



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DIRECCIÓN DE POST GRADO ESPECIALIZACIÓN Y EDUCACIÓN
CONTINUA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
EN CUIDADOS CARDIOVASCULARES**

**Agencia del Autocuidado en pacientes post infarto del miocardio en
el Instituto Nacional Cardiovascular**

AUTORES:

LIC. ENF. OGNIO CÁRDENAS, CORINA TANIA

LIC. ENF. PIMENTEL COBEÑAS, ROSSE MARY

LIMA- PERÚ

2016

.....

Mg. Clara Torres Deza

ASESORA

JURADO

Presidente: Mg. Patricia Obanto Castro

Miembro: Mg. Raquel Meléndez De La Cruz

Secretario: Lic. Esp. Miguel Ángel Albino

AGRADECIMIENTOS

- Agradecemos de corazón a la Mg. Clara Torres por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento, con lo cual ha sido un grato privilegio contar para la elaboración de este trabajo.
- Gracias al personal de salud de la consulta externa, de rehabilitación cardíaca y al comité de investigación del Instituto Nacional Cardiovascular: INCOR, ya que sin su aprobación y consentimiento el estudio no se hubiera podido realizar.
- Un agradecimiento especial a los pacientes que asisten a la consulta externa y al programa de rehabilitación cardíaca por su participación, compromiso y colaboración desinteresada; ya que sin ellos esta investigación no se hubiera ejecutado.

DEDICATORIA

- A Dios, por ser mi guía espiritual y fortaleza para vencer los obstáculos de la vida, ser mi esperanza y abrigo día a día.
- A mi madre, por ser modelo de superación, constancia y entrega, pilar de mi desarrollo profesional, guiarme siempre con amor, ternura y dedicación.
- A mi padre, que está al lado de Dios, por ser un pilar importante en la formación de mis valores, su paciencia y bondad.
- A mis hermanas, sobrinos y a mi fiel compañero por su permanente apoyo y por estar conmigo en el logro de mis metas.

Corina Tania Ognio Cárdenas

DEDICATORIA

- La presente tesis está dedicada a Dios, ya que a pesar de todas las adversidades que se me presentaron siempre me mantuvo a su lado y nunca me dejó sola.
- A mi amada hija Sofhía, porque su amor es lo más grande que Dios me dio, con cada una de sus ocurrencias y travesuras me hace muy feliz.
- A mi amado esposo Saúl, por su comprensión, darme los ánimos, creer en mi capacidad y por nuestro amado hijo que está en camino, gracias por su cariño dedicación y amor hacia nosotros.
- A mis amados padres María Isabel y Jorge Luis, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer y me animaban para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.
- A mis amados hermanos Paul y Consuelo, por todo su apoyo brindado y compartir conmigo momentos únicos e inolvidables.
- A toda mi familia y amigos que de una u otra manera me han acompañado y brindado su apoyo.

Rosse Mary Pimentel Cobeñas

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimientos	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Propósito y Objetivos del estudio	7
Propósito	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Material y Métodos	9
Diseño de estudio	9
Población	9
Muestra	10
Operacionalización de variables	11
Procedimiento y Técnicas de recolección de datos	15
Plan de Tabulación y análisis de datos	19
Resultados	20
Discusión	25
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias Bibliográficas	35
Anexos	39
Anexo 1: Determinación del tamaño de la muestra	40
Anexo 2: Consentimiento Informados	41
Anexo 3: Instrumentos	43
Anexo 4: Cuadro estadístico de confiabilidad	46
Anexo 5: Pruebas de Chi – Cuadrado	47
Anexo 6: Ítems de la escala ASA con mayor y menor puntuación	48

RESUMEN

Objetivos: determinar el nivel de agencia de autocuidado en los pacientes post infarto al miocardio que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular en los meses de julio-octubre del 2014. **Material y métodos:** estudio descriptivo y de corte transversal. Muestra: 110 pacientes adultos de 40 a 80 años, que asisten a la consulta externa del instituto con diagnóstico médico infarto al miocardio que cumplan con los criterios de inclusión. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA). **Resultados:** el 55.8% de los pacientes post infarto al miocardio presentan una muy buena agencia de autocuidado y el 44.2% presentan una buena agencia de autocuidado. **Conclusiones:** la agencia de autocuidado definido por Orem, se desarrolla de acuerdo a la capacidad de los individuos relacionados con sus habilidades y el tipo de conocimiento que poseen para participar en una variada gama de actividades que satisfagan los requisitos de autocuidado de uno mismo, siendo importante el apoyo educativo de la enfermera, explicado en la teoría de sistemas de enfermería, comportándose como guía para ayudar al paciente a empoderarse de su autocuidado mediante la orientación y enseñanza que favorezca la recuperación y el afrontamiento a la enfermedad después del infarto al miocardio

Palabras claves: agencia de autocuidado, autocuidado, teoría de Orem, infarto

al miocardio.

ABSTRACT

Objectives: to determine the self-care agency level in post heart attack patients who come to the National Cardiovascular Institute as outpatients within the months of July-October of 2014. **Material and methods:** descriptive and cross-sectional study. Sample: 110 adult patients from 40 to 80 years old, who come for an external consultation at the institute with a heart attack medical diagnosis who complete the inclusion criterion. A survey was used as a technique and as an instrument a Self-care Assessment Agency Scale (ASA). **Results:** 55.8% post heart attack to the myocardial patients showed a way good self-care agency and 44.2% showed a good self-care agency. **Conclusions:** the self-care agency defined by Orem, which develops based on the capacity of patients related to their skills and kind of knowledge they have to participate in a varied type of activities while meet the self-care agency requirements, being the educational support given by the nurse important, explained in the nursing systems theory, acting as a guide to help the patient to empower his/her self-care mentoring and teaching that promotes the recovery and coping with the disease after heart attack.

Keywords: self-care agency, self-care, Orem theory, heart attack.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la enfermedad cardiovascular engloba a una serie de patologías, estas enfermedades están siendo asumidas como nuevo problema de salud pública, principalmente en los países en desarrollo, en los cuales están experimentando una transición demográfica, al cambiar su estructura con tendencia a la longevidad. Esto está conllevando también a una transición epidemiológica, poniendo en primer lugar las enfermedades cardiovasculares, implicando con estos los altos costos, con significativa pérdida en la productividad económica (1).

