

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PREVENTIVA DEL ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR EN EL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y
PRÁCTICA DE USUARIOS DIABÉTICOS Y/O HIPERTENSOS,
HOSPITAL CHANCA Y-2018**

Presentado por:

**BACH. MATURRANO LOZA, FIORELLA DE LOS ANGELES
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Asesora:

MG. VELÁSQUEZ OYOLA, MARGARITA BETZABÉ

HUACHO - PERÚ

2019

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PREVENTIVA DEL ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR EN EL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y
PRÁCTICA DE USUARIOS DIABÉTICOS Y/O HIPERTENSOS,
HOSPITAL CHANCAY-2018**

BACH. MATURRANO LOZA, FIORELLA DE LOS ANGELES

TESIS DE PREGRADO

Asesora:

MG. VELÁSQUEZ OYOLA, MARGARITA BETZABÉ

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado al apoyo incondicional de mi madre, mujer luchadora, que día a día contribuye en mi formación profesional. Por otra parte a mis docentes por guiarme en la senda de la investigación y sembrar en mí el interés y la confianza de que puedo lograr grandes cosas desde ahora y para el futuro.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por mantenerme con vida y salud; permitiéndome realizar esta investigación, al apoyo de mi madre Sra. Gladys Loza Mauricio, de mi abuelo Sr. Eugenio Loza Rosadio, y demás familiares que, con su constante sacrificio y esfuerzo, continúan motivándome en el logro de mis metas y aspiraciones.

A la E.A.P de enfermería de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, mi alma máter, la enseñanza recibida en el transcurso de estos 5 años que servirá para forjar un futuro comprometido con la salud y la investigación.

Un agradecimiento especial a la Mg. Margarita Velásquez Oyola, por su asesoría en la realización de mi investigación, su amistad, sencillez y por brindarme esa confianza que permitió impulsarme en el logro de mis objetivos y asimismo entender la importancia de la investigación en el ámbito de la salud.

A mis mejores amigos(as), y los docentes que nos orientaron para concretar la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	01
1.2. Formulación del Problema	09
1.2.1 Problema General	09
1.2.2 Problemas Específicos	09
1.3. Objetivos de la Investigación	09
1.3.1. Objetivo General	09
1.3.2. Objetivos Específicos	09
1.4. Justificación	10
1.5. Delimitación del estudio	11
1.6. Viabilidad del estudio	11

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	13
2.1.1. Investigaciones internacionales	13
2.1.1. Investigaciones nacionales	17
2.2. Bases Teóricas	18
2.3. Definiciones conceptuales	33
2.4. Formulación de la Hipótesis	35
2.4.1. Hipótesis General	35
2.4.2. Hipótesis Específicas	35

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1. Diseño Metodológico	36
3.1.1. Tipo de investigación	36
3.1.2. Nivel de investigación	36
3.1.3. Diseño	36

3.1.4. Enfoque	36
3.2. Población y Muestra	36
3.2.1. Población	36
3.2.2. Muestra	37
3.3. Operacionalización de variables e indicadores	38
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.4.1. Técnicas a emplear	42
3.4.2. Descripción de instrumentos	42
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Presentación de cuadros, gráficos e interpretaciones	46
4.2. Contrastación de hipótesis	50
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	
5.1. Discusión	55
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.4. Conclusiones	60
6.5. Recomendaciones	61
CAPÍTULO VI: FUENTES DE INFORMACIÓN	
7.1. Fuentes bibliográficas	63
7.2 Fuentes electrónicas	64

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Conocimiento sobre accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa	46
TABLA N° 02: Actitud frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa	47
TABLA N° 03: Práctica frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa	48

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01: Conocimiento sobre accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa	46
GRÁFICO N° 02: Actitud frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa	48
GRÁFICO N° 03: Práctica frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa	49

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 01: Matriz de consistencia	72
ANEXO N° 02: Instrumento para la toma de datos	74
ANEXO N° 03: Consentimiento informado	81
ANEXO N° 04: Validez del instrumento de medición	82
ANEXO N° 05: Intervención Educativa	83
ANEXO N° 06: Galería de Fotos	92

RESUMEN

En la actualidad, el accidente cerebrovascular ocupa el segundo lugar de muerte en el mundo, afectando principalmente a adultos mayores de 40 años, por ello la importancia de modificar el conocimiento que, en su mayoría, es causante de actitudes y prácticas desfavorables, convirtiéndose en una de las tareas fundamentales de enfermería. **Objetivo general:** Determinar la efectividad de una Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, tipo longitudinal, diseño experimental, nivel cuasi-experimental, la muestra estuvo constituida por 30 usuarios, 15 para el grupo de control y 15 para el experimental, como técnica de investigación se utilizó una encuesta y como instrumento un cuestionario, validados mediante R de Finn y el coeficiente alfa de Cronbach que le da una fiabilidad de 0,86. Para analizar los datos se utilizó la técnica estadística inferencial T de Student (valor crítico 2.048). **Resultados:** Antes de la intervención educativa, el grupo control y experimental presentaron conocimientos inadecuados (GC: 66,70%, GE: 86,70%), actitud inadecuada con 53,30% para ambos grupos, practicas inadecuadas con 53,30% para el grupo control y 60,00% para el experimental, después de su aplicación, el grupo experimental presentó un 86,70% de conocimientos adecuados, 100,0% de actitud adecuada y 73,30% de prácticas adecuadas. **Conclusión:** Después de la intervención educativa, los usuarios del grupo experimental presentaron mejoras en el conocimiento, actitud y práctica preventiva del ACV, no presentando variación significativa el grupo control después de la intervención. **Palabras clave:** Conocimiento, actitud, práctica, prevención, accidente cerebrovascular.

SUMMARY

Currently, stroke occupies the second place of death in the world, affecting mainly adults over 40 years of age, which is why it is important to modify knowledge that, for the most part, causes unfavorable attitudes and practices, becoming one of the fundamental tasks of the nursing professional. **General objective:** To determine the effectiveness of an Educational Intervention to prevent stroke in the knowledge, attitude and practice of users with hypertension and / or diabetes mellitus at Chancay Hospital-2018. **Methodology:** Quantitative approach study, longitudinal type, experimental design, quasi-experimental level, the sample consisted of 30 users, 15 for the control group and 15 for the experimental group, as a research technique a survey was used and as an instrument a questionnaire, validated by Finn's R and Cronbach's alpha coefficient that gives a reliability of 0.86. To analyze the data, the inferential statistical technique was used by the Student's T parametric test (critical value 2048). **Results:** Before the educational intervention, the control and experimental group presented inadequate knowledge (GC: 66.70% and GE: 86.70%), inadequate attitude with 53.30% for both groups, inadequate practices with 53.30% for the control group and 60.00% for the experimental group, after its application, the experimental group presented 86.70% of adequate knowledge, 100.0% of appropriate attitude and 73.30% of suitable practices. **Conclusion:** After the educational intervention, the users of the experimental group presented improvements in the knowledge, attitude and preventive practice of the LCA, with no significant variation in the control group after the intervention.

Key words: Knowledge, attitude, practice, prevention, stroke.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares son la segunda causa de mortalidad general en el mundo según cifras referidas por la Organización Mundial de la Salud. La falta de conocimientos sobre el desarrollo de esta patología y su forma de prevención son desconocidos por la mayor parte de la población, por lo que es importante el acercamiento a pacientes hipertensos y diabéticos, quienes están más propensos a desarrollarlo, con el fin de mejorar estilos de vida y evitar la presencia de complicaciones derivadas del descuido y desconocimiento de sus complicaciones.

La información que debería recibir cada paciente sobre las causas posibles que contribuyen a desarrollar un accidente cerebrovascular lamentablemente es deficiente por diferentes factores, entre ellos, el desconocimiento del paciente sobre su enfermedad, falta de información útil y muchos de ellos acuden a servicios hospitalarios cuando la patología o complicaciones ya se produjeron y la intervención es mínima. En la mayoría de casos esta enfermedad deja secuelas que no se pueden revertir.

El propósito de la instauración de una intervención educativa basada en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura (1987) y en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (1987) pretende capacitar a pacientes sobre las generalidades de la enfermedad y de esta forma proporcionar conocimientos, actitudes adecuadas y en lo posible modificar sus prácticas diarias de modo de vida, para evitar el desarrollo de esta enfermedad, además evitar creencias erróneas y costumbres inadecuadas que constituyen factores de riesgo asociadas a su aparición.

La presente investigación se ha realizado con la finalidad de identificar el conocimiento, actitud y práctica que tienen los pacientes diabéticos e hipertensos del Hospital de Chancay

frente a la prevención del accidente cerebrovascular; y con ello determinar que tanto conocen sobre la enfermedad y cuantificarlo en adecuado e inadecuado con respecto a las tres variables, para que después de aplicada las sesiones educativas determinar si hay un cambio significativo en relación a sus conocimientos, actitudes y prácticas, que nos den una orientación panorámica acerca de la efectividad de dicha intervención.

