

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR
PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POSINFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA
ASENJO. CHICLAYO, 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

CINTHIA LUCERO CABRERA DELGADO

ASESOR

FRANCISCA CONSTANTINO FACUNDO

<https://orcid.org/0000-0002-5494-5806>

Chiclayo, 2020

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR
PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POSINFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO, 2019**

PRESENTADA POR:

CINTHIA LUCERO CABRERA DELGADO

A la facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Lisseth Dolores Rodríguez Cruz

PRESIDENTE

Mercedes Elizabeth López Díaz
SECRETARIO

Francisca Constantino Facundo
VOCAL

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. MARCO TEÓRICO	11
III. MATERIALES Y MÉTODOS	17
3.1 Tipo de investigación	17
3.2 Diseño de investigación	17
3.3 Población, muestra y muestreo	17
3.4 Criterios de selección	18
3.5 Instrumentos de recolección de datos	18
3.6 Procedimientos	20
3.7 Plan de procesamiento y análisis de datos	21
3.8 Consideraciones éticas	21
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. REFERENCIAS	33
VIII. ANEXOS	40

RESUMEN

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en todo el mundo. Siendo el infarto agudo de miocardio (IMA) la segunda causa de muerte en Lambayeque, presentándose en los últimos años en edades más tempranas. Se tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad de autocuidado y el apoyo familiar percibido por las personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2019. Método: Estudio cuantitativo, con diseño descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 410 personas que han sufrido un IMA en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2018, la muestra fue de 199 personas, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado y el cuestionario Percepción de Apoyo Familiar, el cual tiene una confiabilidad 0.825 % y 0.941% respectivamente; aun así, se validaron los instrumentos a nivel local con el método de Alfa de Cronbach (0.843 %) (0.877%) de confiabilidad, respectivamente. Finalmente se tiene como resultado, que existe relación entre capacidades de Autocuidado y apoyo Familiar en la población estudiada por lo que se rechaza la hipótesis nula, siendo esta una relación positiva perfecta y directamente proporcional (0.825%) con significancia bilateral. Concluyendo que, a mayor capacidad de autocuidado presente en el paciente, el apoyo familiar que reciba será muy buena o viceversa; de este modo se evitaría los preinfartos y reingresos hospitalarios.

Palabras claves: Autocuidado (D012648), familia (D005190), infarto agudo de miocardio (D009203).

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide. Being acute myocardial infarction (IMA) the second cause of death in Lambayeque, appearing in recent years at younger ages. The objective was to determine the relationship between self-care capacity and family support perceived by people posacute myocardial infarction, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo -2019. Method: Quantitative study, with descriptive correlational design. The population was made up of 410 people who have suffered an IMA at the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital during 2018, the sample was 199 people, the sampling was non-probabilistic for convenience. The survey was used as a technique and as instruments the Scale to Estimate Self-Care Capacities and the Family Support Perception questionnaire, which has a reliability of 0.825% and 0.941% respectively; Even so, the instruments were validated at the local level with the Cronbach Alpha method (0.843%) (0.877%) of reliability, respectively. Finally, the result is, that there is a relationship between Self-care abilities and Family support in the studied population, so the null hypothesis is rejected, being this a perfect and directly proportional positive relationship (0.825%) with bilateral significance. Concluding that, the greater the self-care capacity of the patient, the family support they receive will be very good or vice versa; This would prevent reinfarctions and hospital readmissions.

Keywords: Self-care (D012648), family (D005190), acute myocardial infarction (D009203).

I. INTRODUCCIÓN

Los padecimientos cardiovasculares, son los principales responsables de un gran número de pérdidas mortales a nivel mundial; anualmente pierden la vida más personas por esta enfermedad, que, por otras causales, esta enfermedad afecta en mayor grado a los países de pocos recursos económicos, generando un porcentaje mayor al 75% de las defunciones¹.

A nivel departamental, en base a la información correspondiente al análisis situacional de salud (ASIS) del 2016, en la región Lambayeque se obtuvo que las enfermedades ocasionadas a nivel cardíaco son el motivo principal de fallecimientos absoluta, donde el infarto agudo de miocardio (IMA) ocupa el segundo puesto de morbimortalidad, predominante en el grupo etario mayor de 55 años, por lo cual es primordial para salud pública la vigilancia de esta enfermedad².

A nivel local, mediante una entrevista realizada por una periodista de un diario al jefe del área de cardiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, perteneciente al seguro social de salud indicó: “Que, se han realizado estudios a nivel nacional donde se habla de un promedio de 15 infartos por día en el Perú, de ellos aproximadamente el 60 por ciento no reconocen síntomas, y por esto algunos fallecen sin saber que tenían problemas del corazón; si el paciente presenta shock cardiogénico, tiene un 60 a 70 por ciento de morir entre las primeras 24 horas y esto se debe al desconocimiento de la población”, y explicó que solo en la región Lambayeque, de 10 personas aseguradas que llegan a los diversos hospitales de EsSalud diariamente, el 30% fallece y las edades van desde los 35 años para adelante, siendo pocos los casos en menores de edad³.

Es así que, el IMA es una enfermedad cardiovascular, que se da por la privación súbita de la circulación sanguínea que genera la muerte del tejido, seguido de la liberación de biomarcadores de necrosis miocárdica⁴. Las consecuencias de atravesar la experiencia de haber sufrido un IMA son complejas ya que el paciente experimenta altos niveles de estrés emocional y ansiedad⁵, estos sentimientos comprometen la dimensión emocional de la persona, tanto es así que, existen trastornos psicológicos que se desprenden del IMA, según Buitrago⁶, estos sentimientos depresivos pueden perdurar en el paciente hasta la etapa de posIMA.

Por eso es fundamental considerar la dimensión emocional de las personas cuidadas, ya que algunos se rehúsan a enfrentar las consecuencias de su enfermedad y no toman en cuenta lo importante que es autocuidarse y en consecuencia no cumplen con su alimentación, ni las indicaciones médicas, así como con los medicamentos, el control regular de su peso y su cuidado personal en general⁷. De allí que el autocuidado es de vital importancia en estas personas, pues si cumple todas las indicaciones se evitarán complicaciones a futuro, así mismo, se constituye un soporte fundamental en el control y tratamiento de la enfermedad⁸.

Por lo tanto, es importante para las personas posIMA desarrollar la capacidad de autocuidado, con la finalidad de mejorar su conocimiento y prácticas sobre su dolencia, lo que le permitirá cuidarse a sí mismo, inclusive, disminuirán las hospitalizaciones, incrementará la adherencia al tratamiento, retrasará la dependencia y en consecuencia mejorará su calidad de vida, así mismo, el entorno familiar deberá identificar las capacidades con las que cuenta el paciente, pues estas serán determinantes al momento de intentar cubrir parcial o totalmente las necesidades que derivan del autocuidado, para lograr así mantener la salud e incluso la vida⁹. Según Llanes¹⁰ en su estudio obtuvo que las personas con problemas relacionados a isquemia crónica del corazón presentan un autocuidado inadecuado en un 68%, siendo en mayor grado en la dimensión de alimentación, ejercicio, visualización del físico, asistencia periódica a controles y disminución de malos hábitos.

Además, para la persona posIMA constituye un factor fundamental contar con el apoyo familiar, que le ayudarán a enfrentar el proceso de la enfermedad. Esto se evidencia en el estudio realizado por Villalobos donde se obtuvo el 86.5% para un nivel alto de apoyo familiar en la población encuestada¹¹. Mayormente este apoyo está constituido por la cónyuge e hijos, los que van a ayudar a realizar cambios perdurables en sus estilos de vida saludable, rutina diaria, el cumplimiento del tratamiento, apoyo emocional; así también prevenir complicaciones, donde las personas posIMA aprendan actividades y sigan un solo objetivo con la finalidad de ejercer regulación a los componentes que aquejan la vida, su salud y bienestar¹².

En el aspecto social, este padecimiento se ha ido transformado paulatinamente en una problemática de gran impacto en salud pública, por lo que es relevante modificar

estilos de vida puesto que ellos juegan un papel preponderante en la recuperación de la persona enferma. Esta problemática en particular, es objetivo de estudio de muchas investigaciones cuyos resultados a la luz de la teoría demuestran que la identificación rápida de estos comportamientos y de las actividades cotidianas en las personas que han sufrido un IMA, favorecen el descenso de las probabilidades de recaer, evitando el avance de la enfermedad y por consiguiente el riesgo de muerte súbita¹³.

El aspecto económico también juega un papel muy importante ya que los ingresos frecuentes de este paciente a un centro hospitalario producen presiones económicas en estos, lo cual complica la situación financiera de estos centros. Por ello, si los pacientes concientizan su enfermedad y toman en cuenta los cuidados a seguir tanto físicos, alimenticios, sociales, emocionales, etc.; se podrá mejorar controles reduciendo así reingresos en el hospital. Así mismo, muy pocas personas de recursos económicos más bajos acuden con especialistas en su padecimiento, inclusive muchas causas de visita al médico no se deben a problemas de salud en sí mismas, sino que reflejan necesidades sociales. Aunque pudiera creerse que las personas de recursos económicos más bajos reciben un menor tratamiento a nivel preventivo, una investigación realizada en España a pacientes con cardiopatía isquémica no evidenció diferencias entre pacientes con mayor o menor recursos económicos, al menos en prevención secundaria¹¹.

Este estudio nace como resultado de observaciones realizadas por la investigadora en las prácticas hospitalarias donde tuvo la oportunidad de relacionarse con pacientes posIMA, quienes refirieron que: *“Yo no me cuidaba en la comida, yo comía en la calle, no me gusta caminar, no hago ejercicios, ni deporte, yo solo venía al hospital cuando me sentía muy mal”*. Por otro lado, al conversar con las enfermeras del servicio, indicaron: *“Qué, a todos los pacientes posIMA, les brindan educación de cómo cuidarse, mediante la alimentación, ejercicios, medicamentos, el autocuidado, etc.* Pero a pesar de esto, algunos pacientes manifestaron que la experiencia de su enfermedad, fue muy negativa, requiere mucho de la concientización sobre su salud, para evitar recaer en un infarto.

Se planteó de esa manera, el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre la capacidad de autocuidado y el apoyo familiar percibido por las personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga

Asenjo Chiclayo, 2019?

