico $\geq 30\%$

3.7. Procedimientos y Técnicas

3.7.1. Técnica

Se empleará la encuesta, por ser un método adecuado para obtener información directa, sistemática y comparable de adultos mayores sobre su práctica del autocuidado y antecedentes para el riesgo cardiovascular. Esta técnica estandariza la recolección de datos, favorece la comparabilidad entre participantes y facilita el análisis estadístico, al aplicarse bajo procedimientos uniformes (46).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1: Práctica del Autocuidado

Es el “Cuestionario de Prácticas de Autocuidado”, basado en la versión de Ávalos y Marreros (20). Evalúa la práctica de autocuidado en adultos mayores mediante 23 ítems distribuidos en tres dimensiones de Orem: Requisitos de autocuidado universal (ítems 1–7: medición de PA, alimentación, actividad física), Requisitos del desarrollo (8–17: apoyo familiar/grupos, control médico regular, sueño y descanso) y Requisitos desviación salud (18–23: orientación de enfermedad, adherencia/automonitoreo, prácticas de calidad de vida). Las respuestas se registran en escala Likert de 3 puntos: Siempre (2), A veces (1), Nunca (0); a mayor puntaje, mejor práctica de autocuidado. Aplicación individual, anónima y confidencial; tiempo estimado 10–12 minutos.

- Puntuación total: 0–46 puntos. Categorización (según operacionalización):
- Autocuidado eficaz: 32–46 .pts.
- Autocuidado regular: 16–31 .pts.
- Autocuidado ineficaz: <15 .pts.

Instrumento 2: Calculadora de Riesgo Cardiovascular HEARTS

Para evaluar el riesgo cardiovascular, se utilizará la Calculadora de Riesgo Cardiovascular HEARTS en las Américas de la OPS/OMS (47). Este instrumento se basa en una herramienta digital basada en tablas de predicción para población latinoamericana y recomendada en el abordaje del riesgo cardiovascular. Su aplicación no consiste en un cuestionario dirigido al participante, sino en una estimación clínica a partir de datos obtenidos mediante medición directa y revisión de la historia clínica (48). Esta herramienta utiliza seis indicadores clínicos para estimar el riesgo cardiovascular a 10 años:

- Edad.
- Sexo.
- Presión arterial sistólica.
- Consumo de tabaco.
- Antecedentes de diabetes mellitus.
- Colesterol total en sangre.

Una vez ingresados estos datos, la calculadora genera automáticamente el nivel de riesgo cardiovascular, clasificado en 5 categorías: **Bajo** (<5%), **moderado** (5% a <10%), **alto** (10% a <20%), **muy alto** (20% a <30%) y **crítico** (\geq 30%).

3.7.3. Validación

Instrumento 1

Este cuestionario fue validado por Ávalos et. al (20), mediante juicio de 3 expertos, quienes evaluaron claridad, relevancia y pertinencia de los ítems; el coeficiente V de Aiken fue 0,99, evidenciando muy alta validez.

Instrumento 2

Este instrumento corresponde a una herramienta de estimación del riesgo cardiovascular basada en los modelos de predicción de la OMS/OPS para América Latina, adoptada por el MINSA para su aplicación en el primer nivel de atención. Ha sido utilizada en los programas de control de enfermedades no transmisibles por ser una herramienta estandarizada y de fácil aplicación en la práctica clínica. En ese sentido, no se considera un cuestionario validado localmente, sino un modelo de estimación poblacional (46,47).

3.7.4. Confiabilidad

a) Confiabilidad en instrumento 1

Fue comprobada por Ávalos et. al (20), en una prueba piloto de 30 participantes; mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con el cual obtuvo un $\alpha = 0,76$, lo que indica una confiabilidad aceptable.

b) Confiabilidad del instrumento 2

Fue validado en el Perú e incorporado por el MINSA en programas de control de enfermedades no transmisibles (46,47).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos seguirá una secuencia organizada que garantice la rigurosidad ética y metodológica. Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética de la Unidad de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, se gestionará la autorización institucional ante el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). Con el permiso otorgado, se coordinará con la jefatura del servicio de cardiología/cardiovascular para acceder al ambiente de consulta externa y al registro clínico necesario.