La investigación consta de cinco capítulos. Capítulo I: Planteamiento del Problema. Capítulo II: Marco Teórico. Capítulo III: Material y Método, presenta el tipo, nivel y método, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validez y confiabilidad), plan de recolección y procesamiento de datos. Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados, discusión de resultados. Capítulo V: Conclusiones, y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El accidente cerebrovascular, hoy en día, está tomando mayor impacto en nuestra sociedad, constituyendo uno de los principales problemas de gran trascendencia económica y social.

Los datos de la Organización Mundial de la Salud señalaron que esta enfermedad junto con la cardiopatía isquémica (número uno en estadísticas de mortalidad) son las principales enfermedades causantes de muerte a nivel mundial, que ocasionaron 15 millones de defunciones en el año 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. (OMS, 2018).

Un informe publicado acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), refiere lo siguiente:

La enfermedad cerebrovascular representa la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura (4,8% del total en hombres y 6% en mujeres), siendo además la segunda causa de pérdida de años de vida ajustados a discapacidad en hombres y mujeres, solamente detrás de la enfermedad coronaria. (Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2017).

Asimismo, en un boletín publicado por la Biblioteca Médica Nacional de Cuba acerca de las estadísticas mundiales de ACV, se afirma que:

El accidente cerebrovascular es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes. Según su naturaleza patológica se divide en: isquémico y hemorrágico. Representa un significativo problema social y sanitario dado

que es una enfermedad directa y agudamente incapacitante a cualquier edad, y los factores más determinantes de los resultados, tanto en la mortalidad como en la función, son la severidad y la evolución del daño neurológico. (Biblioteca Médica Nacional de Cuba, 2017).

Al respecto, la Word Stroke Organization (2016), con motivo de realizar una campaña internacional contra el accidente cerebrovascular y su incidencia en las mujeres sostuvo:

Las mujeres tienen una tasa más alta de mortalidad por accidentes cerebrovasculares que los hombres, es decir, seis de cada diez casos se dan en mujeres, en buena medida, debido a que ocurren a una edad más avanzada (...) Asimismo, en el grupo de población de mujeres de más de 85 años se da el índice más alto de episodios de ictus.

Además, señala también que son ellas quienes presentan la mayor cantidad de factores de riesgo para desarrollar un evento cerebrovascular, entre ellas, la diabetes, las migrañas con aura, la fibrilación auricular, la depresión y la hipertensión. Muchos otros factores de riesgo son específicos de las mujeres, como el embarazo, la preeclampsia, el uso de anticonceptivos orales (especialmente en el caso de mujeres con una alta presión sanguínea), los cambios hormonales, los tratamientos hormonales sustitutorios posteriores a la menopausia y la diabetes gestacional, situaciones que los pone en un riesgo mayor de sufrir dicho infarto cerebral. (Word Stroke Organization, 2014).

La OMS, en su Observatorio Mundial de la Salud (GHO), indica que en 2016 se produjeron cerca de 6 millones de muertes por accidente cerebrovascular en todo el mundo, de las cuales 2.887.229,00 corresponden al sexo femenino, en tanto 2.893.412,00 al sexo masculino.

En el año 2016, la tasa de mortalidad global en el mundo por ACV, fue de 56.3 muertes por cada 100.000 habitantes al año, con una tasa de mortalidad para el isquémico del 23% y un 52% para el ACV hemorrágico. Cabe resaltar también que: “aproximadamente el 50% de las personas que sufren un accidente cerebrovascular, no podrán reincorporarse a su actividad laboral habitual y se estima que 2/3 de los pacientes que sufrieron un ACV morirán durante los dos años posteriores al suceso”. (Berto, 2016).

Según estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2013, de 123 países que reportaron datos sobre mortalidad a la OMS, se determinó que Rusia, Bulgaria, Grecia y Rumania son los países con estadísticas más elevadas de accidente cerebrovascular.

Según la OMS (2013) se prevé que los casos de ECV aumentarán en un 27% entre los años 2020 al 2025 y se encuentra estrechamente relacionado con el envejecimiento de la población. Sin embargo en once estudios realizados en Europa, Rusia, Australia y Estados Unidos las cifras fueron de 300 a 500 por cada 100.000 habitantes en pacientes entre 45 y 84 años, estimándose que ocurren 536.000 nuevos casos en la Unión Europea y 2.700.000 de adultos han presentado al menos un episodio de ACV. En Estados Unidos distintos investigadores estiman la recurrencia de nuevos ACV entre 731.000 y 750.000 episodios por año. De todos estos casos el 50% de los trastornos neurológicos se atienden en un hospital general. (Martínez., Murie., Pagola e Irimia., 2011).

La incidencia en la región de las Américas ha aumentado significativamente, por cada 10 años las cifras se triplica hasta alcanzar 3.000 casos por cada 100.000 habitantes en mayores de 85 años. Las realidades crudas llegan a países desarrollados como España en donde se han estimado que las cifras aumentan 8,5% cada año. En un meta análisis de estudios de prevalencia de ictus en este país, en pacientes mayores de 70 años las

tasas fueron de 7,3% y 5,6% para hombres y mujeres respectivamente; observándose un leve incremento en la población urbana sobre la rural. (Martínez et al., 2011).

En Latinoamérica, son Brasil y México los países que tienen las poblaciones más numerosas y la mayor cantidad de muertes por ACV, con 129.200 y 33.000 casos anuales, respectivamente, mientras que en Argentina, la prevalencia se estima en 77 por cada 100.000 habitantes, además, la World Health Statistics, 2017 informa que: “se prevé que la cantidad de accidentes cerebrovasculares por año aumente dramáticamente a medida que la población envejece, y se ha estimado que las muertes debidas a esta enfermedad en Latinoamérica se tripliquen para el año 2020”.

Cantú (2011), jefe del Departamento de Neurología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición en México, y fundador de la Asociación Mexicana de enfermedad cerebrovascular, remarcó lo siguiente:

Tenemos una epidemia de enfermedad vascular cerebral que ya se convirtió en un grave problema de salud pública en América Latina (...) Y esto es debido a que se está incrementando la esperanza de vida y a los cambios en el estilo de vida en la región, con una población cada vez más sedentaria que come cada vez más comida chatarra, etc (...) En Latinoamérica la población actualmente es muy joven, pero en una o dos décadas se duplicará o triplicará la cantidad de personas mayores de 60 años y con esto se triplicarán también los eventos cerebrovasculares en esta población.

Persi (2017), especialista del Área de Neurología Vascular del Instituto de Neurociencias Buenos Aires, Argentina, explicó sobre las consecuencias de los accidentes cerebrovasculares:

Se estima que un 90% de las personas que sobrevive a este tipo de accidentes cerebrovasculares lo hace con algún tipo de discapacidad, mientras que un

50% requiere ayuda de otros para desempeñarse en sus actividades de la vida cotidiana luego de pasar por una crisis de este estilo.

Es importante resaltar la gran asociación entre la incidencia de la enfermedad y ciertos factores de riesgos que lo originan, tal es el caso de un estudio realizado acerca del riesgo de padecer un infarto cerebral en pacientes con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, encontrándose una prevalencia del 24% y 77% respectivamente tanto para el tipo de accidente cerebrovascular isquémico como para el hemorrágico, aunado a esto se encontraron factores de riesgo que el mismo ser humano puede modificar, encontrándose en primer lugar el alcoholismo que registró un 76%, seguido del tabaquismo con un 42% del total. (Mena, 2012).

Se puede afirmar también que la incidencia de casos de accidentes cerebrovasculares se relaciona con el desconocimiento de la población acerca de la misma; esto lo afirma Proenza, Nuñez, Gallardo y de La Paz (2012), quienes realizaron un estudio de Intervención Educativa en pacientes adultos mayores, con la finalidad de saber cuánto conocían acerca de la enfermedad en mención, encontrándose que antes de dicha intervención el conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad tuvo un 65,4% de desaprobación, es decir estas personas no tenían información necesaria sobre la enfermedad cerebrovascular en un inicio.

Además, se comprueba que el principal factor de riesgo que contribuye a un accidente cerebrovascular cualquier sea el tipo, es la hipertensión arterial, tal y como lo demuestra una investigación en pacientes con ACV, cuyas cifras para dicho factor de riesgo llegaron hasta el 59,27%. (Ortíz, 2013).

Cabe resaltar también que existe relación directa entre el accidente cerebrovascular y los antecedentes familiares, tal es el caso de una investigación elaborada por Domínguez, Lemos y Vizaguirre (2013), donde se encontró antecedentes familiares de

hipertensión arterial y diabetes mellitus en pacientes que desarrollaron la enfermedad, además según estos autores el 65,8% tenía hábitos alimenticios poco saludables, y el 53,3% manifestó haber consumido alcohol alguna vez en su vida. De igual manera, encontraron que el 63.3% de los mismos no tenían conocimiento sobre el ACV, de los cuales el 73,3% obtenía información por parte de los medios de comunicación, y solo el 15% refirió obtenerlo por algún personal de la salud.