Formulándose también, los siguientes objetivos; como objetivo general fue determinar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido por las personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo -2019 y como objetivos específicos: Identificar la capacidad de autocuidado y el apoyo familiar en personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo -2019.

Es así que, esta investigación se justificó porque el IMA en el Perú y el mundo es una de las principales causales de fallecimiento en personas adultas, siendo generadora de la mayor carga problemática de salud actual¹; así mismo, ha provocado la mayor cantidad de ingresos hospitalarios tanto en personas hipertensas como fumadores por tener un autocuidado ineficaz.

Por otro lado, en Lambayeque el 30%² de los pacientes que llegan con esta enfermedad al hospital son jóvenes menores de 30 años, esto como consecuencia de la falta de programas de rehabilitación cardíaca, que dificulta a su vez, que la persona logre tomar buenas decisiones en relación a controlar su enfermedad y mantener una vida de calidad. Además, muchas personas cuentan con una idea intrínseca de autocuidado, pero que no es suficiente para ponerla en práctica y aún más cuando se encuentran fuera de los hospitales, pues se perciben libres de todo riesgo, descuidando su bienestar¹². La investigación permitirá conocer la perspectiva del paciente sobre su enfermedad, su capacidad de autocuidado al tomar decisiones para mejorar su estado de salud, y que tanto influye el apoyo familiar en el manteamiento y continuidad de mantener un estilo vida que lo favorezca en su proceso de enfermedad.

Por eso, la realización de esta investigación, nos facilitará a conseguir datos que ayuden a permitir el conocimiento de la relación existente entre la capacidad de autocuidado y apoyo familiar de los pacientes que han sufrido un IMA y así poder llenar vacíos de conocimiento referente al tema en cuestión. En consecuencia, los resultados de este estudio, podrán ser un marco de referencia para otras investigaciones semejantes al objeto de estudio, contribuyendo de manera positiva y significativa en el mejoramiento de los niveles de calidad de vida de los individuos que sufren dicho padecimiento, y proponer la apertura de programas que busquen la rehabilitación de los

pacientes con problemas cardíaca mediante el uso de sistemas enfermeros básicos que propone Orem¹⁴. Así también en esta investigación se cumple con una de las funciones de enfermería que se enfoca en planificar y a su vez ejecutar actividades relacionadas a la prevención y promoción en esa área de competencia y ayudar a reducir la problemática acerca de la incidencia de IMA.

II. MARCO TEÓRICO

El autocuidado nace del día a día de las personas y de su interrelación con su entorno, siendo considerada personal, de carácter intencional y único; cuyo desarrollo se da dentro de un contexto sociocultural. Es decir, es un proceso subjetivo donde el cuidado y quien cuida fomentan una relación de confianza mutua, que tiene como punto de partida el reconocer que todos somos diferentes y además implica brindar tiempo y espacio a la persona a su cuidado. Entonces, para lograr cuidar de la vida y la salud de uno mismo y de los demás es fundamental cultivar habilidades, que favorezcan en las personas la toma de decisiones adecuadas¹⁴.

También, el autocuidado se define como lo cotidiano que realiza una persona, familia o grupo, desde que amanece hasta que se acuestan, con el único fin de cuidarse, cuidar y ser cuidado¹⁵, asimismo puede ser catalogado como una actitud y aptitud para perpetuar por propia voluntad diligencias en pro de preservar la vida y la salud, y prevenir enfermedades; es así que, el autocuidado consiste en realizar todas las actividades en pro de sí mismos para fomentar bienestar, inclusive es considerado por Orem como una función humana reguladora, la cual debe ser ejecutada de forma premeditada con el fin de mantener la vida¹⁶.

Cuando hacemos referencia al autocuidado identificamos que podría presentarse en tres niveles: cuando los cuidamos, nos cuidamos y cuando me cuido. Cuando se dice los cuidamos enfoca a las acciones realizadas por un agente ajeno al entorno inmediato (profesional de la salud); por otro lado, nos cuidamos plantea las acciones planeadas y organizadas por la familia, la comunidad y otros (entorno). Por último, en el me cuido priman las acciones planificadas y ejecutados por la misma persona, como agente promotor de su cuidado. Entonces cuando decimos los cuidamos, nos cuidamos y me cuido nos referimos al autocuidado. Cuidarse, cuidar y ser cuidado son principios fundamentales en el día a día de la persona en sociedad. Al cuidar contribuimos al desarrollo de todo aquello que hace respirar día a día a las personas. Es así como cuidar se desarrolla como un conglomerado de actividades, con el objetivo de hacer que la vida y la salud se mantengan, continúe y se desarrolle^{16,17}.

La teoría del autocuidado intenta definir el autocuidado como el aporte cotidiano de las personas a su propia existencia. Para Orem, creadora de esta teoría, el

autocuidado es una forma de comportamiento que sale a flote en circunstancias, y que las personas dirigen sobre sí mismas, a la sociedad y su entorno. Dentro de la teoría de autocuidado se encuentran tres sub teorías: teoría de autocuidado, déficit de autocuidado y teoría de sistemas¹⁴.

Además, la teoría de autocuidado, es el aporte propio de la persona a su vida; este, puede ser aprendido y aflora en momentos específicos de la vida de la persona, para poder ofrecerse de intermediario entre los elementos que hacen hincapié en el buen desarrollo y funcionamiento. Esta teoría se rige en base a cuatro conceptos: autocuidado, gestión de autocuidados, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidados. Cuando Orem habla de autocuidados hace referencia a las actividades que un individuo ejecuta por sí misma para promocionar y mantener el bienestar. Por otro lado, tenemos a la gestión de autocuidados como las capacidades personales que permiten la realización de actividades de autocuidado e involucra a dos gestores: uno de autocuidados y otro de autocuidados dependientes (una persona diferente al individuo de cuidado)^{14,15,16}.

Los requisitos de autocuidados, representan distintas medidas para el logro de este; existen 3 categorías de requisitos: requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud. En primer lugar, los requisitos universales donde se toma en cuenta el mantenimiento del aire, la necesidad de agua, la eliminación de sustancias de desecho del cuerpo, la ejecución de actividad y el reposo, la soledad e integración de las personas a nivel social, interacción de la actividad humana y prevención de riesgos. En segundo lugar, podemos evidenciar los requisitos de desarrollo donde se busca la promoción de ambientes óptimos, prevención de condiciones desfavorables o mitigar sus efectos, en los distintos momentos del desarrollo. Por último, tenemos la demanda terapéutica donde se hace alusión a las actividades que hay que realizar para cumplir con los requisitos de autocuidado^{14,15,16}.

Por otro lado, la teoría de déficit de autocuidado donde se puntualiza y se hace una explicación de los factores que podrían dar como resultado el déficit de autocuidado. El enunciado fundamental dentro de esta teoría, es que las necesidades de los individuos que apremian de cuidados por parte de la enfermera se relacionan con el aspecto subjetivo, la madurez y a lo limitado de su accionar con respecto a su salud. Las limitaciones hacen que la persona sea total o parcialmente incapaz de distinguir los

requisitos actuales y a futuro para el cuidado de sí mismo^{14,15,16}.

Las personas que se someten a privaciones a razón de su salud, no pueden asumir su autocuidado. Es así que esta teoría resalta la necesidad de la intervención de la enfermera como precursora del autocuidado; no solo expone cuando son necesarios los cuidados del profesional de enfermería, sino también como ayudar al paciente a través de cinco métodos: actuando o supliendo, guiando, educando, apoyando y propiciando un entorno que favorezcan las habilidades de la persona para cubrir sus demandas^{14,15,16}.

Por último, la teoría de los sistemas de enfermería, detalla como la enfermera debe y tiene que atender a las personas en su cuidado, identificándose tres tipos de sistemas: el sistema de compensación total, que es fundamental para las personas que no son capaces de controlar y mantener su entorno, interviniendo así la enfermera quien ayuda a cumplir con el autocuidado, compensar sus incapacidades y dando protección. Luego, el sistema de compensación parcial, donde la persona cumple el rol parcial de autocuidado y la enfermera mediante estrategias compensa las limitaciones. El sistema de apoyo educativo, donde la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar actividades beneficiosas para sí mismo y adaptarse a la nueva situación que se encuentren a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Desde ésta perspectiva, se educará al paciente posIMA para mejorar su autocuidado y así a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, dieta, ejercicios para finalmente alcanzar la compensación de la enfermedad y tener buena calidad de vida.^{14,15,16}.

En los pacientes posIMA, la educación constituye un pilar esencial, pues educar al paciente respecto a su enfermedad, es igual de importante que la dieta, las medicinas o la actividad física. De esta manera la enfermera fomenta el adiestramiento y capacitación necesario para que el paciente se pueda valerse por sí mismo durante su enfermedad, y por consiguiente se logre cumplir con el tratamiento, mejorando su estilo de vida, teniendo un control de la enfermedad y volverlo autosuficiente de esta manera se evitaban posibles episodios a futuro^{14,15,16}. En esta investigación se tomará en cuenta el sistema de apoyo educativo, debido a que el paciente posIMA necesita adquirir nuevos intelectos y destrezas para mejorar la su salud.

El apoyo familiar, es definido como una red que favorece las relaciones al

interior del seno familiar, donde la familia apoya al mejoramiento del estado de la salud de todos sus miembros, a través de sus actividades básicas. También es considerada como las principales redes de apoyo; puesto que la especie humana al nacer es la más débil de todas, en referencia a las demás etapas de vida lo que se hace inevitable que desde los primeros esbozos de respiración ya existían, se convierten en muy significativos e importantes en nuestras vidas, surgiendo así los vínculos familiares¹⁷.

Así mismo, es denominada un refugio y un lugar de aprendizaje; es también la primera escuela de la persona, en la que se aprende a vivir, gozar y descubrir lo maravilloso de encontrar a alguien que te espera con alegría y que representa quizá lo más amado. Cuando todo va bien en la familia, las personas se alegran de lo contrario el panorama cambia; puesto que los problemas pueden representar una problemática muy seria dentro de esta, tanto en su función como en su composición. Un problema sería la presencia de enfermedad, que es considerada una crisis, generando malestar, desorden e impacta en lo más hondo de cada miembro de la familia; para luchar contra ello se pone en marcha mecanismos que permitan seguir y mantener la función familiar normal y logrando cambios notorios en las interacciones familiares para el manejo de la persona enferma¹⁸.

