



Universidad
Norbert Wiener

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Agencia de autocuidado y riesgo cardiovascular
en pacientes atendidos en un hospital de Lima -
2022

**Trabajo académico para optar el título de
especialista en Cuidado Enfermero en Cardiología
y Cardiovascular**

Presentado por:

Salazar Merino, Angelina Nayila

Código ORCID: 0000-0002-9540-2218

Asesor: Mg. Fernandez Rengifo Werther Fernando

Código ORCID: 0000-0001-7485-9641

Linea De Investigacion: Salud y Bienestar

**Lima- Perú
2022**

Dedicatoria

A mi Dios, gracias a la fe que me da y
a mi familia por su apoyo.

Agradecimiento

A la vida, que me ha enseñado
más allá de la profesión

ASESOR:

MG. FERNANDEZ RENGIFO WERTHER FERNANDO

ÍNDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
ÍNDICE.....	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos Específicos:	5
1.4 Justificación de la investigación.....	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica	6
1.4.3 Práctica.....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	6
1.5.1 Temporal.....	6
1.5.2 Espacial.....	7
1.5.3 Unidad de análisis.....	7
2. MARCO TEÓRICO	7

2.1. Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes nacionales	10
2.2. BASES TEÓRICAS	12
2.2.1 Teoría del autocuidado.....	12
2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	21
2.3.1. Hipótesis general.....	21
2.3.2. Hipótesis específicas.....	22
3. METODOLOGÍA.....	23
3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de investigación.....	23
3.4. Diseño de la investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	24
3.5.1 Población	24
3.5.1 Muestra	24
3.5.2 Muestreo	25
3.6. Variables y operacionalización.....	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	28
3.7.3. Validación.....	29
3.7.4. Confiabilidad	29

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	30
3.9. Aspectos éticos	31
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	32
4.1. Cronograma de actividades.....	32
4.2 PRESUPUESTO.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	43
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	44
Anexo 2:Instrumentos.....	45
Anexo 3: Consentimiento informado.....	48

RESUMEN

El siguiente estudio de investigación abarcara la problemática de la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en un hospital de Lima. **OBJETIVO:** Determinar cómo la agencia del autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en un hospital de Lima – 2022. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Es una investigación que utiliza el enfoque cuantitativo ,siendo un estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal , no experimental .La muestra está compuesta de 189 pacientes atendidos en los servicios de especialidades médicas .La técnica que se utilizará es la encuesta a través de la aplicación de la escala de Valoración de la Agencia de autocuidado (ASA) y la escala de Framingham así mismo se revisaran historias clínicas de cada paciente encuestado para la verificación de valores bioquímicos implicados en la obtención de datos. Por último los datos recolectados se procesaran con el programa SPSS 25 y las hipótesis se comprobarán mediante la prueba estadística del coeficiente de correlación de Spearman .

Palabras clave: Agencia de autocuidado, Dorothea Orem, Riesgo cardiovascular

ABSTRACT

The present investigation was carried out in the field of nursing and cardiology, covering the following problem: the self-care agency and cardiovascular risk in patients treated in a hospital in Lima. OBJECTIVE: To determine how the self-care agency is related to cardiovascular risk in patients treated in a hospital in Lima - 2022. MATERIALS AND METHODS: It is a cross-sectional descriptive correlational research with a quantitative, non-experimental approach. The sample is made up of 189 patients treated in medical specialty services. The survey will be used and the Self-care Agency Capacity scale (ASA) and the Framingham scale will be applied, as well as the review of the clinical records of the respective patients, for the verification of biochemical values involved in obtaining data.

Keywords: Self-care agency, Dorothea Orem, Cardiovascular risk

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo y según estimaciones se cobran 17,9 millones de vidas cada año, de las cuales cuatro de cada cinco defunciones corresponden a ataques coronarios y accidentes cerebrovasculares de las cuales una tercera parte afecta prematuramente a personas menores de 70 años (1).

Es preocupante que este tipo de enfermedades estén ocurriendo en personas cada vez más jóvenes, en años de vida productiva así mismo ello es significativo en los países de ingresos bajos y medios siendo equivalentes al 37% de todas las enfermedades no transmisibles (2).

A nivel macroeconómico, las enfermedades no transmisibles, en particular las ECV y la diabetes suponen una pesada carga para las economías de los países de ingresos bajos y medios, pues podrían reducir el PBI hasta en un 6,77%, debido a la muerte prematura de muchas personas (2).

En las Américas, dichas enfermedades afectan de manera igualitaria a hombres y mujeres, pero las muertes prematuras lamentablemente son más elevadas entre el sexo masculino. El 30% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares ocurre en el quintil más pobre, mientras que sólo el 13% corresponde al quintil más rico, señala el informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (3).

Para el Perú, según la encuesta ENDES 2015, la prevalencia de personas con hipertensión, uno de los factores de riesgo más conocidos del riesgo cardiovascular se encontró en 12.3% de las personas encuestadas al momento de medírseles la presión in situ, pero aproximadamente es más de 18% de la población con Hipertensión, esto significa que aproximadamente solo el 25% de los hipertensos están controlando su presión arterial y el 75% restante no, teniendo riesgo inminente de daños cardiovasculares, cerebrales, renales y también pueden ver afectados otros órganos (4).

Se ha observado en la población peruana distintos contrastes por edad, sexo, nivel de educación y quintiles de riqueza, mostrándose factores de riesgo donde destacan el colesterol alto, triglicéridos altos, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y diabetes (5). Así mismo en el contexto peruano se observa la práctica de dietas menos saludables y menor actividad física hoy en día, debido a influencias tecnológicas y culturales (6).

Es por ello que ante toda la problemática que representan las enfermedades cardiovasculares y el riesgo de padecerlas es de suma importancia evaluar como las personas ejercen el autocuidado; pues como señala Dorothea Orem "el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar"(7). Siendo el autocuidado una conducta aprendida y responsabilidad del adulto ejercerlo para su bienestar (8), evaluar esta conducta es relevante pues así se podrá educar a los pacientes para disminuir el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Investigar este tema es de suma importancia ya que gran número de personas en todo el mundo y en nuestro país tratan de controlar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y muchos otros siguen ignorando que corren un alto riesgo.

Actualmente existen intervenciones relativas a los modos de vida y tratamiento farmacológico, pero aún faltan más investigaciones en cuanto cómo las personas realmente ejercen su autocuidado (9).

La prevención de defunciones prematuras implicara identificar a las personas que se encuentren muy expuestas al riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares e incidir en que se le brinde el tratamiento adecuado.

Las personas en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares pueden tener hipertensión, hiperglucemia e hiperlipidemia, así como sobrepeso (10), con total desconocimiento de las consecuencias de no practicar el autocuidado ante estas condiciones.