Es más, en otro estudio realizado en adultos mayores se encontró que estos presentaban más de dos factores de riesgos que provocarían una enfermedad cerebrovascular, entre ellos, en primer lugar la hipertensión arterial (52%), seguido de las enfermedades cardíacas (36%) y en tercer lugar la diabetes mellitus (12%), sumado a ello se encontró que el 56% tenían hábitos tóxicos, es decir, consumían cigarrillos y el 76% poseía sobrepeso, de ellos, el principal motivo fue que un 76% tenía poco conocimiento sobre la enfermedad, el 68% no conocían los factores de riesgo modificables para la prevención de la enfermedad y el 72% no identificó las posibles complicaciones. (Otaño et al, 2014)

Córdova (2015), evaluó la eficacia de una intervención educativa sobre los factores de riesgo del accidente cerebrovascular en pacientes con padecimientos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, encontrando, en un inicio, que solo el 40,36% tenían conocimientos adecuados sobre la enfermedad, además, el 45% de pacientes no conocían en la pre intervención cuales eran los factores de riesgo y, en su mayoría adoptaban prácticas y actitudes inadecuadas para su prevención.

De igual manera Chinizaca en su investigación realizada a adultos mayores en el año 2016, halló que el 87.5% de los mismos tenía un conocimiento poco satisfactorio del accidente cerebrovascular y, al evaluar que tanto conocían sobre sus factores de riesgo, el 82,5% respondió de forma insatisfactoria, lo mismo ocurrió con conocimiento

sobre la prevención de la enfermedad que dio como resultado un 87,5% de tipo no satisfactorio.

Los datos del Ministerio de Salud, 2014 refiere lo siguiente:

En el Perú, el accidente cerebrovascular constituye la séptima causa de mortalidad, siendo el principal factor de riesgo la hipertensión arterial; además de encontrarse la fibrilación auricular, la diabetes mellitus, el colesterol elevado, el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo y el sedentarismo como otros factores de riesgos asociados.

Mientras tanto, en un estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati, en el área de neurología se encontró que el 48.6% de los usuarios atendidos fueron diagnosticados de ACV Isquémico y el 51.4% ACV Hemorrágico, siendo más común en el sexo femenino (52.8%), y cuyo antecedente más importante fue la hipertensión arterial para ambos tipos de ACV. (Niembro, 2015).

En nuestra realidad regional y local, el Área de Estadística de la Dirección Regional de Salud (DIRESA, 2017) reportó que en el año 2015, hubo un total de 382 casos de morbilidad a causa de la enfermedad cerebral vascular, ascendiendo esta cifra a 430 casos en el año 2016, datos que reportaron los hospitales pertenecientes a la Región Lima Provincias, siendo el infarto cerebral el tipo de ACV más frecuente con un total de 180 casos representando el 41,8% del total, de las cuales la edad que más prevaleció fue de 60 años a más.

La Oficina de Promoción de la Salud del Hospital de Chancay señala que la principal enfermedad que predispone a desarrollar el desorden cerebrovascular es la Hipertensión Arterial, según sus reportes estadísticos; otras enfermedades como la diabetes mellitus, dislipidemias y obesidad también están incluidas entre los factores de riesgo, que según

señala es desconocido e ignorado por la población que llega a atenderse en el Hospital mencionado.

Además, para corroborar lo anteriormente mencionado hace un año (2017) se realizó una investigación cuasiexperimental no publicada en usuarios que presentaban antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas enfermedades, los mismos que se atendían en el Hospital de Chancay, encontrándose los siguientes resultados:

Tanto el grupo control como el grupo de intervención presentaron conocimientos inadecuados respecto a la enfermedad cerebrovascular (GC: 66,7% y GE: 86,7%), sus actitudes frente a la prevención de un accidente cerebral, de igual manera fueron inadecuados registrando ambos grupos un 53,3%, además el 53,3% del grupo control adoptaban prácticas inadecuadas y el 60,00% de usuarios del grupo experimental hacía lo mismo, motivo por el cual se decidió seguir investigando en dicha población.

Desde mi experiencia personal, a lo largo de las prácticas pre-profesionales en los hospitales de Huacho y Chancay, pude observar un sin número de casos de personas con ACV, atendidos tanto en emergencia como en el área de hospitalización, de los cuales, cerca del 70% de ellos fueron usuarios con antecedentes de hipertensión arterial y alrededor del 35% usuarios con diabetes mellitus, además se pudo constatar que los pacientes que pertenecen al Club de diabéticos e hipertensos del Hospital de Chancay no recibe la información necesaria acerca de cómo prevenir este mal, más aún que la enfermedad de base que presentan incrementa el riesgo de padecerla, razón por la cual fue otro de los motivos que empujó a realizar el presente estudio en dicha población.

El panorama descrito impulsó la realización del trabajo de investigación, formulándose así la siguiente pregunta:

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

- ¿Cuál es la efectividad de una Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cómo es el conocimiento sobre accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa?
- ¿Cómo es la actitud para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa?
- ¿Cómo son las prácticas para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la efectividad de una Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento sobre accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa.

- Describir la actitud para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa.
- Conocer las prácticas para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa.

1.4 Justificación

Dado su aumento en magnitud y representando la segunda causa de muerte, la enfermedad cerebrovascular hoy en día se ha convertido en una problemática socio sanitaria de implicancia mundial, afectando a más individuos independientemente del sexo y la edad, siendo los adultos mayores la población más vulnerables, en especial aquellos que presentan factores de riesgos relacionados a HTA y diabetes mellitus.

La importancia de realizar el presente estudio de investigación se cimenta en los resultados previamente obtenidos en investigaciones tanto nacionales como internacionales, donde muestran cifras verdaderamente alarmantes de incidencia de casos, las cuales van en aumento, esto asociado mayormente al conocimiento bajo e insuficiente de la población, que junto con sus ideas, percepciones o creencias, lo inducen a adoptar prácticas y actitudes muchas veces erradas respecto a la gestión y cuidado de su propia salud, llevando de esta manera un modo de vida equivocado que favorece el desarrollo de enfermedades como la hipertensión arterial o diabetes mellitus, que si son mal controladas y más aún si la población desconoce su aparición, estarían desarrollando un ACV donde de acuerdo a su evolución, quedarían con secuelas discapacitantes de por vida, razón por la cual la prevención se convierte en

uno de los elementos más importantes antes de que la persona desarrolle la enfermedad.

Desde el punto de vista teórico y como profesional de enfermería, es importante recalcar la importancia del modelo de Nola Pender, que aborda el primer nivel de atención: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que juntamente con lo referido por Albert Bandura es posible modificar conductas de riesgo y promover estilos de vida saludables a través de la educación, por ello, en la presente investigación se ejecutó y evaluó la eficacia de una Intervención Educativa en poblaciones de alto riesgo a las que se debe de priorizar tales sesiones, contribuyendo así en la disminución de casos a través del control de factores de riesgo.

De igual manera, la presente investigación pretende garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de la población en estudio, y permite disminuir la carga de morbimortalidad y discapacidad por esta enfermedad, se espera que el presente trabajo contribuya como antecedente de base para la realización de futuras investigaciones de nivel cuasiexperimental y experimental propiamente dicho, así como cuya validez interna de los resultados puedan servir para continuar evaluando la efectividad de la Intervención Educativa en el conocimiento, actitud y práctica para prevenir el accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos de otros hospitales y en poblaciones grandes a fin de permitir generalidad externa del mismo en diferentes redes y micro redes de las zonas altas y costeras de la región.

1.5 Delimitación del estudio

El presente estudio se realizó en 30 usuarios del “Club de diabéticos e hipertensos”, perteneciente al Hospital de Chancay, en el periodo mayo-noviembre 2018.

1.6 Viabilidad del estudio

Se dispuso de los recursos materiales y humanos necesarios para la ejecución de la presente investigación, por lo que se considera factible, además se cuenta con la autorización y apoyo de la presidenta del “Club de diabéticos e hipertensos” y del personal del área de Cardiología y Endocrinología del Hospital de Chancay, los mismos que fueron conscientes de la importancia de la realización de este estudio y de lo beneficioso que resultó para los pacientes en mención

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Al revisar y analizar antecedentes de los últimos años que guarden relación directa con las variables en estudio y que sirvan de base para la realización del presente trabajo de investigación, se pudo analizar tesis de tercer nivel tanto nacionales como internacionales, que se describen a continuación:

Investigaciones internacionales

Rodríguez, V. Veloso, B. Ortíz, E. Vier, E. & Lalondryz, E. (2010) en su investigación titulada Intervención Educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial-Santiago de Cuba, Cuba.