Sea cual sea la enfermedad, su origen y las consecuencias que conlleva, una enfermedad siempre produce un cambio para quien la sufre y para su entorno inmediato, los cimientos de la familia pueden tambalearse, y es preciso realizar nuevos ajustes para que la persona en desventaja pueda cubrir todas sus necesidades convirtiéndose la familia en el nuevo proveedor de cuidados y estos dependen en gran medida a la enfermedad a la cual se estén enfrentando¹⁹. El apoyo familiar podemos dividirlo en 4 dimensiones: La dimensión apoyo emocional hace alusión a la expresión de afecto en la familia; luego la dimensión apoyo material o instrumental nos habla del apoyo material que recibe la persona, la dimensión relaciones de ocio y distracción hace énfasis en la relación social positiva manifestada en reunirse frecuentemente y divertirse, y, por último, la dimensión apoyo afectivo donde se pone en manifiesto las demostraciones amor y cariño⁹.

En la actualidad los padecimientos a nivel cardíaco causan en gran parte tanto hospitalizaciones como defunciones a nivel de todo el globo terráqueo, cada año más personas sufren las temidas consecuencias de esta enfermedad. Los padecimientos a

nivel del músculo cardíaco afectan en mayor grado a los países con pocos recursos económicos, generando más de tres cuartas partes de las defunciones¹.

El IMA, se caracteriza por la aparición brusca de enfermedades donde parte del músculo cardíaco sufre por desoxigenación, conllevando a la obstrucción parcial o total de una de las arterias que alimentan el músculo miocárdico²⁰; y la sintomatología que la identifica es dolor tipo punzada en el pecho y zonas aledañas al corazón que aumenta con el pasar del tiempo, descompensación y malestar, mareo, ganas de vomitar y sudoración²¹.

La promoción del autocuidado, está dirigida a las prácticas que las personas desean, quieren y pueden lograr mejorar su situación temporal por cuenta propia, con el fin de tener una vida de calidad; ya que muchos de los factores de riesgo cardíacos pueden ser modificados, evitándose así la frecuencia de ataques. Algunas intervenciones a programarse en los pacientes posIMA, son impedir la ingesta de bebidas alcohólicas y consumo de tabaco, el control diario de la presión arterial, cambios en el patrón y tipo de alimentación, el control rutinario del peso y el fomento de la actividad física²⁰.

Durante la hospitalización, es fundamental instaurar medidas de prevención secundaria, por lo cual se debe contar con la estrecha colaboración de un cardiólogo, médico general y la enfermería especializada. En estos cambios es importante tomar en consideración a la familia del paciente; la cual debe estar informada al igual que él sobre las posibles evoluciones y los tratamientos; puesto que la peor tensión y situación es la ignorancia²¹.

Siendo el IMA una enfermedad que produce repercusiones a nivel emocional en la persona, lo cual presenta con múltiples cambios anímicos, pues comprende toda una montaña rusa de emociones y cambios que afectan la forma de cuidarse y ser cuidados; en otras palabras, que modifican el denominado autocuidado²⁰. Si bien, tras un IMA un sector del músculo cardíaco muere, poco después de este episodio la otra parte del corazón que no sufrió daño se adapta a esta condición y tiende a asumir la total responsabilidad sin problema alguno. De allí que el autocuidado es de vital importancia en los que padecen esta enfermedad, pues la disminución de factores de riesgo y detonantes evitará complicaciones a futuro entre ellas la temida muerte. Por lo que el autocuidado es una medida soporte primordial para controlar y tratar una

enfermedad^{20,21}.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El paradigma que guió esta investigación, fue el cuantitativo²², el cual se basa en la medición de las variables en estudio que son la capacidad de autocuidado y apoyo familiar.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue de tipo correlacional²² permitiendo conocer la existencia de algún tipo de relación estadística entre las variables estudiadas. De corte transversal²², porque la información se recogió por única vez entre el mes de setiembre-octubre del 2019. Así mismo, en esta investigación se plantearon dos hipótesis:

H1: Existe relación significativa entre la capacidad de autocuidado y el apoyo familiar percibido por las personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo -2019.

H0: No existe relación significativa entre la capacidad de autocuidado y el apoyo familia percibido por las personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo -2019.

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

En cuanto a la población estuvo conformada por pacientes que han presentado un episodio de IMA y hayan recibido atenciones en el servicio de cardiología del seguro social de salud Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el 2018. Según la estadística proporcionada por el jefe de enfermería del servicio indicó que hubo 410 casos de personas que sufrieron IMA. Para la obtención de la muestra²³ se empleó la fórmula que permite determinar la población finita (Anexo N° 01), dando como resultado 199 personas que sufrieron IMA en el año 2018. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia²⁴, pues los pacientes a encuestar fueron seleccionados en base a las características de la investigación y conveniencia.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes que han sufrido IMA durante el año 2018 y fueron atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.
- Pacientes que estén dispuestos a colaborar con el estudio voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteraciones mentales: demencia y esquizofrenia.
- Pacientes que se encuentre en unidad de terapia intensiva.

3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con respecto al proceso de recolección de datos, se empleó como técnica la encuesta²² que fue autocomplementada y el instrumento utilizado fue la Escala para estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)²⁵ y el cuestionario de percepción del apoyo familiar (MOS)²⁶. La Escala para estimar las Capacidades de Autocuidado EECAC (Anexo N° 03), fue diseñada por Evers et al²⁵, y fue validada por Gallegos quien determinó su validez empleando la prueba de Alpha de Cronbach dando como resultado 0.77 (confiable). La escala estuvo conformada por 24 preguntas, cuyos puntajes fueron de 1- 96, asimismo cada pregunta tuvo cuatro opciones de respuestas medidas a través de la escala Likert, otorgándole un puntaje que van de 1 a 4 puntos; siendo los puntajes globales para la escala de capacidad de autocuidado: Muy baja (1-24 puntos), baja (25- 48 puntos), buena (49-72 puntos) y muy buena (73 a 96 puntos).

Por otro lado, el cuestionario percepción del apoyo familiar MOS²⁶ (Anexo N° 04) fue elaborado en Estados Unidos por Sherbourne y validado mediante el uso del coeficiente de Alpha de Cronbach donde se obtuvo 0.941 para el total de la misma, considerándolo como un instrumento confiable. Así mismo el cuestionario estuvo compuesto de 19 preguntas, donde la primera interrogante estuvo relacionada con la red social y también están relacionadas a cuatro dimensiones: emocional, instrumental, interacción social positiva y afectiva. Cada ítem contará con cinco alternativas de respuesta con puntajes que va de 1 a 5 puntos; esto se resume en un

cuadro de operacionalización de variables (Anexo N° 05).

- Apoyo familiar de alto nivel: 71 a 95 puntos.
- Apoyo familiar de mediano nivel: 45 a 70 puntos.
- Apoyo familiar de bajo nivel: 19 a 44 puntos.

En esta investigación se tomó en consideración los principios relacionados al rigor científico mencionados por Hernández-Sampieri²², tomando en consideración el anonimato y la autorización respectiva de la institución en estudio. Así mismo, para proteger la identidad de los participantes se codificarán cada una de las encuestas, tanto del instrumento: escala para estimar las capacidades de autocuidado EECAC²⁵ y el cuestionario de percepción del apoyo familiar MOS²⁶ mediante los números del 1 al 199.

En cuanto a la Validez interna, los datos vertidos en los instrumentos responden a los objetivos planteados en el presente estudio; así mismo el marco teórico respalda la construcción del instrumento a emplearse lo que facilitará la interpretación de la información recolectada. Validez externa, la muestra fue calculada adecuadamente asegurándose que sea representativa permitiéndonos así generalizar los resultados de la investigación en toda la población en estudio. Confiabilidad, el instrumento utilizado en esta investigación fue validado mediante la prueba de Alpha de Cronbach obtenido como puntaje para la EECAC (0.825) y para el Apoyo familiar MOS (0.941) realizado en la investigación Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes tipo 2, consultorio externo de endocrinología Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa – 2017⁹.

Por otro lado, los instrumentos en esta investigación fueron validados mediante la prueba de Alpha de Cronbach, aplicado a 199 personas posIMA y para el procesamiento de la información, los datos fueron contrastados mediante la tabulación en el programa SPSS Versión 25.0 donde se analizó la fiabilidad considerando todos los ítems de los instrumentos, como resultado de la EECAC (0.843) (Anexo N° 06) y para apoyo familiar MOS (0.877) (Anexo N° 07). El principio de objetividad, el instrumento no fue modificado y si no es completado por parte del participante serán inválidos. Finalmente, los resultados y conclusiones serán ratificados en forma estadística por el coeficiente de Spearman.

3.6. PROCEDIMIENTOS

En primer lugar, se inscribió la investigación en el Sistema de gestión de la investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo USAT, posterior a la aprobación de los docentes, se presentó al Comité Metodológico y luego al Comité de Ética de la facultad de Medicina para su evaluación y aprobación emitiéndose la resolución N° 459- 2019 USAT- FMED (Anexo N° 08). Por consiguiente, se solicitó la Carta de Presentación a la Escuela de Enfermería con N° 116-2019 USAT- EENF (Anexo N° 09), que permitió solicitar el permiso de ingreso al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Con el permiso correspondiente por el hospital de ejecución, se realizó una prueba piloto a 30 pacientes posIMA, quienes aceptaron participar de manera voluntaria, y que cumplieron con todos y cada uno de los criterios de inclusión.

Consecuentemente, se logró presentar el estudio al Comité de Investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, para su aprobación y posteriormente fue valorado y evaluado por el comité de Ética de la Institución, siendo aprobado mediante la constancia N° 98 con NIT:1298-2019-11990 (Anexo N° 10), se procedió a contactar a la licenciada Jefa de enfermería del servicio de cardiología, para solicitar la relación de los participantes, según criterios de selección establecidos, así mismo, se contactó con los participantes y se les informó de manera verbal y escrita los pormenores de la investigación mediante la Hoja informativa (Anexo N° 02). Además, se les hizo hincapié en la autonomía que tenían para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideren pertinente, y se les indicó sobre el manejo de la información recolectada. Luego se aplicó la Escala para estimar las Capacidades de Autocuidado²⁵ y el cuestionario de apoyo familiar²⁶ a cada uno de los participantes que conformaron la muestra, empleándose un tiempo de 20 minutos aproximadamente, este procedimiento se realizó en el área de espera del consultorio externo del servicio de cardiología, entre los meses de setiembre- octubre del 2019, de lunes a viernes en el horario 8 am - 5 pm. Una vez finalizada el proceso de recolección de información, se procedió a la asignación de puntajes según corresponda y posteriormente la tabulación con su respectivo análisis con el programa SPSS versión ²³.