Todo ello significa pérdida de años de vida, saludable y de la economía desde el seno familiar, nacional y mundial pues estas enfermedades pueden causar discapacidad.

A través de la experiencia trabajando en los servicios de especialidades médicas, he logrado observar y tratar constantemente con pacientes en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, desde etapas de vida de adulto joven hasta el adulto mayor, muchos de estos pacientes desconocen su condición y cómo gestionarla, muchos de ellos refieren: “creo que tengo la presión alta, pero a veces”, ¿cómo me habrá dado esto?”, “no me cuide, bien”, “hacia mis cosas normal, pero un día me sentí mal y me internaron”. Dichos pacientes presentan pluripatologías, las cuales muchas veces son desencadenantes de otras, por ello conocer su nivel de autocuidado conjuntamente con la valoración del riesgo cardiovascular permitirá brindar educación en salud, en autocuidado y mejorar su calidad de vida para ellos y su familia.

La oportunidad que se tiene durante su estancia hospitalaria debe ser aprovechada en beneficio del paciente siempre y lo es realizando una evaluación sobre su autocuidado y riesgo cardiovascular, la cual sería una herramienta que le permitirá prevenir y ejercer mejores conductas respecto a su salud.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en un hospital de Lima - 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona la dimensión interacción social de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar cómo la agencia del autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en un hospital de Lima-2022.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar cómo la dimensión interacción social de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular .
- Identificar cómo la dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular.
- Identificar cómo la dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular.
- Identificar cómo la dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular.
- Identificar cómo la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Abordar la problemática expuesta mediante los postulados teóricos propuestos por Dorothea Orem, enriquece y aporta a las bases teóricas de la enfermería pues plantea la teoría de autocuidado afirmando que el autocuidado es una compleja capacidad desarrollada, la cual le otorga a las personas la capacidad de distinguir como deben controlar determinados factores para regular su propia actividad y

desarrollo, así como el poder para deliberar sobre que puede y debería hacer por su salud y bienestar a lo largo de su vida.

1.4.2 Metodológica

Es un estudio correlacional, con enfoque cuantitativo que busca encontrar cómo la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en el paciente, mediante el uso de un cuestionario y una tabla del riesgo cardiovascular así mismo la verificación de las historias clínicas de los respectivos pacientes, para la verificación de valores bioquímicos implicados en la obtención de datos.

1.4.3 Práctica

La presente investigación permitirá determinar la agencia de autocuidado que ejercen los pacientes, identificando falencias y fortalezas, permitiendo recolectar información útil para la promoción de la salud.

Con el conocimiento reunido se podrán establecer estrategias educativas que fomenten el autocuidado durante su estancia hospitalaria así mismo el abordaje del nivel de riesgo cardiovascular. Beneficiándose así la población usuaria de los servicios de salud, reduciendo el impacto de los altos costos económicos y emocionales que implican las discapacidades por las enfermedades cardiovasculares.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El presente estudio se realizará en el año 2022, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre .

1.5.2 Espacial

La investigación se efectuara en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren , en el servicio de especialidades médicas el cual comprende las especialidades de neurología, nefrología, endocrinología y medicina interna.

1.5.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis serán pacientes que sean atendidos en el servicio de especialidades médicas del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Serán pacientes en pleno uso de sus facultades y cumplan con los criterios de inclusión que se detallan más adelante para el estudio de las variables .

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Noriega et al. (11), el 2019 en Colombia, realizó una investigación con el objetivo de “Determinar la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en una institución hospitalaria de Cartagena.” aplicando una metodología descriptiva de corte transversal, de tipo cuantitativa, su población se conformó por adultos mayores de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria con una muestra de 229 pacientes , para la cual aplicaron la escala estructurada de agencia de autocuidado ASA-A validada por Gallegos. Como resultados predominó el sexo femenino 52,2% (120), el rango de edad mayoritario fue el de 60 a 71 años 71,4% (165), casado 43,9% (101), escolaridad primaria incompleta 30,4% (70). El 47,8% (110) de los pacientes evidenció tener buena agencia de autocuidado. Se encontró que el 41,3% (95) de las personas manifiestan que pueden buscar mejores formas para cuidar su salud de las que tienen ahora (11).

Molano et al.(12) el 2018 en Colombia, publicó un estudio que tuvo como objetivo:” Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en las personas con insuficiencia cardiaca atendidas en una institución de salud de cuarto nivel en Bogotá.” Investigación descriptiva correlacional de corte transversal, tuvo como población adultos con insuficiencia cardiaca estadio C y D y la muestra correspondió a 107 pacientes ,utilizando los instrumentos Escala de valoración del autocuidado y el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City. Los resultados encontrados mostraron que la capacidad de agencia de autocuidado se halló en categoría alta en 63,55% de los encuestados y muy alta en un 34,57%; manteniéndose preservada la calidad de vida relacionada con la salud , significativamente con un 73,33% y la relación entre las dos variables fue 0,316 con un valor $p = 0,002$, relación débil pero significativa. Estos resultados resaltan la importancia de abordar dichas variables y fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de estas personas (12).

Mendoza et al. (13), el 2021 en España, se tuvo como objetivo “Analizar la prevalencia y el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica.”. Su muestra se conformó por 200 pacientes con cardiopatía isquémica escogidos aleatoriamente durante 2008 a 2018. Utilizando como instrumento guías de práctica clínica sobre prevención cardiovascular. Obteniendo como resultado el 77,9% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, 69,3%, dislipidemia, 48,2% obesidad y 32,3% diabetes. El 34,8% eran fumadores . A través del seguimiento se observó una leve disminución del tabaquismo (del 34,8% al 21,6%), con una mayor disminución porcentual en varones frente a las mujeres, también en el seguimiento, ocurrió la

disminución de la presión arterial, el colesterol total y el colesterol LDL. El cumplimiento óptimo de los objetivos terapéuticos se logró en el 21,7% de los pacientes (13).

Beltrán et al. (14), el 2022 en Ecuador, su estudio tuvo como objetivo “Determinar la capacidad del individuo para administrarse el autocuidado, aplicando una metodología de tipo cuantitativa, de corte transversal, su población fueron pacientes con edades superiores a 40 años de edad, cuya muestra fue de 60 pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado y la revisión del historial. Los principales resultados evidenciaron que del total de la población estudiada un 57% eran de sexo masculino y un 43% de sexo femenino, así también, se constató la presencia de otros diagnósticos padecidos por los individuos como, diabetes mellitus 35%, hipertensión arterial 45% y, por último, insuficiencia cardíaca 13%, por otro lado, un total del 67% de la población refleja una capacidad de agencia de autocuidado baja, por tanto, se concluye que el déficit de autocuidado se asocia al desarrollo de factores de riesgo que intervienen en el desarrollo progresivo de la insuficiencia renal aguda o crónica (14).