El infarto agudo de miocardio es considerado uno de los principales problemas de salud pública y considerada una de las patologías que consume mayor recurso hospitalario para su atención. El registro nacional RENIMA II (2011), muestra que casi un 50% de la población peruana infartada es portadora de dos a tres factores de riesgo, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial, el sedentarismo y la dislipidemia, todos ellos factores modificables que con un adecuado programa educativo, preventivo y promocional podrían reducir la prevalencia de la afección cardíaca (2).

En el Perú, según el análisis situacional de salud del 2013 se observa que las enfermedades isquémicas del corazón, se encuentran en tercer lugar de muertes por cien mil habitantes; llegando a ser uno de los primeros el grupo de mayores de 65 años, lo cual nos pone a vigilar la importancia que tiene y tendrá en el futuro para la salud pública y el sistema sanitario del país (3).

El Instituto Nacional Cardiovascular INCOR es un centro de referencia a nivel nacional; según reportes estadísticos del año 2014 del total de sus ingresos por emergencias, el 20% corresponde a pacientes con diagnóstico médico de infarto agudo al miocardio, además cuenta con el Programa de Rehabilitación Cardíaca, cuyo objetivo es permitir a los pacientes con cardiopatías isquémicas adaptar su vida de la mejor manera posible a su enfermedad y tomar responsabilidad de su estado de salud, basado en la práctica de ejercicios, educación y optimización terapéutica, con la intervención multidisciplinaria a través de evaluaciones médicas, nutricionales, psicológicas y enfermería (4).

En la fase II o fase activa del Programa de Rehabilitación Cardíaca, se realizan actividades de prevención secundaria, supervisadas y ambulatorias, el cual tiene una duración de tres a seis meses, con el objetivo principal de aumentar la capacidad funcional del paciente, lograr la adherencia al ejercicio físico regular, cambiar los estilos de vida, la readaptación familiar, ocupacional y social; además de conseguir que se desenvuelva de forma independiente dentro de su hogar y fuera de este, favoreciendo el desarrollo de habilidades para la agencia de autocuidado (5).

Dorothea Orem define como agencia de autocuidado la “Compleja capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y bienestar”. El individuo tiene la capacidad de reflexionar, tomar decisiones y realizar actividades de autocuidado basado en un repertorio de habilidades o poder

que se van adquiriendo y desarrollando con el aprendizaje de acuerdo a sus experiencias en el curso de la vida diaria, evalúa el medio ambiente que lo rodea y los factores que influyen en su agencia para satisfacer los requisitos de autocuidado (6).

La agencia de autocuidado puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como un ser integral, racional, biológico, y emocional, que incluye un repertorio de habilidades y el conocimiento que posee sobre el manejo de su enfermedad para satisfacer sus requisitos de autocuidado en desviación de la salud a lo largo del tiempo, para tomar decisiones sobre lo que puede y debería hacer para regular su demanda de autocuidado (7).

Los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado que han sido desarrolladas por Orem y el Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería - NDCG (Nursing Development Conference Group) de la Universidad Católica de Washington y las enfermeras del hospital general de Scarboroug de Ontario Canadá, que interpretaron y aplicaron en su manual de 1986, son los siguientes (8).

- **Las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado**, son aquellas que se presentan cuando el individuo realiza cualquier tipo de acción deliberada y no solamente de actividades de autocuidado. Estas

características o rasgos fundamentales consisten en capacidades que tienen que ver con sensaciones, percepciones, memoria y orientación.

- **Los componentes de poder**, son capacidades que facilitan las prácticas de autocuidado en el individuo con un repertorio específico que se relacionan con las habilidades cognoscitivas del individuo para comprometerse en el autocuidado, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado, valoración de la salud, energía y conocimiento de autocuidado; los diez componentes de poder que fueron descritos son:

- Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: a) hacia uno mismo como agente de autocuidado y b) hacia las condiciones internas y externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
- Estar motivado. Por ejemplo, orientación de metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado.

- Habilidad para tomar decisiones cerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
 - Habilidad para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
 - Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes que llevan hacia la realización final de las metas reguladoras de autocuidado.
 - Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
 - Habilidad para llevar a cabo en forma consiente las operaciones de autocuidado, integrándola con aspectos relevantes de la persona, la familia y la vida de la comunidad.
 - Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
- **Las capacidades para operaciones de autocuidado**, son las capacidades más fundamentales y se clasifican en tres tipos de saber:
- Operaciones estimativas: comprende la investigación de las condiciones y factores internos y externos que son significativos para el autocuidado.

- Operaciones transicionales: realizan decisiones y juicios sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado. Significa que la persona antes de poder afirmar las cosas sobre lo que es apropiado hacer, deben adquirir conocimiento de las acciones y su efectividad y conveniencia para determinar el curso de autocuidado que debería tomarse y decidir qué hacer con respecto al autocuidado.
- Operaciones productivas: implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado (9).

La intervención del profesional de enfermería posee la capacidad de motivar al individuo a desarrollar habilidades de autocuidado, como agente educador y guía a través del proceso de aprendizaje, definido por Orem en su Teoría de Sistemas de Enfermería en apoyo educativo, siendo de vital importancia en las enfermedades crónicas como las cardiopatías coronarias isquémicas para mejorar la calidad de vida y fomentar hábitos saludables como parte de su agencia de autocuidado, teniendo claro que complementan el tratamiento farmacológico de la enfermedad (6).

Por lo antes mencionado las investigadoras plantean el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la agencia de autocuidado en pacientes post infarto del miocardio en el Instituto Nacional Cardiovascular durante los meses julio-octubre 2014?.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

- **PROPÓSITO**

Los resultados de la investigación permitirán contribuir con el reforzamiento del apoyo educativo en los consultorios de enfermería y brindará una base para la elaboración de guías de autocuidado en pacientes que han padecido de infarto al miocardio con la finalidad de fortalecer la agencia de autocuidado para mejorar su calidad de vida.

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de la agencia de autocuidado según características sociodemográficas y antecedentes cardiovasculares en los pacientes con post infarto al miocardio, que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) en los meses de julio – octubre del 2014.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar el nivel de la agencia de autocuidado en los pacientes post infarto al miocardio que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).

2. Identificar el nivel de agencia de autocuidado según las características sociodemográficas que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).

3. Identificar el nivel de la agencia de autocuidado según los antecedentes cardiovasculares de los pacientes post infarto al miocardio que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).