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información fue procesada a través del programa SPSS versión 23, por el cual se realizó la base de datos, permitiendo elaborar tablas de frecuencias y gráficos por cada ítem del instrumento. Asimismo, se aplicó la media, facilitando de esta manera describir estadísticamente la información recolectada. Para responder al objetivo planteado de forma general se empleó el Coeficiente de Correlación de Spearman²², el cual nos permitió medir la relación existente las variables capacidad de autocuidado y apoyo familiar. Así mismo, para los objetivos específicos se realizaron la sumatoria de puntajes de los instrumentos tanto del cuestionario como de la escala; haciendo su clasificación según la escala de medida, finalmente se obtuvo frecuencia y porcentaje.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en consideración los principios de bioética personalista de Sgreccia²⁷; pues en la presente investigación los participantes fueron tratados de manera integral y respetuosa, teniendo en consideración sus respuestas ante el cuestionario. Asimismo, la población en estudio tuvo la capacidad de decidir libre y voluntariamente su participación, para lo cual conocieron la hoja informativa y el consentimiento informado.

La investigación se ejecutó previa aprobación del comité de la facultad de medicina-USAT y comité científico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, posteriormente se entregó un ejemplar a dicha institución. Así mismo, la investigación pasó por el programa antiplagio Turnitin obteniendo un porcentaje de 21% (Anexo N° 15).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. RESULTADO EN BASE AL OBJETIVO GENERAL

Tabla N° 01

Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido por las personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2019

Rho de Spearman		Capacidad de Autocuidado	Apoyo Familiar
Capacidad de Autocuidado	Coeficiente de correlación		,825**
	Sig.		,044
	N		199
Apoyo Familiar	Coeficiente de correlación	,825**	
	Sig.	,044	
	N	199	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 01 se deduce que, entre las variables, la significancia (0.000) es menor a 0.05, por lo que se puede descartar la hipótesis nula, entonces se puede destacar que hay una relación de tipo lineal entre estas variables. Además, la correlación es muybuena y directamente proporcional (rho spearman = 0.825), es decir que, a mayor capacidad de autocuidado presente en el paciente, el apoyo familiar que reciba será muy buena o viceversa.

4.1.2. RESULTADO DEL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Tabla N° 2

**Capacidad de autocuidado en personas posinfarto agudo de miocardio,
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2019**

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	0	0.0
Baja	20	10.1
Buena	141	70.9
Muy buena	38	19.1
Total	199	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 2 se aprecia que el 70.9% de los pacientes presentan buena capacidad para el autocuidado, el 19.1% de ellos muestran muy buena capacidad para el autocuidado y el porcentaje restante, 10.1% de los pacientes exhiben baja capacidad para el autocuidado.

4.1.3. RESULTADO DEL SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Tabla N° 3

El apoyo familiar en personas posinfarto agudo de miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2019

Frecuencia		Porcentaje
Nivel Bajo	2	1.0
Nivel Medio	90	45.2
Nivel Alto	107	53.8
Total	199	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 3 se observa que el 53.8% de los pacientes mencionan que el apoyo familiar que reciben es de nivel alto, el 45.2% de ellos manifiestan recibir apoyo familiar a un nivel medio y solo el 1% de los pacientes expresan que el apoyo familiar recibido es de nivel bajo.

4.2. DISCUSIÓN

El IMA, en la actualidad, es una de las primeras causales de muerte; aunque, en las últimas décadas se ha logrado un diagnóstico preciso y un mejor modelo de atención para este tipo de pacientes y sus necesidades; sin embargo, existen numerosos aspectos que se ha de considerar al estudiar a esta población, pues sus características sociodemográficas, sus capacidades de autocuidado y el apoyo familiar que ellas posean repercutirán en forma directa y específica en la recuperación, evolución y calidad de vida²².

Al realizar el análisis en esta investigación, se tomó en consideración las características sociodemográficas que presentan las personas posinfartadas atendidas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; como la edad, sexo, grado de instrucción y estado civil; pues estas son indispensables a la hora de caracterizar a la población estudiada²⁸.

El sexo, incide tanto en lo fisiológico como en lo patológico así en los resultados mostrados en la investigación se evidencia, que el 56,28 % de la población que fue estudiada es de sexo masculino, mientras que el sexo femenino representa el 43,72% (Anexo N ° 12). Estos datos son similares a los obtenidos en la investigación realizada por Flores²⁹, donde los resultados evidencian que del 100% los pacientes encuestados el 56,8 % son del sexo masculino; mientras que el 43,2% eran mujeres. Asimismo, concuerdan con los resultados obtenidos en la investigación de Márquez³⁰ donde el 57,9 de la población eran hombres y el 42,1 % mujeres y con la investigación de Salvado 31 donde El 56,6 % de la población eran mujeres y el 43,4 eran hombres. Estos resultados pueden explicarse debido a factores y biológicos y socioculturales.

En el caso de los varones la presencia del IMA puede darse en mayor porcentaje debido al estilo de vida que llevan; pues por lo general toman, fuman y realizan trabajos que requieren mucho esfuerzo, y si a esto se le suma el estrés que experimentan socialmente al ser considerados cabezas del hogar y proveedores, hacen del sexo masculino un gran candidato a sufrir de IMA^{31,32}.

En el caso de las mujeres la realidad es diferente debido a dos motivos: los

estrógenos y el embarazo. En primer lugar, los estrógenos son hormonas que participan en el metabolismo de las grasas, disminución de presión arterial y ayudan a distribuir la grasa corporal, todos estos mecanismos que ayudan a proteger a la mujeres de la presencia de enfermedades cardiovasculares; mientras que en el caso concreto del embarazo la mujer experimenta una gran carga de estrés, sumada a la elevación de la frecuencia del corazón, todo esto entrena el corazón de la mujer y lo hace más fuerte; motivo por el cual una mujer puede resistir mayores niveles de estrés en relación a los de un hombre ³³.

Por otro lado, la edad, incrementa en mayor medida las posibilidades de presentar cierto grado de enfermedad; por lo que es menos frecuente ver jóvenes infartados³⁴. En los resultados mostrados en esta investigación se evidencia, que el 40.2% de los hombres tienen edades que van de 57 a 69 años, un 38.4% de individuos sus edades oscilan entre 44 a 56 años y los sujetos que tienen entre 70 a 82 años evidencian el 21.4% de la población masculina. En cambio, en las mujeres el 40.2% de ellas sus edades oscilan entre 44 a 56 años, un 39.1% de mujeres sus edades fluctúan entre 57 a 69 años y las féminas que tienen entre 70 a 82 años muestran el 20.7% (Anexo N ° 13). Estos datos son corroborados con los resultados obtenidos por Achury³⁵; donde la edad de los entrevistados oscila entre 61 y 80 años; teniendo el 50% entre 61-80 años, el 33% entre 41-60 años y el 17% 20-40 años. Asimismo, son similares al estudio realizado por Cusi³⁶ donde el 48.8% de los encuestados tiene entre 56-70 años, el 29,1% tiene entre 29-55 años y el 22.1% tiene entre 71 a más años. Estos resultados pueden explicarse debido a con el paso de los años el corazón y los vasos que lo nutren sufren cambios graves e irreversibles, pues las arterias se vuelven más frágiles y menos flexibles, y el corazón no puede latir tanto como lo hacía antes; y si a esto se le suma los años de acumulo de grasa en las paredes arteriales, sumada a los malos estilos de vida pueden aumentar el riesgo de sufrir de IMA; deduciéndose que mientras más avanzada sea la edad en la cual se presente la enfermedad, mayores serán los riesgos y posibilidades de morir³⁷.

El grado de instrucción y estado civil, son otras características sociodemográficas y aunque no determinan la mayor o menor incidencia del IMA, pueden ayudar a sobrellevar la enfermedad³⁸. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio evidencian que las personas posIMA del sexo masculino, el 20.5% del total es casado y tiene un nivel de instrucción superior universitario, asimismo

el 15.2% de los individuos están casados y su nivel de formación alcanzado fue superior técnico, además se visualiza que el 11.6% de los sujetos son casados y estudiaron secundaria y un 10.7% de las personas su estado civil es conviviente y su formación fue superior técnico. Asimismo, en el caso de las mujeres el 24.1% del total está casada y tiene un nivel de formación superior técnico, también el 16.1% de los individuos están casadas y su formación fue universitario, además se visualiza que el 11.5% de los sujetos conviven con su pareja y su formación fue secundaria y un 9.2% de las féminas su estado civil es casado y su formación fue secundaria (Anexo N° 14).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la investigación realizada por Flores²⁹, donde los resultados evidencian con relación a la escolaridad que el 40% presenta educación universitaria, 10% solo tiene primaria, 30% tiene secundaria y los 20% estudios técnicos superiores. En relación al estado civil el 70% era casado, el 5% era divorciado, 15% viudo, 10% soltero. Por otro lado, estos resultados también concuerdan con el estudio de Sousa et al³⁹ donde el 61.0% vivían casados o en unión estable y el 65.0% tenía una educación ≤ 9 años de estudio.

En tal sentido, el estudio del estado civil se relaciona más con el apoyo y medios para hacerle frente a esta enfermedad; pues una persona casada y con hijos tendrá un medio de soporte que le ayude y motive hacer frente a la enfermedad; mientras que grado de instrucción determinará el conocimiento que la persona tenga sobre la enfermedad y la forma como lleve su enfermedad, pues una persona con estudios superiores ya sea técnico o universitario entenderá y le dará mayor importancia a su enfermedad, adquiriendo mejores hábitos de vida y acudiendo a consulta médica cada vez que fuese necesario^{40, 41}.