Arboleda et al. (15), el 2017 en Ecuador, como objetivo de investigación tuvo “Determinar los factores de riesgo cardiovascular en pacientes asistidos en la Unidad de Atención Ambulatoria 309 de la ciudad de Sucúa”, haciendo uso de una metodología de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, cuya población estaba constituida por 732 pacientes atendidos en la Unidad de Atención Ambulatoria 309 IESS y se trabajó con una muestra de 249 pacientes. Utilizaron como instrumento una encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular que incluía variables socio-demográficas y variables de estudio. Finalmente determinaron que el 96,8% de participantes presento el riesgo cardiovascular bajo y el riesgo cardiovascular moderado en 2,8%, finalmente 0,4% de ellos tenían presencia de

riesgo cardiovascular alto. Se concluye que en el riesgo cardiovascular elevado, se encuentra muy asociado a su alimentación (HDL, colesterol sérico), IMC, presencia de diabetes, y presión arterial sistólica, por ello cambiar el estilo de vida a uno mejor en cuanto al estado nutricional y alimentación, podría tener un mejor resultado en la prevención de factor de riesgo cardiovascular (15).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Moscoso (16) el 2017 en Lima, tuvo como objetivo: “Determinar si el nivel de autocuidado se relaciona con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del policlínico municipal de Jesús María”. Tipo de estudio: descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra incluyo a 59 adultos hipertensos, mediante muestreo probabilístico. Utilizo un cuestionario para la obtención de datos. Concluyeron que entre el nivel de autocuidado y las complicaciones cardiovasculares hay una relación indirecta y significativa; en otras palabras si hay mejor nivel de autocuidado menor será el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Por lo tanto, se comprobó que existe una relación alta de 86.2% entre ambas variables (16).

Tejada (17), el 2018 en Puno, realizó una investigación la cual tuvo como objetivo “determinar la capacidad de autocuidado en adultos mayores del distrito de Ayapata – 2018” Su tipo de estudio fue descriptivo cuantitativo de corte transversal , tuvo una muestra constituida por 75 adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 .Se utilizó el instrumento la escala ASA . Sus resultados fueron en el 85.3% de los adultos mayores se encontró la capacidad de autocuidado medio mientras que en el 8.0% la capacidad de autocuidado fue alto y 6.7% tenían la capacidad de autocuidado bajo .

Abarca et al. (18) el 2019, en Ica realizaron una investigación cuyo objetivo fue “determinar el riesgo cardiovascular calculado por el score de Framingham en pacientes atendidos en el hospital Santa María del Socorro, Ica– 2019”. Donde aplicaron una metodología observacional, descriptiva, de corte transversal, retrospectiva. La muestra se constituyó de 201 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente. Su instrumento fue una ficha de recolección de datos basada en el score de Framingham. Resultados: El 51,7% de pacientes eran mujeres y las edades más frecuente fueron de 60-64 y 45-49 años (16,5%). Según el cálculo del score de Framingham el riesgo cardiovascular en 48,7% de los seleccionados se encontró bajo, moderado en 27,4% y alto en 23,9% . Así mismo se halló que la obesidad prevalente en 38,3%, también se encontró que el 24,4% presentaba tratamiento para la HTA. También se presentó niveles altos de colesterol total en el 15,9 %, , LDL-c en el 13,5% y triglicéridos altos en el 28,9% , contrariamente en el 46,3% valores de HDL-c estuvieron bajos. Adicionalmente el 29,9% de los participantes presento prevalencia de diabetes mellitus ,de ellos el 48,4% presentó alto riesgo cardiovascular y con respecto al tabaquismo, la prevalencia fue del 14,9% teniendo la mayoría un RCV moderado (18).

Valdivieso (19) el 2019 en Chiclayo realizó una investigación la cual tuvo como objetivo “determinar el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado en personas adultas con hipertensión arterial del Hospital I Agustín Arbulú Neyra”, su metodología fue de diseño no experimental de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal , la población seleccionada fue de 303 pacientes, con diagnóstico de hipertensión arterial y la muestra se conformó por 137 pacientes. Obteniendo como resultados: el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos hipertensos , fue alto (58.4%); se identificó que las dimensiones con un alto nivel fueron, los componentes de poder, con un 78.8%, seguido de las capacidades fundamentales

(64.2%), mientras que el 64.2% obtuvo un nivel medio con respecto a dimensión capacidad para operacionalizar el autocuidado (19).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Teoría del autocuidado

La teoría del autocuidado fue desarrollada por Dorothea E. Orem en 1969, la cual se basa en las necesidades de la persona y como esta las suple, específicamente en el cuidado de sí mismo a través de conductas que existen en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento (20).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, como parte fundamental de su modelo y valoración del paciente, considerándose estos requisitos como necesidades o condiciones necesarias para el autocuidado, los cuales se dividen en tres tipos de requisitos (21).

- Requisito del autocuidado universal

Son actividades esenciales para ejercer el autocuidado, las cuales se definen como objetivos requeridos universalmente, comunes a todos los individuos, como: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, eliminación, actividad, descanso, interacción social y la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (22).

-Requisito de autocuidado del desarrollo

Se definen como necesidades cuyo objetivo es promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar sus efectos en los distintos momentos del desarrollo humano durante la niñez, adolescencia, adultez y vejez (23).

Existiendo los siguientes requisitos de autocuidado de desarrollo:

- Prever situaciones que impulsen el desarrollo.
- Involucramiento en el autodesarrollo.
- Gestionar los efectos de situaciones vitales que pueden afectar de negativamente al desarrollo.

- Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

Están asociados con la regulación de los efectos y resultados de las funciones que puedan verse alteradas en el organismo, como es el caso cuando un individuo padece de alguna enfermedad o está recibiendo atención médica consecuentemente aparecerán demandas adicionales de cuidados de la salud, así mismo las medidas que el individuo adopte cuando salud se vea afectada, para suplir sus necesidades son componentes activos que harán que el ejerza su autocuidado o dependa de otros para ello (23).

Definición de autocuidado

Se considera autocuidado a aquella acción deliberada que se dé por iniciativa propia de la persona la cual le permita regular su funcionamiento como ser humano (24). Orem concibe a estas personas como personas racionales, capaces de pensar en sí mismo y el entorno, también con la capacidad de realizar esfuerzos para realizar actividades que resulten favorable

para sí mismos, siendo el autocuidado una conducta concreta, para beneficio de su vida, salud y bienestar.

Definición de agencia de autocuidado

La agencia de autocuidado se conceptualiza como la capacidad humana para administrar y ejercer el autocuidado. Entendiéndose que esta es una compleja capacidad que se va desarrollando durante la maduración de las personas, permitiéndoles discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a su regulación, y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (25).