MATERIAL Y MÉTODO

- **DISEÑO DE ESTUDIO**

El estudio fue no experimental, de naturaleza cuantitativa, tipo descriptiva que permite especificar o medir las propiedades importantes como la agencia de autocuidado en las personas que han sufrido infarto al miocardio, seleccionando una serie de variables que se describen independientemente como lo plantea Hernández; y de corte transversal, ya que la obtención de datos se realizó en un momento específico.

- **POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por 110 pacientes con diagnóstico médico de infarto al miocardio que asistieron a la consulta externa del 2014.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que pertenecen al Programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Pacientes que asistan a la consulta externa.
- Adultos entre las edades de 40 a 80 años.
- Tiempo transcurrido del post evento mínimo de 2 meses y máximo de 4 meses.

- Pacientes que acepten participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Usuarios que no deseen participar del estudio.
- Pacientes con deficiencias en el estado cognitivo, auditivo, visual y que no puedan comunicarse por sí solos (dependientes).

- **MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 86 pacientes atendidos en la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR durante los meses de julio a octubre del 2014, la mayoría fueron adultos mayores y de sexo masculino. La muestra fue calculada por la fórmula estadística de estimación de proporciones en una población finita, los resultados determinaron una muestra de 86 pacientes (Ver anexo 1).

- **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Agencia de autocuidado.	Es la capacidad o el poder de la persona, que le permite discernir acerca de los factores que deben ser controlados o excluidos para satisfacer sus necesidades y cuidar de sí mismo.	❖ Capacidades para operaciones de autocuidado.	❖ Respuestas de los pacientes a la escala ASA para medir las operaciones de autocuidado.	Agencia de autocuidado según escala ASA: Muy Bajo: 24 pts. Bajo: 25-48 pts. Buena: 49-72 pts. Muy Buena: 73-96 pts.

Variables de Estudio	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, económicas, sociales y culturales de la población en estudio; denominado por Orem como factores básicos condicionantes que definen o limitan el desarrollo, operatividad o adecuación de la agencia de autocuidado.	• Sexo.	Respuesta del paciente señalado en el instrumento de recolección de datos.	• Masculino. • Femenino.
		• Edad.	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos.	• 45 a 64 años. • 65 a 80 años.
		• Nivel de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si ha terminado.	• Analfabeto. • Primaria. • Secundaria. • Superior-Técnico. • Superior Universitario.
		• Ocupación.	Tipo de actividad que realiza considerando si recibe la remuneración por dicha actividad.	• Sin remuneración -Trabajador del hogar. -Desempleado.

				• Trabajo remunerativo - Dependiente { <i>Empleado</i> <i>pensionista</i> - Independiente
		• Soporte económico	Respuesta del paciente sobre la persona que cubre sus necesidades económicas.	• Esposo(a). • Hijos. • Autofinanciamiento. • Otros.
		• Apoyo en la salud	Persona que es referida por el paciente, ante la pregunta ¿quién lo apoya en su salud?	• Esposo. • Hijos. • Ninguno. • Otros.

Variables de Estudio	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Antecedentes cardiovasculares.	Respuesta del paciente de la situación de salud que precede al actual, determinado por enfermedades que afectan al sistema circulatorio y al corazón.	▪ Estado Nutricional.	Relación entre el peso y la talla al cuadrado (IMC).	• (Normal) IMC=18.5–24.99 • (Sobrepeso) IMC=25-29.99 • (Obesidad) IMC $\geq$ 30
		▪ HTA.	Antecedente de presentar presión arterial alta, que antecede al infarto del miocardio.	• Si • No
		▪ Colesterol.	Respuesta del paciente al antecedente de hipercolesterolemia que se adaptó a colesterol por la mejor comprensión al término, según la prueba piloto.	• Si • No
		▪ DBM.	Antecedente de presentar la enfermedad de diabetes, antes del evento.	• Si • No

- **PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

- ❖ **PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la aprobación del estudio se presentó el proyecto de investigación al Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; quienes aprobaron el estudio con código de SIDISI N° 62324. Para la ejecución se realizaron los trámites administrativos mediante oficios emitidos por la Universidad Peruana Cayetano Heredia dirigido al director del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) a fin de obtener la autorización respectiva, siendo evaluado por el Comité de Ética e Investigación de la Institución, se obtuvo la autorización para el levantamiento de la información, previa coordinación con el jefe del servicio, médicos y enfermeras responsables de la atención en consulta externa, se dio inició a la recolección de datos en julio del 2014 y culminó en octubre del mismo año.

La identificación de pacientes se realizó en base a las historias clínicas de los consultorios externos y fichas clínicas de rehabilitación cardíaca, en las áreas de consultorios médicos, perfusión miocárdica y consulta de enfermería en rehabilitación cardíaca y pre cateterismo. Los datos fueron recolectados en las mañanas y en las tardes de lunes a sábados, el paciente fue abordado en la sala de espera, se le explicaron los objetivos del estudio, la confidencialidad de su información y la intencionalidad voluntaria para participar, previa aceptación se les hizo firmar el consentimiento informado (Anexo 2) para luego proceder a la

encuesta resolviendo dudas sobre algunos ítems, tuvo una duración de 20 minutos. Al finalizar la entrevista se le brindó información y educación sobre su autocuidado.

❖ TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la encuesta para la aplicación de los instrumentos de recolección de información de características socioeconómicas y antecedentes cardiovasculares y la Escala de apreciación de la Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA), que fue desarrollada originalmente en inglés por Isemberg y Evers, seguidoras de la Teoría del Autocuidado de Orem, en Holanda en el año 1993; con la finalidad de medir el poder que tiene la persona para realizar las operaciones de autocuidado, considerada como una escala que mide una sola dimensión de la agencia de autocuidado (La operatividad) (10).

La mencionada escala fue traducida al español y validado por Gallegos en México en el año de 1998, posteriormente en el año 2004 la profesora Edilma Reales docente de la Universidad Nacional de Colombia quien elaboró la segunda versión en español modificando la redacción de los ítems con el fin de ser más claros y comprensibles sin cambiar el sentido, también modificó la escala Likert a solo 4 apreciaciones (nunca, casi nunca, casi siempre y siempre), siendo esta última versión la utilizada y adaptada en la presente investigación (11).

El instrumento se compone de 24 preguntas cerradas con respuestas estilo Likert, colocando las siguientes equivalencias donde la respuesta “Nunca” = 1, “Casi Nunca” = 2, “Casi Siempre” = 3 y siempre = 4; obteniendo una puntuación de 24 a 96 puntos en total, siendo los puntajes clasificados según lo alcanzado en muy baja, baja, buena y muy buena agencia de autocuidado, el cual se determina de acuerdo a los siguientes puntajes: (12) (Anexo 3).