Entonces para poder realizar un buen cuidado de la vida y la salud, es necesario ejercer múltiples competencias que favorezcan la adopción de conductas saludables; pues el autocuidado nace de la persona, y se realiza por propia voluntad; así al analizar el objetivo específico N° 1 sobre la identificación de la capacidad de autocuidado en personas posinfarto agudo de miocardio podemos evidenciar que, el 70.9% de los pacientes presentan buena capacidad para el autocuidado, pues se alimenta solo, puede realizar su higiene corporal sin ayuda, se desplaza de acuerdo a sus posibilidades y pide e información siempre y cuando lo crea necesario.

De la misma forma estos resultados concuerdan con los obtenidos por Torres⁴² donde el 49.3% de los participantes de la investigación poseían una capacidad de autocuidado bueno y el 46.3% regular; así también en la investigación de Ognio⁴³ sus resultados muestran que el 55.8% de los encuestados en la investigación evidenciaron muy buena de agencia de autocuidado; mientras que otro porcentaje de la población un 44.2% obtuvo buena agencia de autocuidado.

Estos resultados se explican, debido a que si bien un IMAno permite recuperar la parte muerta del músculo cardiaco, el corazón logra aprender a trabajar y asumir la función del resto de músculo cardiaco, impidiendo la limitación de los posinfartados en sus actividades de autocuidado, pero sin dejar de lado la importancia del involucramiento en el tratamiento; asumiendo de esta manera lo importante que es fomentar acciones que favorezcan la adhesión al tratamiento médico, para optimizar los resultados y minimizar el riesgo de muerte, a través de adaptarse a nuevas formas de vida saludable en pro de su bienestar⁴⁴.

El autocuidado es responsabilidad de cada persona, pero en situaciones concretas estas capacidades se ven reducidas, poniendo en tela de juicio su fuerza y capacidad; por lo que se tiene que recurrir a sistemas de apoyo, como la familia. Al analizar el objetivo específico N ° 2 identificar el apoyo familiar en personas posinfarto agudo de miocardio podemos evidenciar que el 53.8% de los pacientes mencionan que el apoyo familiar es de nivel alto, pues cuenta con alguien que los lleve al médico, les demuestre amor y preocupación, y con quien compartir momentos de alegrías y tristezas; aquí podemos observar que la familia es la base para hacerle frente a cualquier enfermedad y por lo cual mientras mayor sea el nivel de apoyo familiar mayores oportunidades tendrá de recuperarse y evitar complicaciones. Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Ferreira⁴⁵, en la cual los resultados evidencian que el 72.34% de los pacientes tienen un buen apoyo familiar, buenas relaciones sociales y espiritualidad

/ religión / creencias personales, ambos con 69,68%; también concuerdan con la investigación de Márquez³⁰ donde el al nivel de apoyo familiar y social el 82,5% de los pacientes está satisfecho y el 17,5% insatisfecho. Asimismo, los resultados discuerdan con la investigación realizada por Flores⁴⁶ donde en la dimensión apoyo social el 50.0% tenían un nivel bajo, el 35% nivel regular y un 15% un nivel bueno.

En este contexto, el apoyo familiar es fundamental, pues los lazos que se establezcan dentro del seno del hogar favorecen la mejora del estado de salud de aquellos que la constituyan, mediante el ejercicio de intervenciones básicas: brindar un techo, alimentación balanceada, buenas prácticas de higiene y cuidado de la salud. En tal sentido muchos de las problemáticas de salud son fáciles de resolver en el hogar, sin tener la necesidad de recurrir a entidades médicas; por lo que se puede evidenciar la importancia que tiene la familia⁴⁷.

En tal sentido, podemos recalcar como en las diferentes investigaciones donde se realizó el estudio del apoyo familiar y soporte social en personas con problemas cardiacos se recalca la importancia de la familia como facilitadora y promotora de soporte emocional y físico lo que facilita la recuperación del paciente. Asimismo, este estudio ayuda a comprender y concientizar respecto a cuán importante es la familia en el tratamiento del paciente posIMA. Por lo que, el trabajo del enfermero, es facilitar la involucración de la familia en los cuidados del paciente y de esta forma aumentar los niveles de apoyo familiar que se traducirán en mejor adhesión del paciente al tratamiento y adquisición de hábitos de vida saludable previendo complicaciones^{46, 47}.

De forma general, al haber analizado los objetivos específicos podemos evidenciar la importancia que tiene que la persona participe de su autocuidado, siendo el apoyo que perciba de su familia, la que influya de forma directa y significativa en la calidad de vida y afrontamiento del IMA. Así llegamos al objetivo general determinar la existente entre relación de capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido por las personas que han padecido un IMA, donde se evidencio una significancia+ menor a 0.044, razón por la cual se procedió a rechazar la hipótesis nula, entonces existe una relación lineal entre estas variables. Además, la correlación es muy buena y directamente proporcional (ρ Spearman = 0.825), es decir que a mayor capacidad de autocuidado presente el paciente, es mayor el apoyo familiar que reciba o viceversa. Asimismo, estos resultados concuerdan en la investigación de Hurtado⁴⁸ donde analizaron la relación entre el apoyo familiar y el autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal, evidenciando una relación no concluyente ya que en el análisis multivariado (0.984), se obtuvo como resultado para apoyo familiar que el 85.37% presentó un alto grado, moderado apoyo el

37.21% mientras que un 1.22% consideró como bajo el apoyo familiar. Sin embargo, para autocuidado obtuvieron autocuidado bueno 67%, el 33% un autocuidado regular.

Por otro lado, los resultados también concuerdan con los hallazgos en la investigación realizada por Cusi ³⁶, donde se pone en manifiesto que la gran proporción de los pacientes que presentan como patología la diabetes de tipo 2, el 36,0% poseen una regular capacidad de autocuidado, y un 29,1% presentan mediano apoyo familiar. Asimismo, se pudo determinar que existe un nivel alto de significancia estadística.

De estos resultados se deduce que mientras más apoyo familiar presenten las personas posIMA serán mejores sus capacidades de autocuidado, pues la familia actúa como estímulo para que la persona enferma busque su mejoría, lo que se traduce que el paciente este motivado, preocupado y dispuesto a realizar los cuidados necesarios para que salir de este cuadro clínico y no volver a repetirlo.

V. CONCLUSIONES

1. Con los resultados se logró determinar la relación existente entre la capacidad de autocuidado y el apoyo familiar desde la perspectiva de las personas posIMA, a través del coeficiente de Spearman (0.925), lo cual indica que existe correlación muy buena y directamente proporcional, es decir estadísticamente significativa, en pocas palabras la capacidad de autocuidado está relacionada al apoyo familiar.
2. En relación a la capacidad de autocuidado en personas posIMA en sus cinco dimensiones: consumo de alimentos, equilibrio entre actividad y reposo, interacción social, interacción personal y promoción del funcionamiento y desarrollo personal; la mayoría de la población en estudio indico buena capacidad de autocuidado seguido de muy buena capacidad para el autocuidado y el porcentaje restante, exhiben baja capacidad para el autocuidado.
3. En razón al apoyo familiar en personas posIMA en los diferentes niveles emocionales, materiales o instrumentales, relaciones de ocio y distracción apoyo afectivo y a nivel global la mayoría de la población en estudio percibieron nivel alto, seguido del nivel medio y por último el nivel bajo.

VI. RECOMENDACIONES

1. A las instituciones de salud:

Se recomienda implementar y ejecutar un programa integral de rehabilitación cardiaca, que permita la realización de talleres vivenciales, capacitaciones y consejería nutricional, principalmente educando a las personas posIMA sobre las complicaciones de interrumpir el tratamiento e indicaciones médicas, como el fin de brindar ayuda y soporte a su salud, fortaleciendo estrategias de enseñanza y monitoreo, pudiendo posteriormente disfrutar cálidamente de sus vidas.

2. Al Profesional de Enfermería:

Promover en los pacientes su autocuidado, mediante el reconocimiento de sus capacidades y habilidades.

Educar al paciente cardiaco en prácticas de autocuidado, con la finalidad de que participe de su cuidado en la medida de sus posibilidades, favoreciendo su salud.

Educar a la familia sobre la enfermedad y los cuidados que deben proporcionar a los pacientes cardiacos y evitarles complicaciones.

3. Seguir realizando investigaciones con la población en estudio con diferentes variables y así poder realizar comparaciones con los datos obtenidos. Inclusive se puede realizar estudios en población joven y así poder fomentar una vida saludable en las personas posIMA.

VII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. [consultado el 31 de noviembre del 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Jiménez M. Análisis situacional de Lambayeque 2016 [Internet]. Lambayeque: ASIS; 2016. [consultado 22 de oct del 2018]. Disponible en: https://issuu.com/miguelangeljimenezsanchez/docs/asis_lambayeque_2016 actualizado
3. Polo P. Más de mil personas mueren al año por infarto en el Perú. La República. 12 Mar 2015. Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/862553-mas-de-mil-personas-mueren-al-ano-por-infarto-en-el-peru/>
4. Borda L, Razzeto L, Rey J, Medina F, Mormontoy W. Estrategias de reperfusión usadas en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST en un hospital general. Rev Med Hered [Internet]. 2015 [consultado el 22 de octubre del 2018]; 26(1): 35 – 41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000100007
5. Eriksson M, Asplund K, Svedlund M. Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. J Clinical Nurs [Internet]. 2016 [consultado el 22 de octubre del 2018]; 19(23-24): 3257 – 3259. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21029224>
6. Buitrago L. Experiencias de los hombres durante la etapa post infarto agudo de miocardio y presencia de estados depresivos. Cultura Del Cuidado Enfermería [Internet]. 2011 [consultado el 22 de octubre del 2018]; 8(1): 42 – 51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3785262.pdf>
7. Contreras A, Hernández C, Castro M, Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Investigaciones Andinas [Internet]. 2013[consultado el 22 de octubre del 2018]; 15(26):667-678. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>
8. Fleury J. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. J nurs Scholarsh [Internet]. 1992 [consultado el 22 de octubre del