Se convocará a adultos mayores que cumplan criterios de inclusión durante el periodo de recolección (septiembre de 2025). La invitación se realizará de manera consecutiva en consultorios y sala de espera, respetando la privacidad y permitiendo la presencia de un familiar si el participante lo prefiere. Se registrarán causas de no participación (rechazo, inasistencia, criterios no cumplidos) para control de sesgos.

Antes de la aplicación, se explicará el objetivo del estudio y se solicitará consentimiento informado. Luego, se aplicará la encuesta para valorar la práctica del autocuidado y se realizará la revisión de la historia clínica para completar los datos necesarios del riesgo cardiovascular en una ficha estandarizada. El tiempo estimado por participante será de 10–12 minutos para la encuesta y 5–8 minutos para el registro clínico. Todos los formularios serán codificados para garantizar anonimato y confidencialidad.

Concluida la recolección, la data se sintetizará en una matriz en Excel-2021 (doble digitación y depuración). Posteriormente, se procesarán y analizarán en SPSS v27.0, generando estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión) y análisis correlacional entre práctica del autocuidado y riesgo cardiovascular

(según normalidad: Pearson o Spearman, $\alpha=0,05$, IC95%). Los resultados se exhibirán en tablas y figuras conforme según objetivos del estudio.

3.9. Aspectos éticos

La investigación realizará conforme al Código de Ética de Enfermería y a la normativa institucional, salvaguardando en todo momento la dignidad, derechos y bienestar de los adultos mayores participantes. Se garantizará la justicia (trato equitativo y gestión legítima de los datos), la autonomía (obtención del consentimiento informado libre y voluntario), la beneficencia (información clara sobre los objetivos y utilidad del estudio para mejorar el cuidado y el autocuidado) y la no maleficencia (procedimientos seguros, sin riesgos innecesarios). Los datos serán tratados con confidencialidad y anonimato, de uso exclusivamente académico. En cuanto a integridad científica, se asegurará la veracidad de la información, la trazabilidad del proceso, la protección y resguardo de los registros, y la ausencia de plagio, fabricación o manipulación de datos; el protocolo contará con aprobación del comité de ética y autorización institucional correspondientes (49).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	AÑO 2025																			
	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Setiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección y presentación del tema-	■																			
2. Búsqueda y análisis de información-	■	■	■	■																
3. Formulación del propósito y justificación del estudio-					■	■														
4. Delimitación del estudio y desarrollo del marco teórico-					■	■														
5. Formulación de la hipótesis-								■												
6. Diseño del método y definición de variables-									■	■										
7. Determinación de la muestra, instrumentos y aspectos éticos-											■	■								
8. Validación de los instrumentos y contenido del estudio-													■	■						
9. Ejecución del trabajo de investigación-															■	■	■			
10. Elaboración y redacción del informe final-																		■	■	■

4.2. Recursos y presupuestos

MATERIALES	2025					TOTAL
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	S/.
Equipos						33,00
1 CPU y monitor						
Memora USB		33,00				33,00
Útiles de Escritorio						73,00
Bolígrafo		2,20	2,20	2,20	2,20	8,80
Hojas bond A4		21,40	21,40	21,40		64,20
Material Bibliográfico						332,00
Libros		72,00				72,00
Fotocopias				55,00	55,00	110,00
Impresiones				46,00	72,00	118,00
Espiralado				16,00	16,00	32,00
Otros						468,00
Movilidad			65,00	65,00	65,00	195,00
Alimentos			91,00	91,00	91,00	273,00
Llamadas		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Humanos						835,00
Digitadora			175,00	175,00	175,00	525,00
Imprevistos*					310,00	310,00
TOTAL	2,230.00	388.00	750.00	488.00	430.00	1 741,00

5. REFERENCIAS

1. Campbell N, Paccot M, Whelton P, Angell S, Jaffe M, Cohn J, et al. Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 9 de septiembre de 2025];46:1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.54>
2. OMS. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto [Internet]. Informe Global. 2023 [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
3. Chantzaras A, Yfantopoulos J. Determinants of medication adherence in patients with diabetes, hypertension, and hyperlipidemia. *Hormones* [Internet]. 2025 [citado 24 de abril de 2025]; Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s42000-025-00631-9>
4. Sharma S, Sharma CR, Sharma S, Aryal S, Bhandari B. Adherence to antihypertensive medication and its associated factors among patients with hypertension attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *PLoS ONE* [Internet]. 2024 [citado 24 de abril de 2025];19(7 July):24-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38959196/>
5. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Preference and Adherence* [Internet]. octubre de 2022 [citado 24 de abril de 2025];Volume 16(October):2749-57. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/364237347_A_Critical_Review_of_Medi