- La capacidad de agencia de autocuidado muy baja = 24 puntos.
- La capacidad de agencia de autocuidado baja = 25– 48 puntos.
- La capacidad de agencia de autocuidado buena = 49– 72 puntos.
- La capacidad de agencia de autocuidado muy buena = 73– 96 puntos.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez conceptual y de constructo de la escala apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado (ASA), fue probado en una población de adultos mayores en Holanda, Noruega y Dinamarca, demostrando el poder del instrumento para discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia; asimismo, la validez externa se demostró con grupos muestrales de diferentes países con similares características, alcanzando una confiabilidad mayor de 0.77 en casi la totalidad de los estudios (11).

La escala traducida en español por la Doctora Esther Gallegos, confirmó la validez y confiabilidad en un grupo de pacientes diabéticos hospitalizados y ambulatorios, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0.77, lo que significa

que la escala mide un mismo concepto (consistencia interna). La segunda versión en español que fue revisada y adaptada por la profesora Edilma Reales con apoyo de 10 enfermeras docentes modificó la forma de redacción y comprensión idiomática de los ítems. En el 2009 Rivera y Velandia, realizaron la medición de la confiabilidad de la mencionada escala aplicándolo en personas con factor de riesgo cardiovascular obtuvieron una media de 79.12, una desviación estándar de 6.69, una varianza de 44.78, y el alfa de Cronbach fue de 0.689 sin corrección y el estandarizado fue de 0.744, los cuales precisan que miden un mismo concepto, por lo tanto, reviste de consistencia interna (9).

La segunda versión en español de la escala ASA, empleada en esta investigación, fue sometido a juicio de expertos, conformado por 8 profesionales: médicos y enfermeras especialistas en el área de cardiología, quienes emitieron recomendaciones y sugerencias con respecto a los ajustes de la gramática y la estructuración de los verbos de las oraciones, con la finalidad de hacerlas más comprensibles en nuestro idioma, sin cambiar la esencia de la pregunta. Se obtuvo el valor de ($p < 0.05$), en sus dimensiones de constructo, contenido y criterio.

Para obtener la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con 30 pacientes que reunían las mismas características de la población en estudio, mediante la prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach ($\text{Alfa} > 0.8$); llamada también de consistencia interna. El puntaje global obtenido fue de ($\text{Alfa} = 0.816$), lo que demostró que el instrumento es altamente confiable para aplicarlo en esta

investigación (Anexo 4). Se modificó del instrumento de recolección de información de características sociodemográficas y antecedentes cardiovasculares, el término colesterol para referirse a hipercolesterolemia por ser de mayor comprensión a la enfermedad por los pacientes encuestados en la prueba piloto.

- **TABULACIÓN Y ANÁLISIS.**

Los datos del instrumento de recolección de características sociodemográficas y antecedentes cardiovasculares y la escala ASA, fueron codificados e ingresados a una base de datos creado en el programa estadístico SPSS – Versión 15.0 para Windows (Programa estadístico para las ciencias sociales), que permitió presentar los datos obtenidos en porcentajes, para su respectivo análisis.

Para identificar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con post infarto de miocardio se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia según la escala de clasificación de la variable y sus indicadores.

Adicionalmente se identificó la agencia de autocuidado con los datos sociodemográficos y los antecedentes cardiovasculares. Los resultados fueron presentados en tablas y cuadros.

RESULTADOS

TABLA N° 1

**Nivel de Agencia de Autocuidado de los Pacientes con post Infarto del
Miocardio del Instituto Nacional Cardiovascular
Octubre 2014**

NIVEL	N°	%
BUENA	38	44,2
MUY BUENA	48	55,8
TOTAL	86	100,0

El 55.8% de los pacientes con post infarto al miocardio que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) presentaron un nivel muy bueno de agencia de autocuidado; mientras que un 44.2% restante presentó buena agencia de autocuidado.

TABLA N° 2

Nivel de Agencia de Autocuidado en pacientes post Infarto del Miocardio y sus características Sociodemográficas del Instituto Nacional Cardiovascular

Octubre 2014

CARACTERÍSTICAS	NIVEL DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO					
	BUENA		MUY BUENA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SEXO:						
MASCULINO	30	41.4	43	58.9	73	100.0
FEMENINO	8	61.5	5	38.5	13	100.0
GRUPO ETÁREO:						
45 A 64 AÑOS	13	39.4	20	60.6	33	100.0
65 A 80 AÑOS	25	47.2	28	52.8	53	100.0
NIVEL DE INSTRUCCIÓN						
ANALFABETO	0	0	1	100.0	1	100.0
PRIMARIA	6	75.0	2	25.0	8	100.0
SECUNDARIA	10	41.7	14	58.3	24	100.0
SUP- TÉCNICO	11	45.8	13	54.2	24	100.0
SUPERIOR UNIV.	11	37.9	18	62.1	29	100.0
SOPORTE ECONÓMICO:						
ESPOSO/ ESPOSA	6	54.5	5	45.5	11	100.0
HIJOS	9	50.0	9	50.0	18	100.0
AUTOFINANCIADO	21	38.2	34	61.8	55	100.0
OTROS	2	100.0	0	0	2	100.0
OCUPACIÓN:						
AMA DE CASA	6	60.0	4	40.0	10	100.0
DESEMPLEADO	1	100.0	0	0	1	100.0
DEPENDIENTE	8	34.8	15	65.2	23	100.0
JUBILADO	20	46.5	23	53.5	43	100.0
INDEPENDIENTE	3	33.3	6	66.7	9	100.0

APOYO EN LA SALUD:						
ESPOSO	19	40.4	28	59.6	47	100.0
HIJOS	12	60.0	8	40.0	20	100.0
NINGUNO	1	12.5	7	87.5	8	100.0
OTROS	6	54.5	5	45.5	11	100.0

- Ninguna característica del estudio tiene significancia estadística (Anexo 5).