- 2018]; 24(3): 229-239. Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/321/r321053.php>
9. Cusi M, Marin A. Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes tipo 2, consultorio externo de endocrinología Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa – 2017 [tesis de licenciatura en enfermería]. Arequipa: Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa; 2018 [Consultado el 4 de abril del 2019]. 97 p. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5143/ENCuhum.pdf?sequen%20ce=1&i%20sAllowed=y>
 10. Llanes L. Autocuidado del paciente con enfermedad isquémica crónica del corazón en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2015 [tesis de especialidad en enfermería cardiológica]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2016 [Consultado el 15 de abril del 2019]. Pág.78. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5114/Llanes_Dionicio_Lizz_et_Elizabeth_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Villalobos M. Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima Periodo, 2018 [tesis de licenciatura en Trabajo Social]. Lima: Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2018 [consultado 15 de mayo] Pág. 90. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3583/TRAB.SUF.PROF_M_elissa%20Villalobos%20Zamora.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 12. Castillo M, Yallico M. Nivel de conocimientos del paciente post infartado sobre su cuidado al alta hospitalaria en el Hospital Nacional Dos de Mayo de marzo a abril del año 2015 [tesis en especialidad de enfermería en cuidados cardiovasculares]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016 [Consultado el 29 de abril de 2019]. Pág. 65. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/662>
 13. Rodríguez K, Gastañadui V. Apoyo familiar y nivel de autocuidado del adulto con VIH. Hospital regional docente de Trujillo 2013 [tesis de licenciatura en enfermería]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015 [Consultado el 10 de mayo del 2019]. Pág. 99. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1674/1/RE_ENFER_NIV

EL- AUTOCUIDADO-ADULTO.VIH_TESIS.pdf

14. Medina E. Teoría de Dorothea Orem (autocuidado). [Internet] Bolivia: Fundación universitaria del área andina; 2015 [consultado 16 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>
15. Raile M y Marriner T. Modelos y teorías enfermería. Barcelona: S.A. Elsevier España; 2014 Pág. 740.
16. Kozier B, Erd G, Berman A y Snyder S. Fundamentos de Enfermería. España: Mc GRAW- HILL/ interamericana de España; 2005.
17. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales Sis San [Internet]. 2016 [consultado 14 de mayo del 2019]; 39(2): 1137–6627. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/16_cartas1.pdf
18. Víquez A. Cuando una enfermedad llega a la familia [Internet]. Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica; 2017 [consultado 14 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.enfoquealafamilia.com/single-post/2017/10/20/Cuando-una-enfermedad-llega-a-la-familia>
19. Portalatín B. Combatir la enfermedad en familia [Internet]. Madrid: El mundo; 2015 [consultado 14 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/salud/2015/01/26/54c27267e2704e33618b45e2.html>
20. García I. Infarto agudo de Miocardio. Causas, síntomas y tratamiento [Internet]. Navarra: Clínica Universidad de Navarra; 2015 [consultado 14 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio>
21. Coll-Muñoz Y, Valladares-Carvajal F, González-Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Revista Finlay [Internet]. 2016 [Consultado el 15 de mayo del 2019]; 6(2): 20. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/403>
22. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 1a ed. México: D.F: McGraw – Hill; 2015. 634p.
23. Psyma. Como determinar el tamaño de una muestra [Internet]. México: Psyma; 2015 [Consultado 18 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.psyma.com/company/news/message/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra>
24. Nepo J. El muestreo no probabilístico [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [Consultado 18 de mayo del 2019]. Disponible en:

- <https://es.slideshare.net/jhonchristianepovillano/muestreo-no-probabilistico-74683679>
25. Evers C, Isenberg M, Philpsen H, Senten M, Browns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-cares agency A.S.A.-Scale. *International Journal of Nursing Studies*. 1989; 30 (Supl 2): 331-342p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3030937/>
 26. Londoño N, Rogers L, Castilla J, Posada S, Ochoa N, Jaramillo M, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social *International Journal of Psychological Research*, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, 142-150p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
 27. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. 3ra ed. España: Biblioteca de autores cristianos; 2014. 283p
 28. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados [tesis de Licenciado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [10 de octubre del 2019]. Pág. 45. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTU LO 1-introduccion.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTU%201-introduccion.pdf)
 29. Flores M. *Práctica de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con infarto agudo del miocardio*. Servicio de Cardiología HNCASE-Arequipa, 2017 [Tesis para optar el grado de maestra en Ciencias: administración y gerencia en organizaciones en salud]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2019 [Consultado el 11 De octubre de 2019]. 97p. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9405>
 30. Márquez L, et al. Influencia de las características sociodemográficas en el autocuidado para personas con insuficiencia cardíaca. *Rev. Bras. Enfermera* [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de febrero del 2020]; 71(6): 2760-2767. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>
 31. Salvadó C, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Atem. Prim* [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de febrero del 2020]; 50(4): 213-221. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>
 32. Concha E. El infarto no afecta igual a hombres y mujeres [Internet]. Madrid: Europa press; 2016 [Actualizado 21 de diciembre del 2016, consultado 10 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-infarto-no-afecta-igual-hombres-mujeres-20160928134403.html>

33. Santiago N. Los estrógenos protegen la salud del corazón [Internet]. España: Hacer familia; 2015 [Actualizado 25 de marzo del 2015, consultado 11 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://www.hacerfamilia.com/actualidad/noticia-estrogenos-protegen-salud-corazon-20140716135909.html>
34. Departamento de Comunicación de la Organización Médica Colegial. La edad y el nivel cultural influyen en el desconocimiento de los síntomas del infarto [Internet]. Madrid: Seaformec; 2017 [Actualizado 30 de octubre del 2017, consultado 11 de octubre del 2019]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-edad-y-el-nivel-cultural-influyen-en-el-desconocimiento-de-los-sintomas-del-infarto>
35. Achury D, et al. Nivel de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Comunidad y Salud [Internet]. 2019 [Consultado el 15 de febrero del 2020]; 17(1): 213-221. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv17n1/art09.pdf>
36. Cusi M. Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes tipo 2, consultorio externo de endocrinología Hospital Regional Honorio delgado Arequipa – 2017 [tesis de Licenciado en Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018 [Consultado el 10 de febrero del 2020]. Pág. 97. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5143/ENcuhum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Chavarrias M. Riesgo de infarto y edad: una dolencia que no solo afecta a personas mayores [Internet]. España: El diario; 2020 [Actualizado 27 de enero del 2020, consultado 11 de marzo del 2020]. Disponible: https://www.eldiario.es/consumoclaro/cuidarse/partir-edad-riesgo-sufrir-infarto_0_989351260.html
38. Sociedad Española de Cardiología. Nivel estudios e infarto de miocardio [Internet]. Madrid: Copyright; 30 de Setiembre del 2010 [Actualizado 30 de Setiembre del 2010; consultado 11 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/2882-nivel-estudios-e-infarto-de-miocardio>
39. Sousa M, et al. Relación entre el autocuidado y las condiciones sociales y clínicas de salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev. Rene [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de febrero del 2020]; 19(1): 1-8. Disponible en: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37584/1/2018_art_mmsousa.pdf

40. Sociedad Española de Cardiología. Nivel estudios e infarto de miocardio [Internet]. España; Sociedad Española de Cardiología; 2015 [consultado 19 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/2882-nivel-estudios-e-infarto-de-miocardio>
41. Organización Mundial de la Salud. Carta De Ottawa Para La Promoción De la Salud [Internet]. Ottawa; OMS; 1986 [consultado 19 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
42. Torres J, Olmos B. Incertidumbre de los pacientes portadores de dispositivos de estimulación cardiaca implantables y la repercusión en su capacidad de autocuidado. Rev Mex Enferm Cardiol [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de febrero del 2020]; 26(1): 16-16. Disponible en: <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/90>
43. Ognio C, Pimentel R. Agencia del Autocuidado en pacientes post infarto del miocardio en el Instituto Nacional Cardiovascular [tesis de Licenciado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Cayetano Heredia; 2016 [consultado el 10 de febrero del 2020]. Pág. 58. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/579/Agencia+del+autocuidado+en+pacientes+post+infarto+del+miocardio+en+el+Instituto+Nacional+Cardiovascular.pdf?se+quence=1>
44. López A, Macaya C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. En: Qué es el infarto agudo de miocardio [Internet]. Madrid: Editorial Nerea; 2009 [Consultado el 15 de febrero del 2020]. 697 p. Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2009_salud_cardiovascular.pdf
45. Ferreira L, Oliveira D. Estado nutricional y calidad de vida de pacientes candidatos al trasplante cardíaco. Rev. Bras. Promoç Saúde. Fortaleza [Internet]. 2018 [Consultado el 15 de febrero del 2020]; 31(1): 1-13. Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6483/pdf>
46. Flores M. Práctica de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con infarto agudo del miocardio. Servicio de Cardiología HNCASE - Arequipa, 2017 [tesis de Licenciado

- en Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019 [consultado el 10 de febrero del 2020]. Pág. 97. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9405/UPfldem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Fontana A, Alvarado A, Angulo M, Marín E, Quirós D. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad. *Electrónica Educare* [Internet]. 2009 [24 de noviembre del 2019]; 13(2): 17-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194114401003.pdf>
48. Hurtado S. Apoyo familiar y capacidad de autocuidado del paciente en diálisis Peritoneal de un hospital de ESSALUD Piura – 2018 [tesis especialidad en internet]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; [10 de octubre del 2019]. Pág. 40. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4902/1/T_MEDP_HURTADO.SILVIA_APOYO.FAMILIAR.CAPACIDAD.AUTOCUIDADO_DATOS.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 01

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

Donde:

n: tamaño de muestra

N: población

Z: nivel de confianza (95%) =1.96

p, q: Porcentaje estimado de la muestra (50%) =0.5

E: error máximo aceptable (5%) =0.5

$$n = \frac{(410) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(409) (0.5)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n = 199 pacientes que sufrieron IMA en el año 2018



ANEXO 02: HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Datos informativos:

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigador: Cinthia Lucero Cabrera Delgado

Título: Capacidad de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido por las Personas Posinfarto Agudo de Miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2019

Propósito del Estudio:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación que se está realizando para conocer la capacidad de autocuidado que ha desarrollado después de haber sufrido un Infarto Agudo de Miocardio, así mismo también saber si cuenta con el apoyo de su familia durante el tiempo de su enfermedad. Agradecemos de antemano su colaboración en esta investigación.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted de lectura a la hoja informativa, se le brindará los cuestionarios relacionado con el tema de investigación, que será dividido en dos partes el cual será llenado en un tiempo estimado de 20 minutos.
2. En seguida se procesará la información de manera anónima y se emitirá un informe general de los resultados a la institución donde usted se hace los controles para su enfermedad.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

No habrá ningún beneficio directamente para usted.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente anónima para otras personas, solo el investigador será quien maneje la información obtenida.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: S

NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Cinthia Lucero Cabrera Delgado al teléfono 970106350, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.