Tuvo como objetivo general evaluar la efectividad de dicha intervención para modificar los conocimientos sobre el accidente cerebrovascular isquémico, investigación de enfoque cuantitativo, tipo explicativo, diseño experimental, nivel pre-experimental, su muestra estuvo constituida por 30 pacientes con hipertensión arterial del Policlínico “José Martí” elegidos mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando la encuesta como técnica de recolección de datos y como instrumento un cuestionario, además se utilizó el porcentaje como medida de resumen para las variables cualitativas y la técnica de Mc Nemar para medir los cambios significativos antes y después de la intervención (diferencia significativa $p < 0,05$), llegando a las siguientes conclusiones: Antes de la intervención educativa el 26,67% de los pacientes encuestados poseían conocimientos adecuados sobre el tema, pero al finalizar la intervención se alcanzó un 96,67% de conocimientos adecuados. Al inicio del estudio, la minoría de los pacientes (36,67%) conocía los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular isquémica, pero después de este el 96,67% adquirió conocimientos adecuados sobre dichos factores de riesgo. De la misma manera el 60% de

los encuestados desconocían las medidas de prevención de la enfermedad cerebrovascular, pero luego de la intervención educativa el 96,67% obtuvo conocimientos adecuados sobre el tema, dando como resultado la efectividad de las sesiones realizadas.

Proenza, L. Núñez, L. Gallardo, Y. & De La Paz, K. (2012) en su investigación *Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con Enfermedad Cerebrovascular*. Gramma, Cuba.

El objetivo general fue modificar los conocimientos y las prácticas de estilos de vida sobre los factores de riesgo para esta enfermedad en pacientes mayores de 60 años atendidos en un Policlínico Médico Familiar. Estudio de enfoque cuantitativo, tipo explicativo, longitudinal, diseño experimental, nivel cuasi-experimental, la muestra estuvo constituida por pacientes mayores de 60 años, aplicándose el muestreo probabilístico, siendo 26 pacientes por cada grupo, para ello se utilizó un formulario y una encuesta como técnicas de recolección de datos y se utilizó la prueba de los signos para la validación estadística de los hallazgos. Se llegó a la siguiente conclusión: Los investigadores encontraron que antes de la intervención educativa el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables de la ECV fue inadecuado en el 65,4 % del total de adultos mayores, mientras que después de la intervención fue adecuado en un 88,5 %; respecto a la modificación de prácticas de estilos de vida en estos adultos mayores, antes de la intervención fue inadecuada en un 65,8% predominando el no control de la PA con 76,9 %; seguida de la no práctica de ejercicio físico, con 57,6 % , una vez aplicado el programa, 78,5% mejoraron sus prácticas, donde el 57,6 % de los pacientes manifestaron haber normalizado las cifras de tensión arterial, 34,6 % se incorporaron a la práctica de ejercicios físicos, así como 26,9 % modificaron su conducta ante la ingestión de bebidas alcohólicas y la dieta, demostrando una vez más la efectividad de las sesiones educativas. El grupo donde no se intervino no

presentó variación alguna en sus resultados, mostrando un 87,7% y 77% de conocimientos y prácticas inadecuadas respectivamente.

Hidalgo, L. y Bell, D. (2013) en su investigación titulada Intervención Educativa sobre factores de riesgo de las Enfermedades Cerebrovasculares en el adulto mayor. Camagüey, Cuba.

Cuyo objetivo general fue determinar el conocimiento de un grupo de adultos mayores sobre los factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares (ECV). Investigación de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, diseño experimental, nivel pre-experimental. El universo de estudio estuvo constituido por 123 adultos mayores de los cuales se seleccionó una muestra de 67 por el método de muestreo simple aleatorio, con un error de 2% y confiabilidad del 95% a los que se les aplicó un cuestionario para la recolección de datos. Se abordaron las siguientes conclusiones: En cuanto al conocimiento de la enfermedad cerebrovascular solo el 21.8% manifestó conocer sobre dicha enfermedad y el conocimiento de sus factores de riesgo tuvo un comportamiento similar, después de la intervención quedó demostrado su efectividad ya que aumentó a un 87.2%, llegando a la conclusión de que dicha Intervención logró el objetivo propuesto.

Córdova, F. (2015) en su investigación Eficacia de la Intervención Educativa para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de pacientes diabéticos e hipertensos sobre los factores de riesgo para infarto cerebral: Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

Tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la intervención educativa para modificar positivamente los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos e hipertensos, sobre los factores de riesgo del infarto cerebral. Investigación de enfoque cuantitativo, tipo explicativo, longitudinal, diseño experimental, nivel cuasi-experimental,

en el que se analizó una muestra de 68 pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial, que acudieron a la consulta externa de Medicina durante el año 2014, para la cual se aplicó un cuestionario pre y post intervención, validados mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con una fiabilidad de 0.86 y para determinar si existe diferencia significativa se utilizó la diferencia de medias y la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, y las comparaciones de cada una de ellas se realizó a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y T de Student con sus respectivas p. Llegando a la conclusión de que la intervención educativa modificó sensiblemente el nivel de conocimiento sobre el infarto cerebral, los pacientes previamente no conocían sobre el riesgo de infarto cerebral y complicaciones graves, muchas veces mortales derivadas de patologías que ya adolecían (diabetes mellitus 2, hipertensión, dislipidemia, sobrepeso y obesidad), el conocimiento del grupo de intervención era bajo, además dentro de dicha sección existía un gran número de ideas relacionadas con información incompleta, o tabúes de lo que es el infarto cerebral, en el grupo de intervención se pudo constatar que previa a la intervención no tenían buenas actitudes sobre sus enfermedades ya que algunos de ellos no podían o no creían poder sugerir a otra persona acudir permanentemente a sus controles médicos o a adoptar conductas que favorezcan su salud, en cuanto a las prácticas muchos de los pacientes poseían estilos de vida que favorecían la aparición de un infarto cerebral, entre ellos, consumían alcohol de vez en cuando, no controlaban su presión arterial o glucosa en sangre, consumían alimentos chatarras, entre otros; sin embargo, después de la intervención estos resultados mejoraron, resultando en un 63,94% de conocimientos adecuados, un 87,92% de actitudes adecuadas y un 76,52% de buenas prácticas.

Suárez, R. Menéndez, J. Rodríguez, A. y Pérez, M. (2016) realizaron una investigación titulada Intervención Educativa para elevar los conocimientos y prácticas sobre los factores de riesgo asociados a la enfermedad cerebrovascular, Florida, EE.UU.

Cuyo objetivo fue desarrollar una intervención educativa en pacientes con factores de riesgos de padecer una enfermedad cerebrovascular, para elevar su nivel de conocimientos. Investigación cuantitativa, prospectiva, diseño experimental, nivel pre-experimental, la muestra constituida por 40 pacientes mayores de 40 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y obesidad, para la recolección de datos se elaboró una encuesta y un cuestionario que fue aplicado antes y después de dicha intervención. Las conclusiones a las que llegó el estudio fueron las siguientes: del total de pacientes con riesgo a padecer un accidente cerebrovascular el 67,7% tenían conocimientos inadecuados sobre la enfermedad cerebrovascular, el 100% sufría de HTA, además el 47.5% no realizaba actividad física, el 35% practicaba el hábito de fumar, el 32,5% padecía de obesidad y el 12% tuvieron diabetes mellitus, después de la intervención educativa los pacientes en estudio mejoraron sus conocimientos sobre la enfermedad cerebrovascular en un 99% y adoptaron prácticas adecuadas en un 69%, dando como resultado la efectividad de las charlas educativas.

Investigaciones nacionales

Alarcón, D. & Zapata, K. (2014) en su investigación Intervención Educativa de enfermería en los estilos de vida saludables, alimentación y ejercicio físico del adulto mayor - Programa: Diabetes e Hipertensión, PICS-2013, Chiclayo-Perú.

El estudio tuvo como objetivo general determinar la eficacia de la intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludables, alimentación y ejercicio físico del adulto mayor de dicho programa. Diseño de enfoque cuantitativo, cuasi-experimental con pre y post

prueba de corte longitudinal. Se brindó una intervención educativa de cuatro meses. La población estuvo conformada por 36 adultos mayores inscritos a dicho Programa, la muestra estuvo constituida por los 20 de los mismos que cumplieron los criterios de exclusión e inclusión. Para probar la hipótesis se utilizó la prueba estadística t de Student de datos emparejados para muestras dependientes, en el que se determinó la eficacia de la intervención educativa de enfermería determinando la diferencia entre el pre y post intervención educativa de cada objetivo específico. Se llegaron a las siguientes conclusiones: La intervención educativa proporcionada durante un periodo de 4 meses, realizada en un grupo de 20 adultos mayores, fue efectiva, ya que se observó un cambio significativo del 35,2% al 55,5% en las prácticas de estilos de vida de los adultos mayores en estudio, mejorando sus prácticas diarias y hábitos alimenticios, con medias significativamente menores a las medias antes de la aplicación del programa.

2.2 Bases Teóricas

Para entender el comportamiento de las variables en estudio, se describen a continuación las bases de sustentación teórica científica de la presente investigación, por un lado la Teoría de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (1987), quien concibe los procesos cognitivos del Aprendizaje Social del que habla Albert Bandura (1977); que consisten en informar, fijar conocimientos y educar en este caso sobre el accidente y su forma de prevenirlo.’

Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender

Para explicar las variables conocimiento, actitud y práctica, ponemos como referencia al Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender que nos permite entender por qué algunas personas emprenden acciones para mantenerse sanos mientras que otras no lo intentan o fracasan, este modelo fue considerado útil para saber qué conocimientos y

percepciones sobre la salud tienen los pacientes del Hospital de Chancay y si estos influyen o no en su propio cuidado.

Pender estudia el comportamiento humano, identificando en él los factores que influyen en las conductas que favorecen la salud, dichos factores los clasificó en cognitivos y perceptuales; el Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta lleva al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en un diagrama modelo, constituida por tres constructos:

1. **Características y experiencias individuales:** que señala que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes. Este a su vez abarca dos conceptos:
 - a) **Conducta previa relacionada:** entendida esta como el conjunto de información y creencias que obtuvo el individuo a lo largo de toda su vida en base a las experiencias que vivió dentro del ámbito donde se desarrollaba (familia, amigos o comunidad), las cuales se convirtieron en factores determinantes para la adopción de conductas y estilos de vida que pudieran ser beneficiosos o no para su salud.
 - b) **Factores personales:** describe los factores personales, dentro de ellos los biológicos (edad, sexo, fuerza, agilidad, equilibrio) psicológicos y socioculturales que predicen una cierta conducta, que en caso del estudio puede considerarse como aquellos factores intrínsecos (predisposición, voluntad, motivación) que influyen de manera directa a la adopción de prácticas saludables de estilos de vida que puedan ayudar a estos pacientes a prevenir una enfermedad cerebrovascular.

2. **Cogniciones y afectos específicos de la conducta:** son consideradas el núcleo crítico para intervenir y están sujetas a modificación mediante las acciones de enfermería.

Contiene seis categorías:

- a) ***Beneficios percibidos de acción:*** hacen referencia a los resultados positivos anticipados que se producirán por la adopción de conductas de salud, es decir, la práctica de ciertas conductas que los usuarios en estudio consideren les resultará beneficioso para su salud y por ende consideran necesario llevarlas a cabo.
- b) ***Barreras percibidas de acción:*** aquellos obstáculos que afecten la toma de decisiones de los usuarios para adoptar conductas promotoras de la salud.
- c) ***Autoeficacia percibida:*** los usuarios que tengan conciencia de la importancia de adoptar conductas promotoras de salud, les será más fácil tomar decisiones respecto al cuidado de su propia salud.
- d) ***Afecto relacionado con la actividad:*** las actitudes positivas o negativas y el estado emocional que se dan antes, durante y después de la adopción de una determinada conducta y que de ello depende la eficacia del mismo.
- e) ***Influencias interpersonales:*** la influencia de las creencias o conductas de otras personas por ejemplo los familiares y/o amigos más cercanos o los miembros del equipo salud sobre las decisiones que adopte el usuario respecto al cuidado de su propia salud.
- f) ***Influencias situacionales:*** la forma de percibir los conocimientos sobre la enfermedad cerebrovascular, así como la importancia de las buenas prácticas, son factores que facilitaran o impedirán que los usuarios asuman una conducta y actitud preventiva.

3. Resultado conductual:

- a) ***Compromisos con un plan de acción:*** según Nola Pender: “el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud”, esto quiere decir que las acciones planificadas influyen en el compromiso de adoptar una conducta favorecedora de la salud, en tal sentido la ejecución de las actividades programadas por la enfermera con respecto al accidente cerebrovascular ayudará a que los usuarios diabéticos e hipertensos adopten medidas de prevención para evitar desarrollar la enfermedad.
- b) ***Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:*** se denominan a aquellas conductas mediante las cuales el usuario puede tener un bajo como también un alto control y pueden ser factores externos o externos al mismo, las cuales favorecen o impiden la adopción de buenas conductas promotoras de salud.
- c) ***Conducta promotora de la salud:*** La adopción de conductas promotoras de salud estarán favorecidos por los beneficios comprobados de las acciones ejecutadas, de modo que los usuarios al conocer mejor sobre la enfermedad cerebrovascular y las consecuencias que estas pueden traer a su salud estarán más motivados a prevenirlo.

Ahora, para explicar el Modelo de Promoción de la Salud, Nola Pender hace énfasis a los conocimientos previos, entendidos como el conjunto de información y creencias que obtuvo el individuo a lo largo de toda su vida en base a las experiencias que vivió dentro del ámbito donde se desarrollaba (familia, amigos o comunidad), las cuales se convirtieron en factores determinantes para la adopción de conductas y estilos de vida que pudieran ser beneficiosas o no para su salud. Cabe resaltar que también existen barreras que son inherentes a la persona (cultura, autoestima, nivel socioeconómico, disponibilidad, etc) o barreras ambientales (costos o dificultad para tomar decisiones) que impiden que estas conductas óptimas de salud

se lleven a cabo, he ahí la importancia del papel de enfermería para llevar a cabo planes de acción que promuevan y prevengan la aparición de enfermedades a través del control de factores de riesgo (Raile & Marriner, 2011). En síntesis, el modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

Teoría del Aprendizaje Social - Albert Bandura

Por otro lado, Nola Pender basa su teoría en el Modelo del Aprendizaje Social de Albert Bandura, la cual nos dice que un individuo basará su conducta en la experiencia que haya adquirido a lo largo de su vida y a través de los estímulos que reciba del exterior, obteniendo gran parte de ellos por medio del aprendizaje social.

La Teoría del Aprendizaje Social sostiene que la mayoría de la conducta humana es aprendida no por experiencias propias sino mediante observación, esto debido a que el individuo modela dicha conducta en base al comportamiento que ve realizar a otros, ya que tiene la capacidad de representar mentalmente lo que percibe.

Procesos del modelamiento o aprendizaje por observación:

Bandura señala al modelamiento como un proceso de aprendizaje mediante el cual un individuo al observar la conducta de otros, la toma como modelo para luego imitarlo, surgiendo de esta manera un cambio o modificación en su conducta, pensamiento y actitud. Ahora, estos modelos pueden ser inhibidos como desinhibidos, el primero se da por la observación de conductas que hayan sido castigadas, las cuales el individuo no las practica, mientras que el segundo se da al observar modelos o conductas inapropiadas sin que tengan consecuencias negativas, lo que hará que este mismo observador las imite.

Este aprendizaje por observación, para Bandura se da a través de cuatro procesos: atención, retención, producción y motivación.

Cabe señalar que Bandura también hace referencia a la autoeficacia percibida como modelo para el aprendizaje social, entendida esta como la percepción que tiene la persona sobre sus propias habilidades y capacidades para llevar a cabo una determinada conducta, de esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen habilidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura considera que la autoeficacia influye a nivel del conocimiento, actitud y práctica.

Por último, Albert Bandura deja en claro la importancia de realizar **intervenciones en salud**, dirigidas a promover conductas saludables, asegurando que estas intervenciones provean a los individuos el conocimiento y las habilidades necesarias para ejecutar una conducta específica, y que la realización de estas mismas conductas aporte beneficios y resultados positivos para su salud.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Una intervención educativa es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje, que parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para constatar la eficacia del procedimiento desarrollado (Vega, E., 2013).

El aspecto de intervenir significa introducir en un sistema elementos (recursos humanos o materiales, relaciones interpersonales) que no estaban de forma natural presentes en el mismo. Cuando se plantea una intervención, se trata de actuar en base a una reflexión que genera unos objetivos de mejora del propio sistema o de algún aspecto de éste. Por tanto, se entiende que toda intervención educativa obedece a una intencionalidad clara por mejorar la realidad a la que se dirige. (Pérez, G., 2011).

En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos temas

en concreto. A partir de ahí, se ajusta la programación, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje, con un diseño de capacidades sobre contenidos, con el fin de poder hacerla flexible y adaptable en cada momento. En este contexto, las capacidades identifican el proceso estratégico que conviene poner en marcha; de ahí que hablemos fundamentalmente de procesos estratégicos de comprensión (contenidos conceptuales) y de aplicación (contenidos procedimentales). La labor de la Intervención consiste en planificar un proyecto con la finalidad de producir un cambio (Vega, E., 2013).

Tipos de Programas de Intervención Educativa

Según su Duración. 3

- De Ciclo Largo: se diseñan para desarrollarse a lo largo de todo un ciclo educativo o en diferentes periodos del desarrollo de un grupo.
- De Ciclo Corto: constan de un número limitado de sesiones y se aplican en momentos puntuales (de 5 a 10 sesiones).

Según su Estructuración:

- Cerrados: el número de sesiones y actividades está predeterminado por el diseñador.
- Abiertos o "a la Carta": ofrece un fichero de actividades para cada meta a conseguir, siendo el aplicador el que decidirá cuáles de ellas utilizará en cada situación.