Se clasifica la agencia de autocuidado en los siguientes componentes:

Capacidad fundamental y disposición de autocuidado:

Esta habilidad se va adquiriendo a través del aprendizaje cuyo proceso implica atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar, es decir también agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación) (25).

Componentes de poder

Son las disposiciones puntuales de la persona para comprometerse en el autocuidado.

Capacidades para operaciones de autocuidado

Gast et al. (26) las subdivide en tres tipos:

- 1) Estimativas: se evalúan las condiciones y factores individuales y del medio ambiente que son importantes para su autocuidado.

2) Transicionales: se toman decisiones sobre lo que se debe y puede hacer para mejorarlo

3) productivas: se realizan las medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (26).

Dimensiones de la Agencia de autocuidado

Interacción social:

Es un requisito de autocuidado universal , Según Orem este requisito debe ser satisfecho para encontrar apoyo e influencia de comportamientos y hábitos que se dan al interactuar ; no se limita solo al control oportuno de la patología sino en encontrar fuentes de apoyo en una situación de pérdida de la salud. Según lo planteado, se requiere un equilibrio entre la soledad y la interacción social, puesto que el individuo es un ser sociable desde su nacimiento hasta su muerte, siendo la familia, la sociedad y la cultura, elementos básicos para que la persona pueda satisfacer sus necesidades (27).

Bienestar personal:

Según la RAE es el estado de la persona en el que existe el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica (28).

Las habilidades para el bienestar personal se van aprendiendo a lo largo de la maduración del individuo, y procurar este estado en la vida favorece al desempeño y el desarrollo.

Orem, a su vez, enfatiza que el autocuidado requiere la acción intencionada la cual está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa

en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar (29).

Actividad y reposo

Ambos forman parte de los requisitos básicos universales del ser humano, este requisito, comprende la competencia para movilizarse, realizar actividad física o buscar ayuda en caso de tener problemas con ello. Asimismo, el descanso es un estado de donde la actividad mental y física se reducen, teniendo como beneficio que el individuo se sienta reparado y preparado para iniciar las actividades habituales.

Por ende son primordiales el descanso y el sueño para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración y se afecta, el ánimo de participar en las actividades cotidianas disminuye, sufriendo irritabilidad (30).

Consumo suficiente de alimentos

Abarca la alimentación saludable, que brinde los nutrientes y calorías necesarias para la vida diaria tanto para actividades físicas e intelectuales. La alimentación debe contener los distintos grupos de macronutrientes; además de ser suficiente para el desarrollo de acuerdo a la edad. Orem (1983) propone que acorde con la situación particular del estado de salud del individuo debe ser el consumo adecuado de nutrientes además de ser una alimentación variada y en las raciones recomendadas, es decir mantener una dieta balanceada para así mantenerse saludable con un peso adecuado (30).

Promoción del funcionamiento y desarrollo personal:

Se describen como las actividades y modificaciones que realiza el individuo para mantener su salud, frente a situaciones que le plantea la vida, produciendo en el individuo adaptaciones para mantener condiciones beneficiosas para la vida y progreso ejerciendo así el autocuidado para regular su propio funcionamiento (30).

Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)

Conocida por sus siglas en inglés como Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA, fue desarrollada inicialmente por Evers para poder medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar el autocuidado y posteriormente a esta versión se han realizado traducciones al español con el fin de que esta escala sea mejor comprendida en la población de habla hispana (31).

2.2.2 Riesgo cardiovascular

Probabilidad que presenta un individuo de sufrir una enfermedad cardiovascular en un determinado plazo de tiempo generalmente en 5 a 10 años, dependiendo principalmente del número de factores de riesgo que estén presentes.

Según las sociedades científicas su estimación permite tomar acciones preventivas clasificando a los sujetos en distintos grupos de riesgo (32). Se debe tener en cuenta el conjunto de sujetos que no han presentado episodios cardiovasculares previos, si lo que se desea estudiar es para realizar prevención primaria, pero si consideramos a la población global con y sin

episodios previos se puede calcular el riesgo tanto en prevención primaria como secundaria (32).

Enfermedad cardiovascular

Enfermedad o grupo de enfermedades que se presentan debido al estrechamiento de los vasos sanguíneos, muy frecuentemente ocasionado por el acumulo de depósitos de grasa en las paredes arteriales, la cual las endurece ocasionando isquemia a órganos y tejidos; afectando a órganos diana como los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Dicha condición puede conducir a un ataque al corazón o derrame cerebral. Asimismo, existen otras condiciones que pueden afectar el corazón en su estructura como la afectación en las válvulas o ritmo que también se denominan enfermedades cardiovasculares (33).

Cabe resaltar que las condiciones más prevalentes como los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen ser originadas por en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas malsanas ,la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia (34).

Tipos de enfermedad cardiovascular

En la presente investigación se comprende la enfermedad coronaria total:

- Angina estable
- La angina inestable
- IAM
- Muerte coronaria

Dimensiones del riesgo cardiovascular

Factores de riesgo

Son aquellas condiciones que predisponen a los individuos a sufrir de algún daño o afectación en su salud.

Entre los factores de riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular se incluyen dos clasificaciones (35):

Factores no modificables:

Se definen como factores que no se pueden controlar en su aparición dado la naturaleza de su origen que no modificable, los cuales son los siguientes:

- **Edad.** En el ser humano el paso de los años conlleva el proceso de maduración y envejecimiento, el cual produce en el músculo cardíaco debilitamiento o engrosamiento, aumentando el riesgo de que las arterias sufran de isquemia y se dañen .
- **Sexo.** Se ha evidenciado que el sexo masculino es más proclive a padecer una enfermedad cardíaca mientras que en las mujeres el riesgo aumenta después de la menopausia (35).

Factores Modificables:

Factores en los cuales se puede intervenir para evitar o contrarrestar la aparición de daño u enfermedad.

- **Tabaquismo.** Según la guía nacional de abordaje técnico , fumador es aquel que en los últimos 6 meses ha fumado por lo menos un cigarrillo. Este hábito resulta nocivo para la salud dado que la nicotina presente en todos los cigarros, produce

constricción de los vasos sanguíneos y el monóxido de carbono producido por la combustión ,también puede dañar la íntima del vaso sanguíneo, lo que vuelve a los fumadores más susceptibles a la aterosclerosis.

- **Presión arterial alta.** Es uno de los factores modificables que al no ser controlado puede provocar el endurecimiento y engrosamiento en las arterias es decir estrechamiento vascular .
- **Niveles altos de colesterol en la sangre.** Niveles alterados en la sangre pueden incrementar el riesgo de formación de placas y por ende aterosclerosis.
- **Diabetes.** La diabetes incrementa el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. Ambas afecciones comparten factores de riesgo similares, como la obesidad y la presión arterial alta., Se considera diabetico a aquella persona con glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades (35) (36).