ANEXO 03

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

ESCALA PARA ESTIMAR LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

Estimado señor(a) el presente es un estudio de investigación que tiene por objetivo establecer la relación existente entre la capacidad de autocuidado y el apoyo familiar. Por tal motivo le solicitamos responder con toda sinceridad las siguientes preguntas, este cuestionario es anónimo y confidencial. Agradecemos anticipadamente su valiosa participación.

DATOS GENERALES

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <p>1. Edad:</p> <p>2. Sexo:</p> <p style="padding-left: 20px;">Masculino ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Femenino ()</p> <p>3. Estado civil:</p> <p style="padding-left: 20px;">Soltero ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Casado ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Conviviente ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Separado ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Viudo ()</p> <p>4. Nivel de instrucción:</p> <p style="padding-left: 20px;">Sin instrucción ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Primaria ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Secundaria ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Superior técnica ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Superior universitaria ()</p> <p>5. Ocupación Empleado</p> <p style="padding-left: 20px;">Obrero ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Independiente ()</p> <p style="padding-left: 20px;">Ama de casa () Otros: especifique: _____</p> | <p>6. Tiempo de enfermedad :.....</p> |
|---|---------------------------------------|

ESCALA PARA ESTIMAR LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (EECAC)

Instrucciones: Por favor lea cada uno de ellos, marque con una x el número a que corresponda al grado que mejor lo describa a Usted.

PREGUNTAS	1 Total desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Acuerdo	4 Total acuerdo
1. Según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantener con salud.				
2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.				
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.				
4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor				
5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito para mantenerme con salud.				
6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.				
7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.				
8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.				
9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga correcto.				
10. Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.				
11. A veces pienso en hacer ejercicios y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago.				
12. Tengo amigos a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.				

13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicación sobre lo que no entiendo.				
15. Pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.				
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ellos mejoraba mi salud.				
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.				
18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.				
19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.				
21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.				
22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o).				
23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.				
24. Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				



ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR (MOS)

Escriba el número de familiares cercanos

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA: ¿CUENTA CON ALGUIEN?	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Algunas veces	4 Mayoría de veces	5 Siempre
1. ¿Qué le ayude cuando tenga que estar en cama?					
2. ¿Con quién pueda contar cuando necesite hablar?					
3. ¿Qué le aconseje cuando tenga problemas?					
4. ¿Qué lo lleve al médico cuando lo necesite?					
5. ¿Qué le muestre amor y afecto?					
6. ¿Con quién pasar un buen rato?					
7. ¿Qué le informe y le ayude a entender la situación?					
8. ¿En quién confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones?					
9. ¿Qué lo abrace?					
10. ¿Con quién pueda relajarse?					
11. ¿Qué le prepare la comida si no puede hacerlo?					
12. Cuyo consejo realmente desee.					
13. ¿Con quién hacer cosas que le sirvan para olvidar problemas?					
14. ¿Qué le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo?					
15. ¿Alguien con quien compartir sus temores y problemas?					
16. ¿Qué le aconseje a resolver sus problemas personales?					
17. ¿Con quién divertirse?					
18. ¿Qué comprenda sus problemas?					
19. ¿A quién amar y hacerle sentir querido?					

**ANEXO N° 05: OPERACIONALIZACIÓN DE
VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Capacidad de Autocuidado	Es la predisposición que tiene la persona para realizar actividades que permitan preservar su salud.	Consumo suficiente de alimentos	Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC) – pregunta: 9	<p align="center">Ordinal</p> Muy baja: 1 – 24 puntos Baja: 25 – 48 puntos Buena: 49 – 72 puntos Muy buena: 73 -96 puntos	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC)</p>
		Equilibrio entre actividad y reposo	Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC)-preguntas: 3, 6, 11, 13 y 20		
		Interacción social	Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC) – preguntas: 12 y 22		
		Interacción personal	Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC) – preguntas: 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23		
		Promoción del funcionamiento y desarrollo Personal	Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC)-preguntas: 1, 10, 18 y 24		

Percepción de Apoyo familiar	Es la imagen mental que tiene la persona acerca del nivel de respaldo que se tiene dentro de la familia.	Afectiva	Cuestionario de percepción del apoyo familiar (MOS) – preguntas: 2, 3, 7, 8, 12, 15, 16 y 18	Ordinal Apoyo familiar de alto nivel: 71 a 95 puntos Apoyo familiar de mediano nivel: 45 a 70 puntos Apoyo familiar de bajo nivel: 19 a 44 puntos	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de percepción del apoyo familiar (MOS)
		Interacción social positiva	Cuestionario de percepción del apoyo familiar (MOS) – preguntas: 1, 4, 11 y 14		
		Instrumental	Cuestionario de percepción del apoyo familiar (MOS) – preguntas: 6, 10, 13 y 17		
		Emocional	Cuestionario de percepción del apoyo familiar (MOS) – preguntas: 5, 9 y 19		

ANEXO N° 06

Tabla N°01

*Estadísticos de fiabilidad de
Apoyo Familiar.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.877	199

En la tabla N° 01 se observa que el Alfa de Cronbach alcanzado fue de 0.877, según Hernández²², el instrumento utilizado para el presente estudio muestra una confiabilidad elevada, lo que hace consistente y adecuado para dicho estudio.

ANEXO N° 07

Tabla N°02

*Estadísticos de fiabilidad de
Capacidad de Autocuidado.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.843	199

En la tabla x se aprecia que el alfa de Cronbach alcanzado fue de 0.843, según Hernández²², el instrumento utilizado para el presente estudio muestra una confiabilidad elevada, lo que hace consistente y adecuado para dicho estudio.

ANEXO N° 08



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 459-2019-USAT-FMED
Chiclayo, 16 de agosto de 2019

Vista la solicitud N° 156955 de fecha 15 de agosto de 2019 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Cabrera Delgado Cinthia Lucero, de la Escuela de Enfermería. Asesora: Mtro. Francisca Constantino Facundo.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO, 2019, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1° - Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2° - Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Rangel Castro

D^{ca} Irene Mercedes del Rocío Rangel Castro
Secretaría Académica
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Jorge Luis Limo Liza

Méd. Jorge Luis Limo Liza
Decano (e)
Facultad de Medicina



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA

El día viernes 19 de julio de 2019, el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, ha determinado declarar APROBADO el trabajo de Investigación de la Escuela de Enfermería:

Título: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO, 2019

Autor:

➤ Cabrera Delgado Cinthia Lucero

Asesora : Mtro. Francisca Constantino Facundo

Chiclayo, 19 de julio de 2019



Comité de Ética en
Investigación

Mgtr. Flor de María Mogollón Torres

Presidente Comité de Ética
en Investigación de la
Facultad de Medicina

ANEXO N° 09

1238	2019	NIT
		11990

06 SEP 2019
1:27 PM
01

[Signature]

Chiclayo, 22 de agosto de 2019

Carta N° 116- 2019 - USAT-EENF

Dr.
Carlos Cerrón Rivera
Coordinador del Centro de Investigación de diálisis peritoneal
Ciudad

Asunto: Presentación para la ejecución de Proyecto de Investigación.

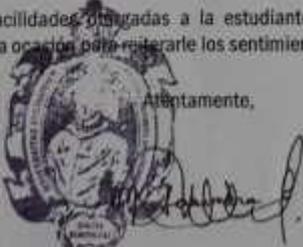
Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo a nombre de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y de la Escuela de Enfermería, a la vez presentarle a la señorita **CINTHIA LUCERO CABRERA DELGADO**, identificada con DNI 73855283, quien solicita autorización para proceder a la recolección de datos necesarios para el desarrollo del Proyecto de investigación titulado: **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO, 2019**

De acuerdo a las normas establecidas adjunto:

- Resolución de aprobación de su Proyecto de Tesis N° 459-2019- USAT-FMED
- Nombre del Asesor de Tesis: Mgtr. Francisca Constantino Facundo

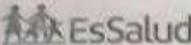
Agradeciendo las facilidades otorgadas a la estudiante para la realización de su trabajo de investigación, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Milagros Elena Saavedra Covarrubia
DE ENFERMERIA
Directora de la Escuela de Enfermería

ANEXO N° 10

 **CENTRO DE INVESTIGACIÓN**
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CONSTANCIA N° 98

EL PRESIDENTE DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO" – RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE – ESSALUD, deja constancia

NIT: 1298 – 2019 – 11990

Que, la Gerencia de la Red Asistencial Lambayeque, autoriza la ejecución del Proyecto de Investigación que se detalla; el mismo que fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Lambayeque "Juan Aita Valle" – EsSalud, de acuerdo con la Directiva N° 03-IETSI-ESSALUD-2019, V01: "DIRECTIVA QUE REGULA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD".

TITULO	"CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO, 2019"
AUTOR (ES)	• BACH. CINTHIA LUCERO CABRERA DELGADO
ASESOR (ES)	• MTRO FRANCISCA CONSTANTINO FACUNDO
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD	ENFERMERIA
MOTIVO DE LA INVESTIGACION	OPTAR TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA
AREA DE INVESTIGACION	CARDIOLOGIA Y ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE
HORARIO	A determinar
PERIODO	Del 21 de Noviembre 2019 al 21 Febrero del 2020

Así mismo, la autora del mencionado Proyecto alcanzará al Área de Biblioteca – Red Asistencial Lambayeque, un ejemplar de la Tesis presentada.

Se expide la presente, para fines convenientes, ante las instancias correspondientes.

Chiclayo, 21 de Noviembre del 2019

CCR/cva
c.c. Archivo


Dr. Carlos Isaias Cerrón Rivera
Coordinador del Centro de Investigación
Hospital Nac. Almanzor Aguinaga Asenjo - RAL


centroinvestigacionlambayeque@essalud.gob.pe

Plaza de la Seguridad Social s/n
Chiclayo - Lambayeque - Perú
Tel: (074) 481120 - Anexo 3007

ANEXO N° 12

Distribución de personas de
posinfarto agudo de miocardio según
sexo.

	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Masculino	112	56.28
Femenino	87	43.72
Total	199	100.00

Fuente: Elaboración propia

FUENTE: Capacidad de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido por las Personas Posinfarto Agudo de Miocardio, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2019

INTERPRETACIÓN: En la figura x se visualiza que de las personas de posinfarto atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, el 56.28% de ellos son del sexo masculino y el 43.72% son del sexo femenino.