Según su Finalidad:

- Preventivos: destinados a evitar la aparición de determinados problemas (vg. cáncer de próstata; trastornos de aprendizaje, embarazos no deseados...).
- De Desarrollo: son programas educativos.
- Terapéuticos: su finalidad es remediar o paliar los efectos de un problema ya existente (Evaluación del contexto del programa., 2017).

2.3 Bases conceptuales

I) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El accidente cerebro vascular agudo (ACV), evento cerebrovascular (EVC), ictus, infarto cerebral o stroke, denominado de manera indistinta, es el termino clínico que describe la injuria cerebral aguda por disminución del flujo sanguíneo o hemorragia en un área del cerebro, dando como resultado isquemia del tejido cerebral y el correspondiente déficit neurológico (ASA – AHA, Guidelines for the primary prevention of stroke, 2011). Todas las enfermedades de esta categoría se caracterizan por una deficiencia neurológica focal de comienzo repentino, con alteración del nivel de consciencia brusco.

II) CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

La enfermedad cerebrovascular se clasifica en isquémica (ACVi) y hemorrágica (ACVh). Los casos de ACVi pueden subclasificarse en trombóticos (50%), embólicos (30%) o de causa indeterminada (20%). Asimismo, los casos de ACVh pueden subclasificarse en hemorragia intraparenquimatosa y subaracnoidea. (Toro, Yepes y Palacios, 2010).

- **Accidente cerebrovascular isquémico:** ocurre cuando los vasos sanguíneos que llegan al cerebro se estrechan u obstruyen con depósitos grasos llamados placa, reduciendo de esta manera el flujo sanguíneo cerebral. Existen dos tipos de accidentes cerebrovascular isquémico:
 - Los accidentes cerebrales trombóticos, causados por un coágulo (trombo) en una arteria que irriga al cerebro. El coágulo obstruye el flujo sanguíneo a una parte del cerebro. Los coágulos generalmente se forman en las arterias dañadas por la arteriosclerosis.

- Los accidentes cerebrales embólicos, que se produce por la obstrucción de una arteria cerebral por material llevado por la circulación sanguínea, generalmente por un coágulo que se desplaza (émbolo) y se forma en otro lugar (en el corazón o en las arterias carotideas). (ASA – AHA, 2016)
- **Accidente cerebrovascular hemorrágico:** este tipo de accidente cerebral vascular ocurren cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro o cerca de éste. Cuando esto sucede, la sangre se acumula en el tejido cerebral, resultando tóxico y provocando la muerte celular del área afectada. Existen dos tipos de accidente cerebrovascular hemorrágico:
- Hemorragia intracerebral: la causa más común de este tipo. Ocurre cuando un vaso sanguíneo sangra o se rompe hacia el tejido interno del cerebro, muchas veces causada por una malformación arteriovenosa (AVM). Cualquiera de estos vasos se puede romper y causar sangrado en el cerebro.
 - Hemorragia subaracnoidea: Ocurre cuando un aneurisma (dilatación arterial localizada que es producida por una debilidad de sus paredes) se rompe en la superficie del cerebro o cerca de éste y sangra en el espacio ubicado entre el cerebro y el cráneo (espacio subaracnoideo) (ASA – AHA, 2016).

III) CAUSAS

Pueden ser agrupados en causas fisiológicas: presión arterial, colesterol sérico, fibrinógeno, índice de masa corporal, cardiopatías como la hipertensiva, isquémica y diabetes mellitus tipo 2, y causas relacionados con el comportamiento del individuo: consumo de cigarrillo o alcohol, características sociales o étnicas.

Causas fisiológicas:

- Hipertensión arterial: Cerca del 50% de los infartos cerebrales se relacionan con presiones arteriales sistólicas mayores de 140 mm Hg (ASA – AHA, Guidelines

for the primary prevention of stroke, 2013). La hipertensión promueve la aterosclerosis en arco aórtico y en las arterias cervicales, causa aterosclerosis y lipohialinosis en las arterias cerebrales penetrantes de pequeño diámetro, y contribuye, adicionalmente, en la génesis de la enfermedad vascular cerebral. El riesgo de ACV en hipertensos (con una presión arterial de 160 mmHg sistólica y diastólica de 95 mmHg), en relación con normotensos es de 3,1 en hombres y 2,9 en mujeres, este aumento es proporcional a las cifras de presión arterial, en aquellos cuyas edades están comprendidas entre los 45 y los 85 años. Dado que a medida que la edad aumentan disminuye la elasticidad arterial se produce un ascenso de la PAS y un descenso de la PAD. (Micheli, Nogués, Asconapé, Fernández y Miller, 2003).

- Hipotensión arterial: Estados prolongados de hipotensión disminuyen el riego sanguíneo, con el consiguiente déficit de aportación de O₂ al tejido cerebral (Bardaji, 2003).
- Diabetes: se considera que junto con la hipertensión arterial, la diabetes constituye una de las principales causas de Insuficiencia Cardíaca que duplica las posibilidades de padecer un accidente cerebrovascular. (Micheli et al, 2003).

Las personas que tienen diabetes tipo 2 por más de diez años poseen tres veces más probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular que las personas que no adolecen diabetes (ASA – AHA, Guidelines for the primary prevention of stroke, 2013). Mientras más tiempo tiene una persona diabetes mellitus tipo 2, más probable es que sufra un infarto cerebral. Se conoce que la insulinoresistencia es un proceso inflamatorio crónico desarrollado a “bajo ruido” y un factor predecesor común a diferentes entidades que constituyen importantes causas de morbimortalidad, entre ellas DM, HTA, dislipidemia, todas

relacionadas a la enfermedad cerebrovascular (ECV) y coronaria aguda, como primeras causas de muerte. (Escobar, 2017)

- Fibrilación auricular: es la principal enfermedad cardíaca causante de ACV, especialmente en poblaciones seniles en las que esta arritmia tiene mayor prevalencia. El accidente cerebrovascular cardioembólico, una de las principales complicaciones de la FA, ocurre cuando la sangre estancada en la aurícula fibrilante forma un trombo que se emboliza en la circulación, bloqueando el flujo sanguíneo arterial y ocasionando una lesión isquémica. (Bayer AG, 2017).
- Enfermedad coronaria: los pacientes con enfermedad coronaria (EC) tienen el doble de riesgo de padecer un ataque cerebrovascular comparados con los que no tienen enfermedad coronaria. La presencia de hipertrofia ventricular izquierda triplica el riesgo y la falla cardíaca congestiva lo cuadriplica. (Celis, Hernández y King, 2011)
- Dislipidemia.- Es causa de ictus o infarto cerebral sobre todo si se relaciona con el sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico, apnea obstructiva del sueño, y formas de hipercoagulabilidad adquiridos como inmovilización prolongada, trombosis venosa profunda, o hereditarios como déficit de proteínas C y S con proceso inflamatorio in situ que afecta a la placa aterosclerótica en sus diferentes etapas secuenciales produciendo posterior desprendimiento, (ASA – AHA, Guidelines for the primary prevention of stroke, 2013).

Causas relacionadas con el comportamiento del individuo:

- Alcoholismo.- El consumo de alcohol tiene un efecto dosis dependiente sobre el riesgo de ictus hemorrágico a través del incremento de los niveles de HDL-colesterol y la disminución de la agregación plaquetaria y los niveles de fibrinógeno. Sin embargo, el alcohol a dosis elevadas aumenta el riesgo de ictus

isquémico al provocar hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral (ASA – AHA, Guidelines for the primary prevention of stroke, 2013).

- **Tabaquismo:** el cigarrillo es una de los factores causales para accidentes cerebrovasculares, que además se encuentra asociado con insuficiencia cardíaca e HTA en hombres y mujeres de todas las edades. El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno, altera la agregación plaquetaria, el hematocrito, disminuye los niveles de HDL-colesterol, además concomitantemente existe lesión endotelial progresiva, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis. (Micheli et al, 2003).
- **Dieta:** La dieta puede influir sobre la hipertensión arterial y el desarrollo de la aterosclerosis. Altas concentraciones de sodio, bajas concentraciones de potasio, sobrepeso, y la ingesta de alcohol se han relacionado de manera independiente como factores asociados con el desarrollo de hipertensión. Así mismo, se ha sugerido que dietas ricas en vegetales y frutas pueden proteger contra la aparición de ECV (Arana, Uribe, Muñoz, Salinas y Celis, 2011).

IV) MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La oclusión de una arteria cerebral puede ser asintomática, como por ejemplo en la oclusión de la carótida interna, si existe una buena circulación colateral. No obstante, y en general, la isquemia cerebral da lugar a un déficit neurológico focal de inicio agudo (minutos u horas), transitorio o permanente. Las manifestaciones clínicas dependen del territorio afectado (vulnerabilidad selectiva), de la extensión de la zona isquémica y del buen estado de las arterias colaterales.