Métodos para calcular el riesgo cardiovascular

Se cuentan con 2 formas de calcular el riesgo cardiovascular , por métodos cualitativos y cuantitativos. Los cualitativos consisten en sumar factores de riesgo o la medir su nivel y clasificar al individuo en: riesgo leve, moderado, alto y muy alto; por otro lado los métodos cuantitativos consisten en ecuaciones de predicción de riesgo que indica en números porcentuales la posibilidad de presentación un evento cardiovascular en un periodo de tiempo, normalmente se utilizan programas informáticos para el cálculo o también a través de tablas de riesgo cardiovascular, que resultan de gran utilidad actualmente .

Para hacer cada vez más precisa su utilización se han ido dando diversas adaptaciones, como tablas de puntuaciones numéricas, las cuales dan una aproximación cuantitativa al resultado de la ecuación de base.

Se cuenta con variedad de tablas para la medición del riesgo cardiovascular, pero para la presente investigación se utilizará el método cuantitativo a través de la tabla de riesgo de Framingham por categorías (Wilson) (37).

Tablas de Framingham

Estas tablas provienen de la ecuación de riesgo del estudio de Framingham, estudio principal en introducir el concepto de factores de riesgo cardiovascular. Esta tabla valora el riesgo global para eventos cardiacos como infarto del miocardio, angina estable e inestable y muerte coronaria en un período de 10 años. Los resultados, tienen la siguiente clasificación: en menos de 10 % se considera riesgo bajo, entre el 10 y 20 % riesgo intermedio y más de 20 % alto riesgo (37).

Esta tabla es de fácil aplicación, utiliza el máximo número de variables de interés clínico y fáciles de medir, incluyendo el cHDL, sin que ello suponga una complicación, además toma en cuenta la diabetes (37).

2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis general

Hi: La agencia de autocuidado se relaciona significativamente con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.

Ho: La agencia de autocuidado no se relaciona significativamente con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión interacción social de la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022.

Hipótesis específica 2

-Hi: Existe relación significativa entre la dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.

Hipótesis específica 3

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.

Hipótesis específica 4

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.

Hipótesis específica 5

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio tiene como método el hipotético deductivo de describir la agencia de autocuidado basándose en el modelo de Dorothea Orem en pacientes de un hospital de Lima. El diseño de investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, pues se mostrara la variable tal y como se presenta en un periodo preciso de tiempo.

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque utilizado es cuantitativo pues se asignarán valores numéricos que se traducirán en resultados que explicarán los fenómenos estudiados, la cual asume una realidad objetiva. (38).

3.3. Tipo de investigación

Se consolidara la información obtenida a través de los conocimientos construidos por los conceptos y teorías previas para la problemática planteada , lo cual permitirá soluciones prácticas , es decir la presente investigación es aplicada(39).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio es no experimental u observacional, dado que no se modificará las variables, siendo descriptivo correlacional, pues se busca encontrar relación entre las variables de estudio hipotética-deductiva dado que se plantea unas hipótesis basadas en un marco teórico. (40)

El nivel de la investigación será correlacional de corte transversal, dado que se dará en un periodo concreto de tiempo.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Se encontrara constituida por un total de 369 pacientes, que son atendidos en el servicio de especialidades médicas de un hospital de Lima.

Criterios

Criterios de inclusión:

- Pacientes que estén recibiendo atención en el servicio de especialidades médicas.
- Pacientes que se encuentren sin dificultades intelectuales.
- Pacientes de 30 a 74 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que se encuentren hospitalizados por causas no cardiológicas.
- Pacientes que acepten el consentimiento informado para participar en la investigación.

criterios de exclusión:

- Pacientes que no se encuentren hospitalizados en el servicio de especialidades médicas.
- Pacientes que hayan sufrido algún evento cardiovascular anterior.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 75 años de edad.
- Familiares del paciente.

3.5.1 Muestra

Fórmula para determinar la muestra:

$$n = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Donde:

Z = coeficiente de confianza (Para un nivel de 95% $\sigma = 1.96$)

$p = 0.5$

c = Margen de error ($.04 = \pm 4$)

E = error de estimación o precisión (5%)

$$n = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2}$$

$$n = 189$$

3.5.2 Muestreo

La técnica del muestreo es probabilística, aleatoria simple dado que se seleccionarán al azar a los individuos para la investigación.(41)

3.6. Variables y operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (NIVELES O RANGOS)
V1: AGENCIA DE AUTOCUIDADO	Capacidad humana para administrar y ejercer el autocuidado y discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, a través de actividades determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.	La agencia del autocuidado será medida a través del instrumento Escala de valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), para la medición de las dimensiones de interacción social (2 ítems), bienestar personal (12 ítems), actividad y reposo (5 ítems), consumo suficiente de alimentos (1 ítems) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (4 ítems). La escala cuanta con 24 ítems, respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto.	Interacción social Bienestar personal Actividad y reposo Consumo suficiente de alimentos Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Recurrir a amigos de siempre. Buscar ayuda Revisa actividades que practica Hace lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive. Hace lo que sea necesario para mantenerse con salud. Busca mejores formas para cuidar su salud frecuencia de baño Pide explicaciones sobre lo que no entiende de su salud Examina su cuerpo para ver si hay algún cambio. Es capaz de cambiar hábitos cuenta con una persona que le brinda información sobre los efectos secundarios. Es capaz de evaluar que tanto sirve lo que hace para mantenerse con salud. Consigue la información necesaria sobre qué hacer. Sacar tiempo para si conseguir ayuda cuidarse como debe ejercicio y descanso durante el día dormir lo suficiente como para sentirse descansado Tiempo para cuidarse cambios en hábitos alimenticios ajustes para mantener la salud Cuando hay situaciones que le afectan las maneja de manera que pueda mantener su forma de ser Toma medidas de seguridad A pesar de limitaciones para movilizarse es capaz de cuidarse como le gusta	cualitativa ordinal	Alto= 89-120 Medio=57-88 Bajo=24-56

V2: Riesgo cardiovascular**CUADRO DE LA VARIABLE 2: RIESGO CARDIOVASCULAR**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA (NIVELES O RANGOS)
V2 RIESGO CARDIOVASCULAR	Probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad cardiovascular en un determinado plazo de tiempo dado por los factores de riesgo que estén presentes en el individuo.	Es la posibilidad de que un individuo pueda sufrir una enfermedad cardiovascular el cual se calcula mediante el score de Framingham el cual evalúa la edad, presión arterial, colesterol, colesterol HDL, diabetes y el tabaquismo según sexo.	factores de riesgo no modificables	Sexo Edad	ordinal y nominal	Bajo riesgo <10%
			factores de riesgo modificables	Presión arterial sistólica diabetes mellitus tabaquismo colesterol total colesterol HDL		Riesgo moderado 10% a 20%
						Alto riesgo si es >20%.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En el presente estudio se utilizará la encuesta dirigida a pacientes de 30 a 74 años atendidos en especialidades médicas. Aplicándose la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) para la medición de la agencia de autocuidado, así mismo para la medición del riesgo cardiovascular se utilizará la tabla de riesgo de Framingham por categorías (Wilson).