En la tabla la mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino (73 de 86 pacientes) de los cuales el 58.9% de los pacientes presentaron muy buena agencia de autocuidado; mientras que en los pacientes de sexo femenino dicho nivel de agencia de autocuidado alcanzó un 38.5%. Una gran cantidad de los pacientes encuestados tuvieron entre 65 a 80 años de edad (53 del total de la muestra) y los pacientes cuyo rango de edad estuvo entre 45 a 64 años (60.6%) presentaron muy buena agencia de autocuidado. El grado de instrucción superior universitario fue el que más prevaleció entre los pacientes entrevistados; los cuales presentaron el mayor porcentaje en muy buena agencia de autocuidado con un 62.1%. Los pacientes con soporte económico autofinanciado presentaron muy buena agencia de autocuidado en el 61.8%, seguido por aquellos que reciben soporte económico de los hijos con el 50%. Los pacientes con trabajo independiente presentaron muy buena agencia de autocuidado con un 66.7% seguido de los trabajadores de ocupación dependiente que alcanzaron el 65.2% de dicho nivel. Los pacientes que refieren no recibir ningún apoyo a la salud presentaron muy buena agencia de autocuidado con el 87.5%, seguido de aquellos que recibieron apoyo del esposo(a) con un 59.6%

TABLA N° 3

**Nivel Agencia de Autocuidados en pacientes post Infarto del Miocardio según
antecedentes cardiovasculares del Instituto Nacional Cardiovascular
Octubre 2014**

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	BUENA		MUY BUENA			
	N	%	N	%	N	%
ESTADO NUTRICIONAL:						
NORMAL	18	37.5	30	62.5	48	100.0
SOBREPESO	15	53.6	13	46.6	28	100.0
OBESO	5	50.0	5	50.0	10	100.0
ANTECEDENTE DE HTA						
SI	18	50.0	18	50.0	36	100.0
NO	20	40.0	30	60.0	50	100.0
ANTECEDENTE DE HIPERCOLESTEROLEMIA						
SI	13	39.4	20	60.6	33	100.0
NO	25	47.2	28	52.8	53	100.0
ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS						
SI	18	52.9	16	47.1	34	100.0
NO	20	38.5	32	61.5	52	100.0

En la tabla se observa que el mayor porcentaje de pacientes con muy buena agencia de autocuidado, fue alcanzado por pacientes con estado nutricional normal con un 62.5%, pacientes sin antecedentes de HTA con un 60.0%, pacientes que presentaron antecedentes de colesterol con un 60.6%, pacientes sin antecedentes de diabetes con un 61.5%.

DISCUSIÓN

Las cardiopatías coronarias isquémicas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el adulto, prevalencia que va en ascenso asociado a los cambios del ritmo de vida y a las enfermedades crónicas degenerativas, convirtiéndose en un problema de salud pública, donde el manejo de la enfermedad y de sus complicaciones son de alto costo, con importante pérdida en la producción económica activa (3,13,14). Por lo tanto, es fundamental promover el autocuidado a través de la agencia de autocuidado como la mejor estrategia de menor inversión económica con resultados importantes sobre la salud para afrontar las consecuencias del infarto al miocardio, teniendo en cuenta que el proceso del autocuidado se inicia con la toma de conciencia sobre el propio estado de salud, generando compromiso y empoderamiento en el autocuidado definido por Orem como la práctica de las actividades que un adulto lleva a cabo por su propia parte, que le permite discernir acerca de los factores que deben controlarse o excluirse para mantener su vida, salud y bienestar, determinada por el conocimiento y el repertorio de habilidades mediante la satisfacción de los requisitos de autocuidado (6,15).

En relación a la agencia de autocuidado en pacientes post infarto de miocardio se encontró que más de la mitad de los pacientes presentó muy buena agencia de autocuidado, seguido de una buena agencia de autocuidado; no encontrándose pacientes con deficiente agencia de autocuidado. El resultado coincide con la investigación realizado por Herrera et al, en la cual encontró que las personas con hipertensión arterial en su mayoría poseen una alta capacidad de agencia de

autocuidado y los restantes poseen una capacidad media; asimismo encontró que los pacientes hipertensos inscritos en el programa de patologías crónicas tenían muy buena capacidad de agencia de autocuidado, lo que puede asociarse como un factor influyente en el desarrollo de capacidades (16).

Por lo tanto, los resultados obtenidos demuestran que los pacientes presentan conductas permanentes de autocuidado, poseen habilidades que le facilitan el conocimiento, el empoderamiento y el compromiso en la toma de decisiones para promover su salud y cuidado; el cual podría relacionarse con la asistencia de los pacientes al Programa de Rehabilitación Cardíaca que consta de terapias físicas tres veces por semana, asesorías nutricionales, apoyo psicológico, charlas multidisciplinarias, consultas médicas y de enfermería. Demostrado en el estudio de Lagares, donde los participantes al programa con cardiopatías isquémicas aprendieron a manejar su enfermedad y reconocieron que llevar un estilo de vida más saludable les ayuda a mantener su salud cardiovascular, mejoraron su capacidad física, practicaron alimentación saludable, abandonaron hábitos nocivos y superaron sentimientos de inutilidad, soledad y depresión (17).

Se obtuvo como hallazgo en esta investigación que los ítems de la Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado, mejor calificadas por las afirmaciones siempre o casi siempre (Anexo 6) están relacionados con los componentes de poder descritos como aquellas habilidades que facilitan el compromiso con el autocuidado como: la atención y vigilancia con respecto hacia uno mismo a través del autoreconocimiento como agente de autocuidado, siendo capaz de tomar

medidas de seguridad para él y su familia, motivados a realizar actividades de autocuidado que le permita convivir con una patología crónica, logrando cambiar hábitos no saludables como el sedentarismo, el tabaquismo, actividades estresantes y el consumo de grasas saturadas, razonando dentro de un marco de referencia que le permite tomar decisiones, anteponiendo siempre en primer lugar su salud, busca información y adquiere conocimientos sobre el manejo de su enfermedad, para realizar e integrar las operaciones de autocuidado en la vida diaria de forma activa y autónoma (6,18).

Los pacientes encuestados para prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después del infarto al miocardio ponen en práctica una gama de habilidades para satisfacer los requisitos de autocuidado en desviación de la salud, buscan asistencia médica acudiendo a sus citas, controles y terapias de rehabilitación, consejerías de enfermería, nutrición y psicología, reconocen los signos y síntomas de un infarto, conocen el nombre de sus medicamentos y efectos en algunos casos apoyados por el familiar, aceptándose en un estado de morbilidad que le permite adoptar nuevas formas de autocuidado (19).

Así mismo, los ítems con menos calificación (Anexo 6), corresponde cerca de la mitad de las respuestas a la afirmación nunca o casi nunca recurren a sus amigos de siempre cuando necesitan ayuda. Resultados que reflejan que a pesar de tener muy buena agencia de autocuidado es necesario fortalecer la satisfacción del requisito de autocuidado y los componentes de poder que hace referencia al

mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad (20), reconociendo la importancia del soporte social para la persona que ha sufrido infarto al miocardio en favor a su recuperación y reinserción a la sociedad.