Cuanto más grande sea el émbolo más lo será la oclusión arterial y más la zona infartada. Las principales alteraciones que puede presentar son:

- Déficit motor (parálisis o paresia) y déficit sensitivo, contralateral a la lesión, de predominio en la cara y el brazo, generalmente por oclusión de la arteria cerebral media (la más comúnmente afectada).
- Cuando la lesión se produce en el hemisferio izquierdo o dominante, puede existir un trastorno del lenguaje (afasia). El hemisferio izquierdo está especializado en el lenguaje (verbal y no verbal), en el pensamiento analítico y lógico, en las ideas y números, etc.

El enfermo hemipléjico con lesión en el hemisferio dominante es consciente de su problema (motor, sensitivo o de lenguaje), tiene una conducta cautelosa, las actividades que lleva a cabo las realiza lentitud.

- Cuando la lesión se produce en el hemisferio derecho, puede existir desconocimiento del entorno o del hemicuerpo contralateral a la lesión, puesto que este hemisferio está implicado en las relaciones espaciales y de la percepción. Los enfermos con lesión en el hemisferio derecho no tienen percepción de su lesión, ignoran la parte afectada, pueden interpretar de forma extraña los estímulos sensoriales y presentan una conducta impulsiva. Al llevar a cabo las actividades de autocuidado han de ser estimulados a persistir en su realización, ya que desisten fácilmente. Existe, también, un mayor riesgo de lesión como consecuencia del deterioro de su capacidad para percibir la relación espacial entre objetos y la no percepción del lado afectado.
- Ceguera monocular transitoria, por oclusión de la arteria oftálmica, rama de la carótida interna.
- Alteraciones de los nervios craneales (alteración de la deglución), descoordinación, etc., por oclusión del sistema vertebrobasilar.

- Los infartos de pequeño tamaño, síndromes lacunares, localizados en las profundidades de los hemisferios cerebrales (tálamo, protuberancia) pueden dar lugar a síntomas característicos, como disartria, mano torpe, déficit motor puro (faciobraquiocrural), déficit sensitivo puro (faciobraquiocrural), etc (Bardaji, 2003).

- **Síntomas de hemorragia cerebral.**

Suelen presentarse con cefaleas de reciente instauración con náuseas y vómitos. Depende de su localización, y suele añadirseles síntomas y signos de irritación meníngea y/o de hipertensión intracraneal.

Tener en cuenta la hemorragia cerebelosa, que se puede manifestar como cefalea busca occipital, vértigo intenso, náusea y vómitos, marcha inestable y disartria. Existe el antecedente de HTA habitualmente (Temboury y Morales, 2000).

V) **PREVENCIÓN**

Prevención primaria del ictus

Factores de riesgo NO modificables

- ✓ Se recomienda la monitorización y el control más estricto de los factores de riesgo vascular en las personas con factores de riesgo no modificables, en especial en pacientes de edad avanzada y con antecedentes familiares de ictus.

Intervenciones sobre los estilos de vida: alcoholismo

- ✓ Se recomienda evitar el consumo de alcohol superior a 2 unidades al día.
- ✓ Se recomiendan las intervenciones de tipo informativo de duración reducida en las personas con un consumo que pueda ser considerado perjudicial para la salud, con el objetivo de reducir el consumo.
- ✓ Es importante detectar el abuso en el consumo de alcohol como parte del examen clínico rutinario y como mínimo cada 2 años.

Intervenciones sobre los estilos de vida: tabaquismo

- ✓ El consejo profesional constituye la opción terapéutica fundamental para abandonar el tabaquismo. Se debe recomendar la abstinencia o el abandono del hábito tabáquico y evitar la exposición pasiva al tabaco.
- ✓ Se recomienda el tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropión, nortriptilina o vareniclina como parte de programas estructurados de deshabituación tabáquica con el objetivo de aumentar el porcentaje de abandono del hábito tabáquico.

Intervenciones sobre los estilos de vida: sedentarismo

- ✓ Se recomienda a todas las personas la realización de ejercicio físico, dentro de sus posibilidades, al menos de intensidad moderada, durante un mínimo de 30 minutos diarios.
- ✓ Se recomienda fomentar un incremento gradual en la intensidad o la frecuencia del ejercicio físico en las personas moderadamente activas.

Intervenciones sobre los estilos de vida: factores dietéticos y nutricionales

- ✓ Se recomienda reducir las grasas totales y especialmente las saturadas en la dieta. Éstas deben contribuir en un porcentaje inferior al 30% y al 10% respectivamente del total calórico diario.
- ✓ Se recomienda el consumo de pescado al menos una vez a la semana y el consumo de al menos tres piezas de fruta al día.
- ✓ Se aconseja un consumo de sal inferior a 6 g al día o, en pacientes hipertensos, la sustitución por sal potásica.
- ✓ Es aconsejable llevar a cabo una dieta variada y fomentar el consumo de productos vegetales (legumbres, cereales integrales, frutas y verduras), pescado y aceite de oliva virgen no refinado.

Obesidad

- ✓ En las personas obesas o con obesidad abdominal, se recomienda reducir el peso corporal hasta conseguir un peso satisfactorio.

Hipertensión arterial

- ✓ En pacientes con cifras de presión arterial elevadas se recomienda modificar los estilos de vida con el objetivo de conseguir el cese del hábito tabáquico, la reducción del peso en pacientes obesos, la moderación del consumo de alcohol, una actividad física regular, la reducción de la ingesta de sal y el incremento del consumo de fruta y vegetales, con independencia del tratamiento farmacológico.
- ✓ Se recomienda mantener las cifras de presión arterial en valores inferiores a 140/90 mmHg.

Diabetes Mellitus

- ✓ En las personas con glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa se recomiendan programas estructurados de fomento de actividad física y cambio de dieta.

Dislipidemia

- ✓ Se recomienda tratar con estatinas a aquellos adultos sin enfermedad vascular previa y con un riesgo vascular elevado (Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus, 2009).

2.3. Definiciones conceptuales (definición de términos básicas)

2.3.1. Intervención Educativa:

- Es un conjunto de actuaciones de carácter motivacional, pedagógico y metodológico que se desarrollan para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcancen los objetivos que se han propuesto.

2.3.2. Informar:

- Informar es aquella acción a través de la cual una persona da cuenta de algún hecho, evento, acontecimiento, a otra que lo desconoce, es decir, pone de conocimiento alguna noticia.

2.3.3. Conocimiento:

- Es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de información a través de la observación. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, es decir, en una persona que lo interioriza racionalmente.

2.3.4. Actitud:

- Es una disposición que contribuye a determinar una variedad de comportamientos en relación a una situación y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella, lo que determina las acciones de atracción o rechazo.

2.3.5. Práctica:

- Es la acción que se desarrolla con la aplicación adquirida de los conocimientos, y con la realización continua y constante de cierta actividad.

2.3.6. Efectividad:

- La efectividad involucra los conceptos de eficiencia y eficacia, hace referencia a que los objetivos planteados fueron alcanzados y llevados a cabo bajo condiciones reales existentes, es decir, en el tiempo esperado y con los recursos humanos y materiales disponibles.

2.3.7. Prevención:

- Son medidas destinadas a prevenir la aparición de las enfermedades, y sus efectos son destinados a mejorar la calidad de vida de cada persona.

2.4. Formulación de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

- La Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular es efectiva en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en el conocimiento sobre accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.
- Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en la actitud para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.
- Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en las prácticas para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

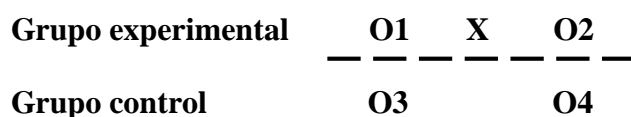
3.1 Diseño Metodológico

3.1.1. Diseño: experimental, porque se realizó un estudio de intervención, manipulándose intencionalmente la variable independiente para observar su efecto sobre las variables dependientes (Hernández., Fernández & Baptista., 2010)

3.1.2. Nivel: cuasi experimental porque se tuvo un grupo experimental y otro de control (Hernández., Fernández & Baptista., 2010).

Diseño con grupo control.

Este diseño consiste en que una vez que se dispone de los dos grupos (tanto control como experimental), se debe evaluar a ambos en la variable dependiente (conocimiento, actitud y práctica), luego a uno de ellos se aplica el tratamiento (Intervención Educativa) y el otro sigue con las tareas o actividades rutinarias. El siguiente diagrama representa a este diseño:



3.1.3. Tipo: longitudinal porque se recolectaron datos en un periodo de tiempo determinado (Hernández., Fernández & Baptista., 2010).

3.1.4. Enfoque: cuantitativo porque las variables de estudio fueron sujetos a medición y los datos obtenidos se analizaron estadísticamente.

3.2 Población y Muestra

3.2.1. Población: La población total del Club de diabéticos e hipertensos del Hospital de Chancay es de 30 pacientes, la misma que se tomó como muestra.

3.2.2. Muestra: por ser una población pequeña, se tomó la totalidad (100%) para el estudio, repartiéndose equitativamente los grupos, siendo el 50% (15 pacientes) para el grupo experimental y otros 15 pacientes para el grupo de control.