ANEXO N° 13

Distribución de personas pos infarto del sexo masculino según estado civil, nivel de instrucción y edad.

Estado Civil	Nivel de Instrucción	Edad						Total	
		44 – 56		57 – 69		70 – 82			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Secundaria	2	1.8	0	0.0	0	0.0	2	1.8
	Superior Técnico	2	1.8	0	0.0	3	2.7	5	4.5
	Superior Universitario	1	0.9	2	1.8	2	1.8	5	4.5
	Primaria	0	0.0	1	0.9	2	1.8	3	2.7
Casado	Secundaria	3	2.7	6	5.4	4	3.6	13	11.6
	Superior Técnico	5	4.5	8	7.1	4	3.6	17	15.2
	Superior Universitario	7	6.3	13	11.6	3	2.7	23	20.5
	Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Viudo	Secundaria	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
	Superior Técnico	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
	Superior Universitario	2	1.8	0	0.0	0	0.0	2	1.8
Divorciado	Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Secundaria	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
	Superior Técnico	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
	Superior Universitario	0	0.0	1	0.9	1	0.9	2	1.8
Conviviente	Primaria	2	1.8	0	0.0	1	0.9	3	2.7
	Secundaria	5	4.5	3	2.7	2	1.8	10	8.9

Superior Técnico	7	6.3	4	3.6	1	0.9	12	10.7
Superior Universitario	5	4.5	5	4.5	1	0.9	11	9.8
Total	43	38.4	45	40.2	24	21.4	112	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En los resultados mostrados anteriormente, se observa que de las personas posinfarto de sexo masculino del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, el 20.5% del total es casado y tiene un nivel de instrucción superior universitario, asimismo el 15.2% de los individuos están casados y su nivel de instrucción alcanzado fue superior técnico, además se visualiza que el 11.6% de los sujetos son casados y el nivel de instrucción alcanzado fue secundaria y un 10.7% de las personas su estado civil es conviviente y su nivel de instrucción obtenido fue superior técnico. Abarcando un 58% de la población de hombres y el porcentaje restante, 42%, se ubica en otras categorías de las variables estado civil y nivel de instrucción.

Por otro lado, se aprecia que de las personas posinfarto de sexo masculino del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, el 40.2% de ellos sus edades oscilan entre 57 a 69 años, un 38.4% de individuos sus edades oscilan entre 44 a 56 años y los sujetos que tienen entre 70 a 82 años de edad representan el 21.4% de la población masculina. Adicionalmente, se deduce que un 11.6% de hombres están casados, su nivel de instrucción obtenido fue superior universitario y sus edades oscilan entre 57 a 69 años.

ANEXO N° 14

Distribución de personas pos infarto del sexo femenino según estado civil, nivel de instrucción y edad.

Estado Civil	Nivel de Instrucción	Edad						Total	
		44 – 56		57 – 69		70 – 82		Frecuencia	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Soltero	Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Secundaria	0	0.0	3	3.4	1	1.1	4	4.6
	Superior Técnico	1	1.1	1	1.1	0	0.0	2	2.3
	Superior Universitario	2	2.3	3	3.4	2	2.3	7	8.0
	Casado	0	0.0	1	1.1	0	0.0	1	1.1
Casado	Secundaria	5	5.7	1	1.1	2	2.3	8	9.2
	Superior Técnico	8	9.2	8	9.2	5	5.7	21	24.1
	Superior Universitario	4	4.6	8	9.2	2	2.3	14	16.1
	Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Viudo	Secundaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Superior Técnico	0	0.0	2	2.3	0	0.0	2	2.3
	Superior Universitario	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Divorciado	Secundaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Superior Técnico	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	1.1
	Superior Universitario	0	0.0	1	1.1	0	0.0	1	1.1
Conviviente	Primaria	1	1.1	2	2.3	2	2.3	5	5.7

Secundaria	7	8.0	2	2.3	1	1.1	10	11.5
Superior Técnico	5	5.7	1	1.1	1	1.1	7	8.0
Superior Universitario	1	1.1	1	1.1	2	2.3	4	4.6
Total	35	40.2	34	39.1	18	20.7	87	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En los resultados presentados anteriormente, se percibe que de las personas posinfarto de sexo femenino del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, el 24.1% del total está casada y tiene un nivel de instrucción superior técnico, asimismo el 16.1% de los individuos están casadas y su nivel de instrucción alcanzado fue superior universitario, además se visualiza que el 11.5% de los sujetos conviven con su pareja y el nivel de instrucción alcanzado fue secundaria y un 9.2% de las féminas su estado civil es casado y su nivel de instrucción obtenido fue secundaria. Estos datos corresponden al 60.9% de la población de mujeres y el porcentaje restante, 39.1%, se ubica en otras categorías de las variables estado civil y nivel de instrucción.

Por otro lado, se indica que de las personas posinfarto de sexo femenino del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, el 40.2% de ellos sus edades oscilan entre 46 a 56 años, un 39.1% de mujeres sus edades oscilan entre 57 a 69 años y las féminas que tienen entre 70 a 82 años de edad representan el 20.7%. Adicionalmente, se afirma que un 9.2% de mujeres están casadas, su nivel de instrucción obtenido fue superior universitario y sus edades oscilan entre 57 a 69 años, con el mismo porcentaje, encontramos a las mujeres casadas, con nivel de instrucción superior técnico y tienen entre 57 a 59 años edad y por mujeres casadas, con nivel de instrucción superior técnico y tienen entre 44 a 56 años edad.

ANEXO N° 15

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR
PERCIBIDO POR LAS PERSONAS POST INFARTO AGUDO
DE MIOCARDIO, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
4	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de	

	Porres Trabajo del estudiante	1%
9	Submitted to Universidad Francisco de Paula Santander Trabajo del estudiante	<1%
10	unilibrepereira.edu.co Fuente de Internet	<1%
11	www.bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
12	Submitted to UNILIBRE Trabajo del estudiante	<1%
13	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	<1%
14	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1%
15	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1%
16	revistas.unbosque.edu.co Fuente de Internet	<1%
17	Submitted to Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra PUCMM Trabajo del estudiante	<1%
18	Oscar Leonel Bonilla Medina, Gabriel Emilio Morales Chávez, Marely Elizabeth Oviedo	<1%

Morales, Gilda Gabriela Bonilla Hernández et al.
 "INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORA
 DE ANGIOTENSINA DISMINUYENDO RIESGO
 DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN
 DIABÉTICOS", Revista Científica de la Escuela
 Universitaria de las Ciencias de la Salud, 2019

Publicación

19	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
20	www.ricsh.org.mx Fuente de Internet	<1%
21	Submitted to Universidad San Jorge Trabajo del estudiante	<1%
22	ruc.udc.es Fuente de Internet	<1%
23	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
24	core.ac.uk Fuente de Internet	<1%
25	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
26	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
27	red.uao.edu.co	

27	Fuente de Internet	<1%
28	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	<1%
29	Submitted to Universidad Anáhuac Poniente -- Investigaciones y Estudios Superiores, S.C. Trabajo del estudiante	<1%
30	Submitted to Infile Trabajo del estudiante	<1%
31	Submitted to Colegio Mayor Secundario Presidente del Perú Trabajo del estudiante	<1%
32	revistas.ufps.edu.co Fuente de Internet	<1%
33	Submitted to Kovadata Ltda Trabajo del estudiante	<1%
34	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
35	www.scielo.br Fuente de Internet	<1%
36	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1%
37	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia	<1%

Trabajo del estudiante

38	Submitted to Universidad de Burgos UBUCEV Trabajo del estudiante	<1%
39	www.medicinaclicinicaysocial.org Fuente de Internet	<1%
40	repository.uamerica.edu.co Fuente de Internet	<1%
41	www.scielo.org.co Fuente de Internet	<1%
42	revistas.uma.es Fuente de Internet	<1%
43	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
44	article.wn.com Fuente de Internet	<1%
45	Submitted to Universidad Pontificia Bolivariana Trabajo del estudiante	<1%
46	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	<1%
47	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1%
48	creativecommons.org Fuente de Internet	<1%

49	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
50	periodicos.unifor.br Fuente de Internet	<1 %
51	Submitted to UNIACC Trabajo del estudiante	<1 %
52	www.portal.anchieta.br Fuente de Internet	<1 %
53	Cindy Córdoba, Paola A. Buriticá, Robinson Pacheco, Anyela Mancilla, Augusto Valderrama-Aguirre, Gustavo Bergonzoli. "Risk factors associated with pulmonary tuberculosis relapses in Cali, Colombia", Biomédica, 2020 Publicación	<1 %
54	Submitted to Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid Trabajo del estudiante	<1 %
55	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<1 %
56	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
57	analisisproximal.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
www.uah.es		

58	Fuente de Internet	<1 %
59	www.produccioncientificaluz.org Fuente de Internet	<1 %
60	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
61	Submitted to Universidad de Chiclayo Trabajo del estudiante	<1 %
62	www.combustionindustrial.com Fuente de Internet	<1 %
63	Francisco Buendía, Juan M. Sánchez-Gómez, María J. Sancho-Tello, José Olagüe et al. "Nuclear Magnetic Resonance Imaging in Patients With Cardiac Pacing Devices", Revista Española de Cardiología (English Edition), 2010 Publicación	<1 %
64	repositorio.unj.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
65	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
66	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	<1 %
67	revzoilomarinaldo.sld.cu Fuente de Internet	<1 %

68	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
69	Submitted to University of North Carolina, Greensboro Trabajo del estudiante	<1%
70	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1%
71	David Armstrong, Marcel Nicolet, Phillippe Monnier, Germain Chapuis, Marcel Savary, André L. Blum. "Maintenance therapy: Is there still a place for antireflux surgery?", World Journal of Surgery, 1992 Publicación	<1%
72	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1%
73	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
74	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	<1%
75	www.aidsmap.com Fuente de Internet	<1%
76	Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León Trabajo del estudiante	<1%

77

Submitted to Universidad de Cádiz

Trabajo del estudiante

<1%

[Excluir citas](#)[Apagado](#)[Excluir coincidencias](#)[Apegado](#)[Excluir bibliografía](#)[Apagado](#)