El apoyo social se define como una serie de interacciones y transacciones interpersonales en busca de ayuda, consejo e información, formado por un conjunto de personas que confían, para obtener ayuda emocional o instrumental, conformada por familiares, amigos, compañeros de trabajo y vecinos, que se vincula con más actividad física y niveles menores de estrés. Gerin, considera el apoyo social limitado como un factor de riesgo asociado a una recuperación deficiente en pacientes que han sufrido infarto al miocardio (21).

También casi nunca o nunca buscan mejores formas para cuidar su salud de las que tenían actualmente, lo que implica que el profesional de enfermería dentro de su rol de apoyo educativo debe emprender acciones que logre incrementar la motivación del paciente para tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo, adquiera nuevas habilidades y hacerlas operativas, mejorando su afrontamiento a una enfermedad crónica, que lo ayude a buscar soluciones deliberadas que favorezcan mejorar la calidad de vida del paciente y su familia (22).

Rodríguez et al, obtuvo similares resultados en los dos ítems mencionados en este estudio (8). Entre las alternativas de buscar mejores formas de salud en cardiopatías coronarias isquémicas pueden relacionarse al manejo del estrés como técnicas de relajación (yoga, taichí), respiración y meditación que mejoran la

presión arterial, la circulación, la frecuencia cardíaca, el sistema inmunológico y una mayor percepción de bienestar; así tenemos que la isquemia miocárdica se relaciona con el estrés mental demostrado por Rozanski en su estudio, en el cual observó que el 59% de pacientes coronarios con estrés emocional, sufrían defectos de contractibilidad segmentaria (23).

En relación a la agencia de autocuidado y sus características sociodemográficas (Tabla 2) se observa en relación al sexo y edad que más de la mitad de los pacientes con muy buena agencia de autocuidado eran del sexo masculino y las edades comprendidas de 45 a 64 años. Orem señala que la edad permite evaluar la cantidad y tipo de ayuda necesaria, el cual tiene relación con las conductas de autocuidado por lo que el individuo en edad adulta es responsable de sí mismo y de las personas que de él depende (19). Resultados diferentes fue obtenido por Rodríguez et al, el cual observó que a mayor edad era mejor el puntaje de agencia de autocuidado y que ambos sexos presentan el mismo nivel medio de autocuidado (8).

Los resultados del estudio muestran que los mayores puntajes de ASA se encuentran en los pacientes que tenían educación superior. Según la Organización Panamericana de la Salud, el grado de instrucción alcanzado proporciona un potencial determinado de habilidades lo que a su vez afecta o repercute directamente en su estado de salud, a mayor grado de instrucción habrá mejor comprensión de la enfermedad y las recomendaciones (24). Resultados similares se encuentran en el estudio realizado por Achury et al, quien encontró que los

pacientes con baja capacidad de agencia de autocuidado tenían un nivel de escolaridad bajo (25).

En relación al soporte económico y ocupación, el trabajador independiente y que se autofinanciaban presentan muy buena agencia de autocuidado. Resultado similar a lo reportado por Rodríguez et al, en el que sus participantes con empleo tienen mayor puntaje de ASA (8). Estos resultados son diferentes a los encontrados por Achury et al. y Benavides, quienes presentan una ASA mayor en la categoría de jubilados debido al mayor tiempo disponible que tienen para dedicarse a ejercer actividades de autocuidado (18,25).

Sin embargo, en la presente investigación los resultados se podrían asociar a que el trabajador independiente maneja su propio tiempo y puede delegar funciones para tener mayor control de sus cuidados y empoderarse de su agencia de autocuidado, además tienen responsabilidades económicas y familiares, siendo su principal motivación para contar con un buen estado de salud y conciencia de enfermedad. Rodríguez et al., concluyó que la ocupación puede ser un factor que afecte la capacidad de agencia de autocuidado, el cual puede favorecer la reducción del estrés y un mejor descanso nocturno (8).

En la dimensión apoyo de la salud, los que presentan mayor agencia de autocuidado son los pacientes cuyo principal cuidador son ellos mismos, seguido del apoyo de su conyugue. Resultado que puede estar relacionado con la vivencia de haber experimentado infarto al miocardio y sentir en peligro su existencia,

produciendo un cambio en la percepción sobre la salud y la enfermedad, aprenden a valorar la vida, conocer su patología y manejarla en un marco de cronicidad, manifestados en la conciencia de cambio y voluntad. Para Araya, el autocuidado involucra a la persona mayor como actor preparado capaz de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud, a través del fortalecimiento máximo de su autonomía (26).

Es más fácil sobrellevar la enfermedad coronaria cuando se cuenta con personas cercanas que brindan apoyo emocional y acompañamiento durante el tratamiento y recuperación; evidenciado por Vargas en su estudio fenomenológico, quien concluyó que las personas con enfermedad cardiovascular que modificaron hábitos de riesgo contaban con personas significativas, generalmente el conyugue, que les incentiva a iniciar o mantener la intención de cambio (17).

En relación a los antecedentes cardiovasculares (Tabla 3), se formuló si la presencia de antecedentes cardiovasculares como el estado nutricional, la hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, influían en la agencia de autocuidado; obteniéndose como resultado que los pacientes con estado nutricional normal, sin antecedente de hipertensión arterial, diabetes y antecedente de hipercolesterolemia presentan alta agencia de autocuidado no encontrándose significancia estadística. Resultados similares al de Achury et al, y Rodríguez et al, obtuvieron que los pacientes con alta agencia de autocuidado tenían presión arterial normal (8,25). Es necesario tener en cuenta que las personas que han sufrido infarto al miocardio presentan de uno a dos factores de

riesgo cardiovascular (2). Por lo tanto, el individuo debe ser consciente del cambio de su estado de salud para desarrollar habilidades de autocuidado, con la finalidad de controlar los factores condicionantes y lograr satisfacer los requisitos de autocuidado cuando existen alteraciones de la salud (6, 20).