Cada instrumento se aplicará individualmente a cada paciente que haya dado su consentimiento de participación; así mismo se les indicará que sus respuestas se mantendrán de manera anónima (41).

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento a utilizar para el estudio de la agencia de autocuidado es la escala ASA; la cual contiene : presentación, datos generales e instrucciones para el encuestado. La escala se compone de 24 preguntas con sus alternativas de solución; siendo un cuestionario conformado por preguntas cerradas con alternativas de solución nominales y escala tipo Likert, las cuales representan los componentes de cada dimensión, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede lograr un puntaje desde 24 a 120 puntos.

Mientras que para estimar el riesgo cardiovascular se utilizara la tabla de riesgo de Framingham por categorías que contiene las dimensiones: edad (30-74 años), sexo, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) y las categorías de: HDL-colesterol, colesterol total y presión arterial sistólica y diastólica , cada una de estas dimensiones cuenta con puntajes los

cuales deben sumarse según colesterol total. Se determina el número de puntos que recibe un paciente por cada factor de riesgo (pasos 1 a 6) y se suman (paso 7) para la obtención del riesgo cardiovascular por categorías de bajo riesgo <10%, riesgo moderado 10% a 20% y alto riesgo si es >20%.(37)

3.7.3. Validación

La escala ASA (Appraisal of Self-care Agency Sale) por sus siglas en ingles se traduce en escala de valoración de la agencia de autocuidado, se desarrolló en 1983 en Holanda originalmente por Isenberg y Evers ;comprobaron la validez del constructo en diferentes países de asia y europa , por lo que dicha validación “demuestra el poder del instrumento para discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia “. (42)

El instrumento fue validado por la Dra. Gallegos en México ,en su primera traducción al español ,confirmando su validez y confiabilidad obteniendo un Alfa de Crombach de 0,77 Se obtuvo la validez a través de análisis factorial Kaise Meyer Olkin (KMO) Con valor de 0.70 y la prueba de esfericidad de Bartell con resultados significativos de $p < 0.001$. (42)

Mientras que para la escala de Famingraham ($r:0,3798$; $p < 0,001$) demostró a partir de los resultados de un estudio en España , parece ser el método que se correlaciona más con la enfermedad cardiovascular .(43)

3.7.4. Confiabilidad

Gallegos determinó la validez conceptual y confiabilidad de la escala, versión en español, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0,77, lo que significa que los ítems de la escala miden

un mismo concepto (consistencia interna), y confirmó la validez conceptual, motivo por el cual se utilizara en la presente investigación (44).

La escala de Framingham es utilizada ampliamente en investigaciones a nivel mundial. Garcia (44) al evaluar el riesgo cardiovascular con la escala de Framingham encontró una concordancia moderada (valor kappa de 0,543) para determinar el riesgo(45).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Primero: Se enviará una solicitud dirigida al director del comité de investigación del hospital en estudio-lima, para conseguir su autorización para la ejecución de la investigación.

Segundo: Los pacientes previa información firmaran el consentimiento informado.

Tercero: Se aplicarán el instrumento para determinar la agencia de autocuidado y la escala de riesgo cardiovascular para determinarlo en los pacientes.

Cuarto: Posteriormente los datos se plasmarán en tablas estadísticas, para con ello continuar con la fase de interpretación de resultados y elaboración del informe.

Quinto: para el análisis estadístico se empleará el software SPSS 25.0, mediante el envío de la matriz de datos al software estadístico para su análisis.

Sexto: Los resultados obtenidos se ordenarán y presentarán en gráficos y tablas para determinar la relación entre variables de estudio.

Séptimo: Se empleará la estadística inferencial para el contraste de la hipótesis a través del coeficiente de correlación de Rho de Spearman el cual permitirá hallar el grado de correlación entre las variables en estudio.

3.9. Aspectos éticos

En la presente investigación se aplicarán los siguientes principios éticos: Autonomía, beneficencia, no maleficencia y confidencialidad que son de suma importancia en el aspecto ético de la investigación con seres humanos, con el debido respeto de su dignidad, libertad de expresión y bienestar.

Principio de Autonomía:

El participante tendrá libertad de elegir voluntariamente si desea ser parte de la investigación o no.

Principio de Beneficencia:

La investigación se hará en bien de generar mayor conocimiento y determinar la relación de variables de Agencia de autocuidado y riesgo de enfermedades cardiovasculares en los pacientes ,dando a conocer las acciones más importantes.

Principio de Confidencialidad:

Los datos recolectados en la investigación serán confidenciales pues la información obtenida solo se utilizarán para estudio, y se mantendrán anónimos a los participantes.

Principio de no Maleficencia:

El estudio no causará ningún daño físico y ni psicológico al paciente

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Selección del tema a investigar.	■	■																						
2. Lectura de información - marco teórico		■	■																					
3. Formulación del problema de investigación .				■	■																			
4. Formulación de los objetivos de estudio.						■																		
5. Justificación del problema de investigación.							■																	
6. Elaboración de la hipótesis de la investigación								■																
7. Proceso de Operacionalización de variables									■	■														
8. Establecimiento de la población y muestra del estudio.										■														
9. Búsqueda de los instrumentos de recolección de datos											■	■												
10. Precisar aspectos administrativos del proyecto													■											
12. Análisis de los datos														■	■									
13. Redactar el manuscrito de investigación.															■	■	■							
14. Corrección del proyecto de investigación.																	■	■						
15. Presentación del proyecto de investigación																					■			

4.2 PRESUPUESTO

Unidad	Concepto	C.U.	Sub Totales
1	LAPTOP	1000	1000.00
90	COPIAS	0.20	18.00
10	LAPICEROS	1.00	10.00
2	LIBROS	50	100.00
2	FOLDERS	5	10.00
3	CD	5	15
1	INTERNET	80	80
1	ESTADISTICO Y ASESOR	800	800
1	IMPREVISTOS	100	100
		TOTAL	2133.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Who.int. [citado el 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases>
2. Dumitrascu G. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En: Toma de Decisiones en Anestesiología. Elsevier; 2008. p. 100–1.
3. Sanchez J. Non-communicable diseases news [Internet]. Paho.org. 2012 [citado el 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7257:2012-dia-mundial-corazon-enfermedades-cardiovasculares-causan-1-9-millones-muertes-ano-americas&Itemid=4327&lang=fr
4. Mide tu Presión y ayuda a tu Corazón [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/361-mide-tu-presion-y-ayuda-a-tu-corazon>
5. Gob.pe. [citado el 31 de Mayo del 2022]. Disponible en :https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf

6. Miranda J, Wells J, Smeeth L. Transiciones en contexto: Hallazgos vinculados a migración rural-urbana y enfermedades no transmisibles en Perú. *Rev Per Med Exp Salud Publica*. 2012 Jul-Set;29(3):366-72. [citado el 18 Mayo de 2022]
7. Orem, DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, Savat; 1993.
8. Olivella MC, Bastidas C, Castiblanco M. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan* [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2022];12(1):53–61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100006
9. Granger B, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Inger E. A Qualitative Descriptive Study of the Work of Adherence to a Chronic Heart Failure Regimen Patient and Physician Perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 24 (4): 308 y 315.
10. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Paho.org. [citado el 24 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
11. Noriega López, W, Torres Rodríguez, Y Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hospitalizados - Cartagena 2019. [Internet]. Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena; 2019 [citado: 2022, septiembre] 73 hojas

12. Molano Barrera DY, González Consuegra RV. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Investg. Enferm. Imagen Desarrollo. [Internet]. 29 de junio de 2020 [citado 7 de septiembre de 2022];22. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/28637>

13. Mendoza A, Tejero M, Morales J, Buitrago F. Prevalence and degree of control of cardiovascular risk factors in patients with ischemic cardiopathy of an urban health center. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2021 [citado el 22 de septiembre de 2021];95. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33589582?lang=es>

14. Beltrán, L., & Gustavo, W. (2022). Agencia de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí. Guayaquil 2022. La Libertad Universidad Estatal Península de Santa Elena .[Internet]. 2022 [citado el 7 de septiembre de 2022]; disponible en :<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8053>

15. Arboleda Carvajal MS, García Yáñez AR. Riesgo cardiovascular: análisis basado en las tablas de Framingham en pacientes asistidos en la unidad ambulatoria 309, IESS – Sucúa. Rev Med [Internet]. 2017 [citado el 11 de septiembre del 2022];25(1):20–30.Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562017000100003

16. Moscoso M. Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Policlínico Municipal de Jesús María - UBAP - Es Salud – enero 2017. [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017. citado el 25 de septiembre de 2021];.Disponible en https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6521/Moscoso_bm.pdf?sequence=3
17. Tejada T. Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de ayapata-2018. [Trabajo de investigación de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional Del Altiplano, Facultad de Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería,; 2018. citado el 13 de junio de 2022];.Disponible en http://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada_Quispe_Thalia.pdf?sequence=1
18. Abarca D, Guerra E ,Machahuay E . Determinación del riesgo cardiovascular según el score de Framingham en pacientes atendidos en un hospital público de Ica-2019 [Trabajo de investigación de licenciatura]. Lima : Universidad Continental ,Facultad de ciencias de la salud, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, 2019. citado el 13 de junio de 2022];.Disponible en <http://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/handle//9639/df?sequence=1>

19. Llontop V, Yoshelyn S. Capacidad de agencia de autocuidado de personas adultas con hipertensión arterial del Hospital I Agustín Arbulú Neyra – Ferreñafe. 2019. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020.

20. Alexander Segall and Jay Goldstein (1998). «Exploring the Correlates of Self Provided Health Care Behaviour». En Coburn, David; D'Arcy, Alex; Torrance, George Murray, eds. Health and Canadian Society: Sociological Perspectives. University of Toronto Press. pp. 279-280. ISBN 0802080529)

21. Navarro Peña Y., Castro Salas M.. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [citado 2018 Mar 28] ; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es.

22. Rodríguez-Gázquez MDLÁ, Arredondo-Holguín E, Salamanca-Azevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enferm glob [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 8];12(2):183–95. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009

23. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac médica espiritua. 2017;19(3):89–100

24. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad [Internet]. Wwww.uv.es. [citado el 7 de junio del 2022]. Disponible en: https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio_profesional/agencia.pdf

25. Gast HL, Denyes MJ, Campbell JC, Hartweg DL, Schott-Baer D, Isenberg M. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. ANS Adv Nurs Sci [Internet]. 1989 [citado 17 de junio de 2022];12(1):26-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2506797/>

26. Fernández C. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson S.A Ediciones; 2003

27. RAUL L, Manual CTO para la preparación de las Oposiciones.3DA ED. PAIS VASCO.2018,PAG 11-12

28. Rae.es. [citado el 22 de junio del 2022]. Disponible en : <https://dle.rae.es/bienestar>

29. Carmona V, El bienestar personal en el envejecimiento. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [Internet]. 2009; IV (7):48-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014858003>

30. Lesur, L. Cuidado cotidiano del adulto mayor. Cuidado de los adultos mayores: México; editorial miembro de la cámara nacional de la industria; 2012: P 50.

31. Vista de Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia [Internet]. Edu.co. [citado 11 de septiembre de 2022].

Disponible

en:

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/1966>

32. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Paho.org. [citado el 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

33. Suárez C. Fesemi.org. [citado el 9 de junio del 2022 2022]. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/capitulo-3_2.pdf

34. Enfermedades cardiovasculares [internet] [citado el 25 de septiembre de 2021] Disponible en :[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

35. Enfermedad cardíaca [Internet]. Mayoclinic.org. 2021 [citado el 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118>

36. Factores de riesgo cardiovascular. (2017, December 27). Texas Heart Institute. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>

37. Álvarez A. The cardiovascular risk charts: A critical review. Medifam [Internet]. 2001 [citado el 2 de junio del 2022];11(3):20–51. Disponible en :

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000300002&lng=en&nrm=iso

38. Suárez C. Fesemi.org. [citado el 30 de junio del 2022 2022]. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/capitulo-3_2.pdf

39. Arias E. Tipos de investigación [Internet]. Economipedia. 2020 [citado 30 de junio del 2022].Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/tipos-de-investigacion.html>

40. Lozada J. Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica [Internet]. 2014 [citado 11 de septiembre de 2022];3(1):47–50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>

41. Ávila Y, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo [Internet]. Alerta - Revista Científica del Instituto Nacional de Salud. 2019 [citado 10 de junio del 2022]. Disponible en: <https://alerta.salud.gob.sv/introduccion-a-los-tipos-de-muestreo/>

42. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2015). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 29, 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>