[Adherence in Hypertension Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider](#)

6. Soldán C, Saavedra D, Ureña S, Antezana L, Villanueva C, Ortega R. Registro multicéntrico de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados y adherencia terapéutica en Cochabamba-Bolivia. Revista de Investigación e Información en Salud [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2025];18(45):40-51. Disponible en: <https://revistas.univalle.edu/index.php/salud/article/view/1040/943>
7. Méndez G. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y control de salud en hipertensos de la Universidad Especializada de las Américas. Revista Científica de la Universidad Especializada de las Américas [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2025];1(15):91-101. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/443/4433629008/>
8. Camargo S, Serafim A, Ferreira B, Araújo L, Scalia M, Magnabosco P, et al. Original Article Spirituality / Religiosity and Adherence to Treatment in Hypertensive Individuals. 2025 [citado 24 de abril de 2025];122(2):1-8. Disponible en: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-122-2-e20240558/0066-782X-abc-122-2-e20240558-en.x95083.pdf
9. Abarca D, Guerra E, Machahuay E. Determinación del riesgo cardiovascular según el score de Framingham en pacientes atendidos en un hospital público de Ica. Universidad Continental [Internet]. 2022 [citado 19 de abril de 2025];1(1):1-81. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/10866>
10. Altamirano G, Bringas E, Ventura E. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. Revista Cuidado y Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 21 de abril de 2025];1(2):3-8. Disponible en:

<https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/18>

11. Posada S. Risk control in older adults at the primary care level Controle do risco de obesidade em idosos no nível de atenção primaria. SANUS [Internet]. 2025 [citado 20 de octubre de 2025];10(1):e523. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanusreventf..vi21.523>
12. Zaldivar M, Reyes A, Peña Y, Arias Y. Autocuidado en pacientes hipertensos con riesgo crónico. Área de salud 30 de Noviembre, Santiago de Cuba. Revista Santiago de Cuba [Internet]. 2025 [citado 20 de octubre de 2025];1(1):22-30. Disponible en: <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/28881/5551>
13. Molano D, González R. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas mayores con insuficiencia cardiaca. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2022 [citado 20 de octubre de 2025];22(1):1-13. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/28637/25074>
14. Seid S, Amendoeira J, Ferreira M. Self-Care and Quality of Life Among Adult Patients With Heart Failure: Scoping Review. SAGE Open Nursing [Internet]. 2023 [citado 20 de agosto de 2025];9(1):1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23779608231193719>
15. Inalgo D. Autocuidado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, en medicina interna del Hospital General Marco Vinicio Iza - 2022 [Internet]. Universidad Técnica del Norte; 2022 [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/13316/2/06_ENF1355_TRABAJO_DE_GRADO.pdf

16. Paucar C. Autocuidado y su relación con las complicaciones por hipertensión arterial en usuarios adultos mayores hospitalizados en el Hospital Regional de Cusco [Internet]. Tesis de Licenciatura. Universidad tecnológica de los andes; 2025 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.utea.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b8ce1258-7a5b-49a0-80e7-d70417179e70/content>
17. Salazar A. Agencia de autocuidado y riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en un hospital de Lima-2022. Norbert Wiener [Internet]. 2022 [citado 20 de agosto de 2025];1(1):48. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7897>
18. Salas J. Factores de riesgo y presencia de hipertensión arterial en pacientes adultos, Hospital de Emergencia Grau [Internet]. Vol. 8, Αγση. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2021 [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uigv.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/252a59c1-7e05-4f4a-a0bb-4375b93987e4/content>
19. SantaCruz M. Nivel de conocimiento del autocuidado y su relación con complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos [Internet]. Universidad Señor de Sipan; 2021 [citado 19 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/9499>
20. Avalos Y, Marreros M. Nivel de conocimiento y autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial en el Centro de Salud Buen Pastor, Trujillo [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021 [citado 10 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88369/Avalos_QY-Marreros_CMJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Hernández I, Arenas L, Martínez P, Menjivar A. Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. Red de Revistas Científicas de América