CONCLUSIONES

- En relación a la agencia de autocuidado de los pacientes post infarto de miocardio se encontró que más de la mitad de los pacientes presentan muy buena agencia de autocuidado.
- El nivel muy buena agencia de autocuidado según las características sociodemográficas prevaleció en el sexo masculino, en el rango de edades entre 45 a 64 años de edad, grado de instrucción superior universitario, sustento económico autofinanciado, con ocupación de trabajo independiente y el principal apoyo a su salud eran ellos mismos seguido muy cercanamente por el apoyo que recibían de sus cónyuges, afianzando su independencia, no se encontró significancia estadística.
- Según las características clínicas de los pacientes se obtuvieron muy buena agencia de autocuidado en aquellos que presentaban normal estado nutricional, no tenían antecedentes de hipertensión arterial, de diabetes y en los que presentaron antecedentes de hipercolesterolemia.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos, es importante fomentar programas educativos como rol fundamental de enfermería considerado por Orem dentro del sistema de apoyo educativo, que faciliten el aprendizaje del paciente con respecto al proceso de salud y enfermedad permitiendo identificar hábitos no saludables y mejorar las habilidades que posibiliten empoderarse de su autocuidado para lograr una mejor calidad de vida.
- Creación de más programas enfocados en rehabilitación cardíaca a nivel de MINSA y ESSALUD para propiciar la participación activa de los pacientes, incentivándolos a los cambios que requiere el manejo efectivo de su enfermedad con el fin de controlar los factores de riesgo y alcanzar su bienestar.
- Incorporar instrumentos de agencia de autocuidado en los consultorios de enfermería de rehabilitación cardíaca y pre cateterismo que ayude a reconocer las deficiencias del autocuidado con el fin de realizar una retroalimentación con respecto a sus cuidados y fortalecer su empoderamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis R.C., Hobbs F.D., Lip G.Y. ABC of Heart Failure. History and Epidemiology. BMJ. 2000; 320 (7226): 39-42.
2. Reyes M., Ruiz E. Registro nacional de infarto miocárdico agudo II (RENIMAI). Rev Per Cardiol. 2013;39 (1): 60-70.
3. Ministerio de Salud. Análisis del estado de salud. En: Dirección General de Epidemiología, coordinador. Análisis de la situación de salud en Perú. 1a ed. Lima: ASKHA E.I.R.L; 2013. P.104-59. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
4. Pavi B., Iliou M., Verges B., Brion R., Monpere C., Carre F., et al. Guía de la Sociedad francesa de Cardiología para Rehabilitación Cardíaca en adultos. Elsevier Masson France. 2012 enero 22; 105:309-328.
5. Achury D., Rodriguez S., Agudelo L., Hoyos J., Acuña J. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2011 julio-diciembre 02; 13(2): 49-74. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>
6. Orem D. Normas Prácticas de Enfermería. España: Ediciones Piramide S.A; 1983.
7. Navarro Y., Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Rev Enferm Global [revista en internet]. 2010 junio [citado 2015 marzo 27]; (19): Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>.
8. Rodríguez M., Arredondo E., Salamanca Y.A. Capacidad de Agencia de Autocuidado y Factores Relacionados con la Agencia en Personas con Insuficiencia Cardíaca de la Ciudad de Medellín. Enfermería Global [Revista en Internet]. 2013 Abril [Citado 2014 Abril 05]; 12(30). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/147921>
9. Espitia L.C. Asociación de los Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado y la Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con Hipertensión Arterial que asisten a consulta externa del hospital

- universitario La Samaritana. [tesis para optar el título de Magíster en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
10. Carrillo A.J., Mesa L. parámetros de la escala ASA-A para medir la capacidad de agencia de autocuidado: Estudio documental. Index Enferm [revista en internet]. 2013 noviembre [citado 2016 abril 15]; 7 (19). Disponible en:
<http://WWW.index-f.com/para/n19/088o.php>
11. Solera D. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial, Montería [Tesis Magister en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
12. Balmaceda M.T., Navarro LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo-Colombia. Investigaciones andinas [revista en internet]. 2013 [citado 2016 junio 27]; 15 (26): 667-678. Disponible en:
<http://WWW.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>.
13. Organización Mundial de la Salud. Nota Informativa. Centro de Prensa. Ginebra. Setiembre 2011 [Citado 2012 mayo 15]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.
14. Orozco D., Cooper R., Gil V., Bertomeu V., Pita S., Durazno R., et al. Tendencias en mortalidad por infarto de miocardio. Estudio Comparativo entre España y Estados Unidos: 1990-2006. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(12).
15. Raile M., Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería, (7ª ed.). Madrid – España. 2011.
16. Herrera A., García F., Gelis M., Tapia C. Capacidad de Agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención [tesis]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2014.

17. Lagares M. Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de Rehabilitación Cardíaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena [tesis Magister en enfermería]. Cartagena: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
18. Benavides J.A. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica san Rafael [Tesis Magister en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
19. Ofman S.D., Pereyra C.I., Stefani D. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género. Boletín de psicología [internet]. 2013 julio [citado 2016 mayo 06]; (108): 91-106. Disponible en: www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf
20. Prado L.A., González M., Paz N., Romero K. La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem. Rev. Med. Electron. [revista en internet]. 2014 noviembre-diciembre [citado 2016 julio 05]; 36 (6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
21. Gerin, Calidad de vida, apoyo social, autoeficacia y necesidades percibidas en personas con infarto agudo al miocardio [Internet]. 2011 [citado 2016 setiembre 20]; 560 (35). Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Calidad vida apoyo social autoeficacia infarto.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Calidad%20vida%20apoyo%20social%20autoeficacia%20infarto.pdf)
22. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Rev. Enf. Neurol. [revista en internet]. 2011 [citado 2016 setiembre 24]; 10(3):163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
23. Rosanki, El estrés en las enfermedades cardiovasculares [revista en internet]. 2009 [Citado 2016 setiembre 18] 590 (583). Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon.pdf
24. OPS. Las condiciones de salud en las américas en: Cabrera R., Motta I., Rodríguez C., Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico

- Chincha-Essalud. Rev Enferm Herediana [revista en internet]. 2010 [citado 2013 abril 12]; 3(1): 29-36. Disponible en : http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado%203_4.pdf
25. Achury L.F., Achury D.M., Rodríguez S.M., Sepúlveda G, Padilla MP, Leuro JM, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una Institución de segundo nivel. Investig. Enferm. Imagen Desarr [revista en internet]. 2012 julio-diciembre [citado 2015 febrero 25];14 (2): 61-83
26. Araya, Autocuidado en las personas mayores de la ciudad de San Francisco de Campeche. RIDE [revista en internet]. 2015 julio - diciembre [Citado 2016 setiembre 19]; 11 (6). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5364683.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

DONDE:

N: Tamaño de la población de pacientes que asistieron a la consulta Externa del año anterior. Total = 110

Z: Factor de Confianza (95%) = 1.96

P: Proporción de pacientes que presentan mediana agencia de autocuidado según antecedente (0.80 %) .

q : 1- p = 0.20

E: Error de Estimación al 5 % = 0.05

$$M = \frac{Z^2 x p x q}{E^2}$$

$$M = \frac{(1.96)^2 x (0.5) x (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$M = \frac{0.9604}{0.0025} M = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.16.$$

$$NF = \frac{M}{1 + \frac{M}{N}} = NF = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{110}} = NF = \frac{384.16}{4.492} = 85.82$$
$$= 86$$

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones	: Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH.
Investigadores	: Corina Ognio Cárdenas, Rosse Mary Pimentel Cobeñas
Título	: Agencia del Autocuidado Basado en la Teoría de Dorothea Orem en Pacientes Post Infarto del Miocardio

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Agencia del Autocuidado Basado en la Teoría de Dorothea Orem en pacientes post Infarto del Miocardio”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; el cual pretende medir la capacidad que usted tiene para cuidarse así mismo, después de haber sufrido un infarto coronario.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizarán los siguientes procedimientos:

1. Se le aplicará una encuesta anónima de 24 preguntas sobre el cuidado que se tiene así mismo y le tomará como máximo 20 – 30 minutos el llevarlo a cabo.
2. Se le preguntarán algunos datos generales como edad, peso, talla y algunas preguntas sobre su actual estado de salud. En total serán 17 preguntas y le tomará como máximo 8 minutos.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

El beneficio del presente estudio es brindar consejería y orientaciones para fortalecer los conocimientos y las prácticas de autocuidado, contribuyendo en el mejoramiento de su calidad de vida.

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 sobre los cuidados que deben realizarse a si mismo después de haber sufrido un infarto coronario.

Confidencialidad:

La encuesta que usted desarrollará será totalmente anónima. Los resultados de esta investigación son solo con fines del estudio. Sus encuestas no serán mostradas a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, tiene la posibilidad de retirarse de este en cualquier momento sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a la Lic. Corina Ognio al 961080012, o Lic. Rosse Mary Pimentel al 982885507.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Fredy Canchihuamán, presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 3190000 Anexo 2271.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Firma del Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO 3

INSTRUMENTO

INFORMACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

1. Edad: 2. Sexo: M ☐ F ☐ 3. Peso:
4. Talla: 5. IMC:

6. Nivel de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Universitaria
- e) Analfabeto

7. Ocupación:

- a) Ama de Casa
- b) Empleado
- c) Jubilado
- d) Desempleado
- e) Independiente

8. Tiempo transcurrido del último episodio de infarto agudo miocardio.....meses.

9. Antecedentes cardiovasculares:

- a) Hipertensión arterial
- b) Colesterol
- c) Diabetes

10. Acude Ud. a Rehabilitación Cardíaca

- a) Si
- b) NO

11. El principal apoyo para su salud es:

- a) Esposo (a)
- b) Hijos
- c) Usted
- d) Otro.....

12. El principal sustento económico en su hogar lo brinda:

- a) Esposo (a)
- b) Hijos
- c) Usted
- d) Otro.....

**ESCALA DE APRECIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE
AUTOCUIDADO (ASA)**

	ÍTEMS	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2	Verifico si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				

12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy acostumbrado hacer con tal de mejorar mi salud.				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19	Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo buscar la información necesaria sobre qué hacer.				
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23	Puedo sacar tiempo para mí.				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

ANEXO 4

Según el estadístico Alfa de Cronbach (Alfa= 0.816), la escala de valoración de la agencia de autocuidado (ASA) resultó confiable (Alfa > 0.8) lo que permite aplicarlo en la presente investigación.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,816	24

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ITEM1	71,27	69,651	,375	,809
ITEM2	71,23	68,323	,496	,805
ITEM3	71,83	71,040	,093	,825
ITEM4	71,10	66,024	,626	,799
ITEM5	71,00	67,172	,513	,803
ITEM6	72,07	65,168	,545	,800
ITEM7	71,70	69,459	,273	,813
ITEM8	71,17	65,385	,651	,797
ITEM9	71,10	65,817	,600	,799
ITEM10	71,50	67,017	,536	,802
ITEM11	71,67	69,195	,299	,812
ITEM12	71,70	72,217	,014	,832
ITEM13	71,23	67,357	,317	,812
ITEM14	70,90	71,610	,154	,817
ITEM15	71,53	68,464	,322	,811
ITEM16	70,90	69,610	,412	,808
ITEM17	71,37	66,309	,496	,803
ITEM18	71,10	71,955	,167	,816
ITEM19	71,03	68,378	,625	,803
ITEM20	71,77	72,461	,015	,829
ITEM21	71,33	67,333	,464	,805
ITEM22	71,67	60,299	,780	,785
ITEM23	71,33	70,506	,167	,819
ITEM24	71,23	69,909	,280	,813

ANEXO 5

Pruebas de Chi – Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,329 ^a	1	,021	,041	,027
Corrección por continuidad ^b	3,653	1	,056		
Razón de verosimilitudes	5,662	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5,267	1	,022		
N de casos válidos	86				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,09.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,950 ^a	1	,001	,002
Corrección por continuidad ^b	9,181	1	,002	
Razón de verosimilitudes	11,367	1	,001	
Estadístico exacto de Fisher				
Asociación lineal por lineal	10,822	1	,001	
N de casos válidos	86			

ANEXO 6

Ítems de la escala ASA con mayor y menor puntuación en Pacientes con post

Infarto del Miocardio del Instituto Nacional Cardiovascular

Octubre 2014

	ESCALA DE LIKERT									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ÍTEMS CON MAYOR PUNTUACIÓN										
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro	36	41.9	47	54.7	3	3.5	0	0.0	86	100.0
19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud	36	41.9	47	54.7	3	3.5	0	0.0	86	100.0
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	47	54.7	33	38.4	4	4.7	2	2.3	86	100.0
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy acostumbrado hacer con tal de mejorar mi salud.	44	51.2	35	40.7	5	5.8	2	2.3	86	100.0
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo buscar información	27	31.4	51	59.3	5	5.8	3	3.5	86	100.0
ÍTEMS CON MENOR PUNTUACIÓN										
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	24	27.9	25	29.1	14	16.3	23	26.7	86	100.0
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	16	18.6	35	40.7	23	26.7	12	14.0	86	100.0