43. Semg.info. [citado 2022 Nov 5]. Disponible en :
http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_49/pdf/885-892.pdf
44. Manrique A, Fernandez A, Velandia A . Analisis factorial de la Escala Valoración de Autocuidado ASA en Colombia,.Aquichan [Internet].2009;9(3):222-235. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>.
45. Semg.info. [citado el 16 de junio de 2022]. Disponible en:
http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_49/pdf/885-892.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Agencia de autocuidado y riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022

Formulación del problema	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE S y DIMENSIONES	Diseño metodológico
Problema General ¿Cómo la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022? Problemas específicos ¿Cómo se relaciona la dimensión interacción social de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022? ¿Cómo se relaciona la dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022? ¿Cómo se relaciona la dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022? ¿Cómo se relaciona la dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022? ¿Cómo se relaciona la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022?	Objetivo general Determinar cómo la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2021 Objetivos Específicos: Identificar cómo la dimensión interacción social de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo . Identificar cómo la dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular . Identificar cómo la dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular. Identificar cómo la dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular. Identificar cómo la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular .	Hipótesis general Hi: La agencia de autocuidado se relaciona significativamente con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Ho: La agencia de autocuidado no se relaciona significativamente con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. 2.3.2. Hipótesis específicas Hipótesis específica 1 Hi: La dimensión interacción social de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022. Ho: La dimensión interacción social de la agencia de autocuidado no se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima - 2022. Hipótesis específica 2 -Hi: La dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. -Ho: La dimensión bienestar personal de la agencia de autocuidado no se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Hipótesis específica 3 Hi: La dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Ho: La dimensión actividad y reposo de la agencia de autocuidado no se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Hipótesis específica 4 Hi: La dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Ho: La dimensión consumo suficiente de alimentos de la agencia de autocuidado no se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Hipótesis específica 5 Hi: La dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022. Ho: La dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal de la agencia de autocuidado no se relaciona con el riesgo cardiovascular en pacientes de un hospital de Lima – 2022.	Variable 1: Agencia de autocuidado Dimensiones: Interacción social Bienestar personal Actividad y reposo Consumo suficiente de alimentos Promoción del funcionamiento y desarrollo personal Variable2: Riesgo cardiovascular Dimensiones: factores de riesgo no modificables factores de riesgo modificables	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo-correlacional Método Y diseño: Estudio no experimental correlacional de corte transversal. Enfoque cuantitativo Nivel: correlacional M= X1 - X2 N de variables : 2 Población: 369 Muestra: 189 Estadísticos: Ro de sperman Pearson Chi cuadrado

Anexo 2:**ESCALA DE VALORACION DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)**

Estimado paciente gracias por su participación en el proyecto de investigación “AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE LIMA - 2022” .Por favor marque la respuesta que corresponda al grado que mejor describe como usted es. No hay respuesta correcta o incorrecta

DATOS:

EDAD:

SEXO:

ITEMS	TOTALMENTE EN DESACUERDO (1 PUNTO)	EN DESACUERDO (2 PUNTOS)	INDECISO (3 PUNTOS)	DE ACUERDO (4 PUNTOS)	TOTALMENTE DE ACUERDO (5 PUNTOS)
INTERACCION SOCIAL					
1.-Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.					
2.-Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda					
BIENESTAR PERSONAL					
3.-Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.					
4.-Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5.-Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6.-Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.					
7.-Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.					
8.-Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.					
9.-Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					

10.-He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud					
11.-Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.					
12.-Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
13.-Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
14.-Puedo sacar tiempo para mi					
ACTIVIDAD Y REPOSO					
15.-Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda					
16.-Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo					
17.-Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día , pero no llego a hacerlo					
18.-Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado					
19.-Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme					
CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS					
20.-Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios					
PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL					
21.-A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud					
22.-Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser					
23.-Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro					
24.-A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mi me gusta					

Tabla de Riesgo de Framingham por categorías (Wilson)

(Riesgo de enfermedad coronaria total)

PASO 1

EDAD		
PUNTUACIÓN		
	Hombre	Mujer
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

PASO 2

DIABETES		
PUNTUACIÓN		
	Hombre	Mujer
NO	0	0
SÍ	2	4

PASO 3

FUMADOR/A		
PUNTUACIÓN		
	Hombre	Mujer
NO	0	0
SÍ	2	2

PASO 4

Colesterol total		
PUNTUACIÓN		
	Hombre	Mujer
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
>280	3	3

PASO 5

HDL COLESTEROL		
PUNTUACIÓN		
	Hombre	Mujer
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3

PASO 6

PRESIÓN ARTERIAL HOMBRES		
Sistólica	Diastólica	
	<80	80-84 85-89 90-99 >100
<120	0 Ptos.	0 Ptos.
120-129	0 Ptos.	1 Pto.
130-139	1 Pto.	2 Ptos.
140-159	2 Ptos.	3 Ptos.
>160	3 Ptos.	3 Ptos.

PRESIÓN ARTERIAL MUJERES		
Sistólica	Diastólica	
	<80	80-84 85-89 90-99 >100
<120	3 Ptos.	0 Ptos.
120-129	0 Ptos.	0 Ptos.
130-139	0 Ptos.	2 Ptos.
140-159	2 Ptos.	3 Ptos.
>160	3 Ptos.	3 Ptos.

Cuando la P.A. sistólica y diastólica aportan distinta puntuación se utiliza el mayor de los valores.

TABLA PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO EN FUNCIÓN DE LA PUNTUA-

Riesgo de ECV (10 años)		
PUNTOS	Hombre	Mujer
-2	2%	1%
-1	2%	2%
0	3%	2%
1	3%	2%
2	4%	3%
3	5%	3%
4	7%	4%
5	8%	4%
6	10%	5%
7	13%	6%
8	16%	7%
9	20%	8%
10	25%	10%
11	31%	11%
12	37%	13%
13	45%	15%
14	>53%	18%
15	>53%	20%
16	>53%	24%
>17	>53%	>27%

Anexo 3: Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud: AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE LIMA-2022. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE LIMA-2022.

Nombre del investigador principal: Angelina N. Salazar Merino

Propósito del estudio: Establecer la relación entre la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular del paciente hospitalizado.

Participantes : Pacientes hospitalizados

Inconvenientes y riesgos: Ninguno

Confidencialidad : SI

Renuncia: Voluntaria

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En mérito a ello proporciono la información siguiente:

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

Anexo 4: Informe de originalidad

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
ANGELINA 2 ok.docx	angelina salazar
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
10390 Words	60758 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
60 Pages	315.4KB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Sep 20, 2022 10:20 PM GMT-5	Sep 20, 2022 10:23 PM GMT-5
● 20% de similitud general El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base • 19% Base de datos de Internet • 3% Base de datos de publicaciones • Base de datos de Crossref • Base de datos de contenido publicado de Cross • 6% Base de datos de trabajos entregados ● Excluir del Reporte de Similitud • Material bibliográfico • Material citado • Coincidencia baja (menos de 10 palabras)	