- Latina [Internet]. 2002 [citado 26 de agosto de 2025];13(3):26-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41613302.pdf>
22. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 10a. Edici. DRK Edition, editor. North Carolina - EE.UU: East Carolina University; 2015 [citado 22 de septiembre de 2025]. 6 p. Disponible en: [https://www.berri.es/pdf/MODELOS_Y TEORIAS EN ENFERMERIA/9788413822990](https://www.berri.es/pdf/MODELOS_Y_TEORIAS_EN_ENFERMERIA/9788413822990)
23. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gaceta Médica Espirituana [revista en Internet] 2017; 19(3): 1-11. [citado 26 de agosto de 2025]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf
24. Bàez H, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. AQUICHAN - ISSN 1657-5997 [Internet]. 2009 [citado 15 de agosto de 2025];9(2):127-34. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
25. Vasquez M, González T, Ramos E, Vargas G. Evolución del cuidado desde una práctica ancestral, hasta ser la esencia del profesional de enfermería. Duazary [Internet]. 2006 [citado 25 de agosto de 2025];3(1):76-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156334013.pdf>
26. Uribe T. El Autocuidado Y Su Papel En LaPromocionDeLaSalud [Internet]. Vol. 17, Investigacion y educacion en enfermeria. 1999 [citado 25 de agosto de 2025]. p. 109-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5331981.pdf>
27. López A, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2006 [citado 25 de agosto de 2025];XXIV(N°2):90-100. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf>

28. Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado 15 de agosto de 2025];24(4):168-77. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf
29. Fernando H, Sinchi S. Personal self-care for health and well-being; a multidisciplinary perspective to address the situation of violence in Afro-descendant adolescents. Revista de ciencias sociales y humanas [Internet]. 2024 [citado 25 de agosto de 2025];1(1):22-9. Disponible en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH00222>
30. Alvarez A. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. Revista MEDIFAM [Internet]. 2001 [citado 29 de agosto de 2025];11(3):122-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/revision.pdf>
31. Lobos J, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Atención Primaria [Internet]. 2011 [citado 25 de agosto de 2025];43(12):668-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711004689>
32. Reyes Cerda J, Zepeda Gonzalez M. Aplicación de un modelo teórico de enfermería en la intervención de las mujeres víctimas de violencia doméstica. Enfermería Global [Internet]. 2008 [citado 29 de agosto de 2025];7(1):1-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834749007.pdf>
33. Tiga D, Parra D, Dominguez C. Instruments for Nursing Process of Preterm Neonate At the Light of Theory of Dorothy Johnson Instrumentos. Revista Cuidarte [Internet]. 2014 [citado 29 de agosto de 2025];5(2):564-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n1/v5n1a09.pdf>

34. Laclaustra-gimeno M, González-garcía MP, Casanovas-lenguas JA, Luengo-fernández E, Portero-pérez P, Río-ligorit A, et al. Evolución de los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes varones tras 15 años de seguimiento en el estudio Academia General Militar de Zaragoza (AGEMZA). Unidad de Investigación Cardiovascular Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [Internet]. 2006 [citado 25 de agosto de 2025];1(1):4-6. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-evolucion-de-los-factores-de-riesgo-card-articulo-13091368-pdf-file>
35. Garrote D, Juan A, Orozco M, Valero C, Abril L. Evolución de la prevalencia de los factores de riesgo y del riesgo cardiovascular global en población mayor de 18 años de la provincia de Albacete. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2011 [citado 25 de agosto de 2025];85(3):275-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17020115006.pdf>
36. Myint K, Cumming G, Wang J, et al. Risk factors for cardiovascular disease in a rural population in Asia: The Singapore Cardiovascular Disease Study. J Cardiovasc Risk. [citado 23 de abril de 2025], 2008;27(5):379-387. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3096564/>
37. Norhammar A, Malmberg K, Lagerqvist B, et al. Diabetes, myocardial infarction, and prognosis: A prospective study. Lancet. [citado 23 de abril de 2025], 2023;396(10250):293-300. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/3/917>
38. Bhatia S, Choi J, Simard G, et al. Laboratory biomarkers of cardiovascular risk: A review. Cardiovasc Ther. [citado 23 de abril de 2025], 2022;36(2):e12424. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9143441/>
39. Gonzáles R, Santiago Y. El método hipotético deductivo de Karl Popper en los estudiantes de la Educación Básica Regular en Perú. Educación [Internet]. 2023

- [citado 25 de abril de 2025];29(2):1-15. Disponible en: <http://10.33539/educacion.2023.v29n2.3045>
40. Hernandez R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill, editor. Mexico; 2014.
41. Vargas R. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista Educación [Internet]. 2009 [citado 15 de mayo de 2025];33(1):155-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>
42. Creswell J. Qualitive Investigación y Diseño de la investigación [Internet]. 2013 [citado 10 de abril de 2025]. p. 145-77. Disponible en: <https://heymarvin.com/resources/qualitative-research-design/>
43. López P. Población muestra y muestreo. Epidemiología clínica: investigación clínica [Internet]. 2004 [citado 20 de septiembre de 2025];1(1):129-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>
44. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. CONACYT [Internet]. 2003 [citado 27 de agosto de 2025];1(1):3-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
45. Cardiología AE de E en. Factores de riesgo cardiovascular [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/salud-cardiovascular/prevencion/factores-de-riesgo#:~:text=Un factor de riesgo cardiovascular,la obesidad y el sedentarismo.>
46. Ureta ÍG. La encuesta. Éxito [Internet]. Segunda ed. 2017 [citado 15 de agosto de 2025];58-62. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctt1v2xt4b.8>
47. Kaptoge S, Pennells L, De Bacquer D, Cooney MT, Kavousi M, Stevens G, et al. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to

- estimate risk in 21 global regions. The Lancet Global Health [Internet]. 2019 [citado 10 de abril de 2025];7(10):e1332-45. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(19\)30318-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(19)30318-3.pdf)
48. Organización Panamericana de la Salud. Calculadora de riesgo cardiovascular de la OPS [sede Web]. Washington-Estados Unidos: OPS; 2020 [acceso 14 de abril de 2025]. 2007;1-3. Disponible en: <https://www.paho.org/cardioapp/web/>
49. Belmont R. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. PDR reports [Internet]. 1979 [citado 25 de septiembre de 2025];1(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189222553006.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

La práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular del adulto mayor en un hospital nacional del MINSA, Lima 2025

Formulación del problema	Planteamiento de objetivos	Planteamiento de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?.</p> <p>Problemas específicos</p> <p>PE1: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos universales y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desarrollo y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?</p> <p>PE3: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desviación de la salud y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>OE1: Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos universales y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p> <p>OE2: Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desarrollo y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p> <p>OE3: Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión requisitos de desviación de la salud y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p>	<p>Hipótesis general Existe relación estadísticamente significativa entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>HEi.1: Existe una relación estadísticamente significativa entre los requisitos de autocuidado universal y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p> <p>HEi.2: Existe una relación estadísticamente significativa entre los requisitos de autocuidado del desarrollo y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p> <p>HEi.3: Existe una relación estadísticamente significativa entre los requisitos de autocuidado de desviación de la Salud y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional del MINSA.</p>	<p>Variable 1: Práctica del autocuidado</p> <p>Dimensiones: D1: Requisitos de autocuidado universal. D2: Requisitos de autocuidado del desarrollo. D3: Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.</p> <p>Variable 2: Riesgo cardiovascular</p> <p>Dimensiones: D1: Demográfica. D2: Clínica. D3: Laboratorial.</p>	<p>Método: Deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental, Corte transversal Correlacional</p> <p>Población 5,760 adultos mayores con diagnóstico de HTA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU).</p> <p>Muestra: 360 adultos mayores con diagnóstico de HTA</p>

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos**Instrumento 1****CUESTIONARIO SOBRE LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS****1. INTRODUCCIÓN**

Reciba un cordial saludo. soy la Lic. Vasquez Ñahuincopa, Leydy Vanessa alumna de la segunda especialidad de Cuidado Enfermero en Cardiología y Cardiovascular de la Universidad Norbert Wiener. Solicito su participación en la presente investigación, cuyo objetivo es “Analizar la relación de los factores de riesgo cardiovascular con la práctica del autocuidado del adulto mayor en un Hospital del Minsa”. El cuestionario es anónimo y confidencial, las preguntas son sencillas, agradecería su participación.

2.-DATOS GENERALES

- **Sexo:**
 Femenino Masculino
- **Edad:**
 18 a 30 años 31 a 59 años 60 años a más
- **Grado de instrucción:**
 Primaria Secundaria Superior
- **Servicio:**
 Cardiología

3. CUESTIONARIO


Por favor, marque con una “X” la alternativa que mejor refleje su experiencia personal. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es muy valiosa para la calidad de este estudio.

ítems	Siempre	A veces	Nunca
	2	1	0
REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL			
1. ¿Consume frecuentemente frutas o verduras frescas?			
2. ¿Usted evita ingerir alimentos salados en el consumo diario?			
3. ¿En sus alimentos usted ha dejado de consumir comidas enlatadas?			
4. ¿Usted toma más de 8 vasos de agua por día?			
5. ¿Acostumbra a realizar por lo menos caminatas de 15 min tres veces por semana?			
6. ¿Con qué frecuencia controla su peso?			
7. ¿Usted evita consumir bebidas alcohólicas como la cerveza o el vino?			
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO			
8. ¿Recibe orientación acerca de los cambios físicos, psicológicos y sociales propios del adulto mayor?			
9. ¿Su familia lo apoya cuando usted se encuentra mal de salud?			
10. ¿Usted considera que el profesional de enfermería escucha y aclara sus inquietudes?			
11. ¿Usted participa en grupos sociales de su comunidad?			
12. ¿Usted se siente bien consigo mismo?			
13. ¿Usted se siente excluido o rechazado por su familia o grupo de amigos?			
14. ¿Usted toma sus propias decisiones sobre su vida cotidiana?			
15. ¿Usted convive en armonía con todos los que le rodean?			
16. ¿Usted se siente feliz, cuando le dicen que su presión arterial está siendo muy bien controlada?			
17. ¿Usted recibe el apoyo de un miembro familiar para su cuidado?			
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD			
18. ¿Usted busca información y orientación sobre el manejo de su enfermedad?			
19. ¿Usted toma sus medicamentos en el horario establecido?			
20. ¿Usted presenta problemas de sueño, por la preocupación de su enfermedad?			
21. ¿Cuenta usted con los recursos necesarios para acceder a la compra de sus medicamentos?			

22. ¿Con qué frecuencia controla su presión arterial?			
23. ¿Usted está dispuesto a adoptar nuevas conductas de salud que mejoren su bienestar y calidad de vida?			

Instrumento 2

CALCULADORA PARA ESTIMAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR



Seleccione país y calcule

Cómo medir correctamente la presión arterial


> **Estimar el Riesgo Cardiovascular**

Via Clínica - Recomendaciones terapéuticas

Otros cálculos

- Estimación de Filtrado Glomerular
- Índice de Masa Corporal
- Instrucciones para el uso de la calculadora

HEARTS en las Americas




Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Este trabajo se llevó a cabo con la contribución financiera de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, GA, Estados Unidos. FHSC/CDC Award # 6 N2ZHG000001-01-01

Estimar el Riesgo Cardiovascular

Perú 

←

Género

Edad

Tabaquismo

Presión sistólica (mmHg)

Peso (kg)

Altura (cm):

.....●.....

<https://www.paho.org/cardioapp/web/#/cvrisk>

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Lic. Vasquez Ñahuincopa, Leydy Vanessa

Título: La práctica del autocuidado y riesgo cardiovascular del adulto mayor de un Hospital Nacional de Lima, 2025.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “La práctica del autocuidado y riesgo cardiovascular del adulto mayor de un Hospital Nacional de Lima, 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Vasquez Ñahuincopa, Leydy Vanessa. El propósito de este estudio es “Analizar la relación entre la práctica del autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores atendidos en un hospital nacional de Lima, 2025”. Su ejecución ayudará a/permitirá establecer la relación que existe entre la calidad de la atención de las enfermeras y el cumplimiento del calendario de vacunación de las madres de niños menores de un año.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 25 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de la/los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el (detallar el nombre del investigador principal, sin usar grados académicos) (indicar número de teléfono: 98758469) o con la Lic. Vasquez Ñahuincopa, Leydy Vanessa (número de teléfono: 9 79 616 595) o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Investigador

Nombres:.....

Nombres:.....

DNI:

DNI:.....




6% 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)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 6%  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

- 5% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 6% 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	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-08-01	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-03-30	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-03-14	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-14	<1%
6	Trabajos entregados	Submitted on 1686699284831	<1%
7	Trabajos entregados	uwiener on 2023-03-24	<1%
8	Trabajos entregados	Mountain Lakes High School on 2023-09-29	<1%
9	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2024-11-03	<1%