En este sentido Ramírez (1997) señala que un muestreo censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestras.

3.3. Líneas de investigación

El presente trabajo de investigación se encuentra enmarcado en el área de Ciencias Médicas y de Salud, sub área de Medicina Clínica, disciplina cardiovascular, endocrinología y neurología clínica.

3.3 Operacionalización de variables.

Variable Independiente: Intervención Educativa

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Intervención Educativa	Conjunto de acciones de carácter motivacional y pedagógico, que se desarrollan para llevar a cabo actividades (previamente diseñadas) en un grupo determinado de personas que desconocen acerca de un tema, con la finalidad de brindar información y lograr un cambio en su conducta, esto debido a la capacidad que tienen para adquirir conocimientos por medio de la observación y almacenarlo en su memoria para que más adelante puedan ponerlo en práctica dentro de su realidad social.	Aceptación del usuario espectador a las acciones motivacionales y pedagógicas que se realizaran mediante sesiones educativas, con la finalidad de mejorar su conocimiento, actitud y práctica sobre el accidente cerebrovascular.	Atención Retención Producción Motivación	Sesión 1. Sesión 2. Sesión 3. Sesión 4. Evaluación del conocimiento aprendido sobre la enfermedad cerebrovascular. Poner en práctica estilos de vida saludables. Proporcionar incentivos, beneficios de la sesión.	EFFECTIVO NO EFFECTIVO

Variables Dependientes: Conocimiento, actitud y práctica

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Conocimiento de los usuarios diabéticos y/o hipertensos acerca de la enfermedad cerebrovascular	Es el conjunto de información e ideas abstractas que se posee sobre un aspecto de la realidad, y que son el resultado de la interacción con el entorno, la experiencia o pueden ser transmitidos de una generación a otra, las cuales son adquiridos mediante el aprendizaje y la observación y almacenada en la mente del individuo a través del tiempo.	Valor que se le brinda a la información: adecuada o inadecuada, de los usuarios acerca del accidente cerebrovascular y que les permite adoptar decisiones respecto al cuidado de su propia salud.	Generalidades de la enfermedad cerebrovascular	Definición	1 – 2 – 3 – 4	N
				Causas	5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	O
				Clasificación	11 – 12 – 13	M
				Manifestaciones Clínicas	14 – 15 – 16	I
				Prevención	17 – 18 – 19 – 20	N
						A
						L

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Práctica de los usuarios diabéticos e hipertensos para prevenir la enfermedad cerebrovascular	Conjunto de acciones (hábitos, rutinas y modos de vida) que son aplicadas dentro del contexto de la vida diaria y que de ello depende el estado de salud de un individuo.	Valor que se le brinda a las acciones que aplican los pacientes diabéticos y/o hipertensos sobre cómo prevenir un accidente cerebrovascular, las mismas que fueron evaluados en relación a la frecuencia con la que lo realizan (siempre, a veces, nunca)	Acciones adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo mi glucosa y/o presión arterial todos los días por las mañanas. - Acudo a mis controles médicos programados. - Cumpro con la medicación prescrita por el médico. - Evito consumir alimentos con alto contenido de grasa durante la comida. - He reducido el consumo de sal en mi dieta. - Consumo pescado una vez a la semana. - Consumo por lo menos tres piezas de frutas al día. - Bebo líquidos (8 vasos de agua al día). - Trato de mantener mi glucemia, colesterol y triglicéridos dentro de los valores normales. - He recibido en los últimos 15 días charlas que me informen y orienten acerca de la enfermedad cerebrovascular. 	N
			Acciones inadecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo alcohol o fumo cigarro. - Me doy unos gustitos dejando de lado las recomendaciones del médico. - Consumo alimentos chatarras y gaseosas. - Almuerzo fuera de mi casa en un restaurant, chifa o pollería. - Consumo mis medicamentos solo cuando me acuerdo. - Cuando me siento mal me automedico o tomo remedios caseros. - Asisto a mis controles médicos solo cuando me acuerdo o tengo tiempo. 	O M I N A L

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas a emplear

La técnica de recolección de datos que se utilizó para la presente investigación es la encuesta, y se aplicó como instrumento un cuestionario que contenga las variables en estudio: conocimiento, actitud y práctica que fueron aplicadas antes y después de la Intervención Educativa.

3.4.2. Descripción de los instrumentos

El instrumento fue elaborado por la investigadora del presente trabajo de investigación teniendo en cuenta el marco teórico (Ver anexo 02).

- **Sección I:** consta de las siguientes partes: datos generales del paciente (edad, sexo, teléfono celular, grado de instrucción), así como también datos referentes a los antecedentes personales de enfermedad (HTA y diabetes mellitus).

- **Sección II:**

Cuestionario sobre conocimiento del accidente cerebrovascular en usuarios del Hospital de Chancay: la segunda parte está constituido por 20 ítems divididos en: concepto general sobre la enfermedad que consta de 4 preguntas, 6 preguntas sobre etiología, 3 preguntas sobre clasificación, 3 preguntas sobre signos y síntomas del ACV y 4 preguntas sobre prevención. Se empleó la Escala de Likert modificada, el puntaje de calificación para valorar el conocimiento (siguiendo el antecedente directo), se estableció categorizando de la siguiente manera:

CASO POSITIVO:

(3 Pts) De acuerdo

(2 Pts) Indeciso

(1 Pts) Desacuerdo

CASO NEGATIVO:

(1 Pts) De acuerdo

(2 Pts) Indeciso

(3 Pts) Desacuerdo

- **Sección III:**

Cuestionario sobre actitud frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios del Hospital de Chancay: esta parte consta de 20 preguntas sobre actitud preventiva de los usuarios, siendo 10 preguntas que evalúan los comportamientos positivos y 10 preguntas que evalúan los comportamientos negativos; se utilizó la Escala de Likert modificada: de acuerdo, desacuerdo e indeciso y el puntaje de calificación para valorar la actitud se estableció categorizando de la siguiente manera:

CASO POSITIVO:

(3 Pts) De acuerdo

(2 Pts) Indeciso

(1 Pts) Desacuerdo

CASO NEGATIVO:

(1 Pts) De acuerdo

(2 Pts) Indeciso

(3 Pts) Desacuerdo

- **Sección IV:** Cuestionario sobre práctica frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios del Hospital de Chancay: finalmente, la cuarta parte estuvo compuesta por 20 preguntas, 13 que evalúan las prácticas adecuadas y 7 preguntas que evalúan las prácticas inadecuadas, de igual manera se utilizó la Escala de Likert modificada: siempre, a veces y nunca, para evaluar la frecuencia con que realizan actividades que prevengan la aparición del ACV; el puntaje de calificación se estableció categorizando de la siguiente manera, asumiendo el valor

CASO POSITIVO:

(3 Pts) Siempre

(2 Pts) A veces

(1 Pts) Nunca

CASO NEGATIVO:

(1 Pts) Siempre

(2 Pts) A veces

(3 Pts) Nunca

Previamente a la recolección de datos, el instrumento fue sometido a juicio de 7 expertos: 3 expertos en el tema, 2 expertos en el área de investigación, 1 en bioestadística y 1 metodólogo, quienes emitieron sus opiniones y recomendaciones en relación al contenido del instrumento y matriz de consistencia.

El instrumento de validación para expertos constó de 15 ítems, categorizados de la siguiente manera: totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), indeciso (I), en desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD).

Una vez obtenida las puntuaciones y recomendaciones de cada jurado, se procedió a realizar las operaciones correspondientes relacionando los resultados jurado por jurado, para posteriormente aplicar el coeficiente de concordancia R de Finn, que dio como resultado final una puntuación total de 0.86 para la matriz de consistencia, 0.84 para el instrumento que midió la variable conocimiento, 0.86 para el instrumento de la variable actitud y 0.86 para el instrumento de la variable práctica, condición de ACUERDO FORTÍSIMO en los 4 casos.

De igual manera, para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto a 30 pacientes atendidos en el consultorio de Endocrinología y Cardiología del Hospital de Huacho, previa solicitud de permiso.

Posteriormente a ello, se aplicó la fórmula Alfa de Cronbach que le da un valor de 0.99 a los tres instrumentos, lo cual no indica que fueron ALTAMENTE CONFIABLES.

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

La información previamente codificada se ingresó al Programa Microsoft Excel, donde se creó una base de datos para el procesamiento de la información y para la elaboración de tablas y gráficos.

De igual forma, en el Programa SPSS versión 23 se aplicó la técnica estadística inferencial, mediante la prueba paramétrica T de Student para muestras independientes,

para identificar la diferencia de medias entre el grupo control y experimental, que permitió medir los cambios significativos en las variables dependientes antes y después de aplicada la Intervención Educativa.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se aplicó un cuestionario antes y después de ser aplicado el programa de Intervención Educativa. Una vez recolectados los datos, estos fueron procesados y agrupados de forma que pudieran ser registrados en gráficos y/o tablas estadísticas para facilitar su análisis e interpretación.

Tabla 1

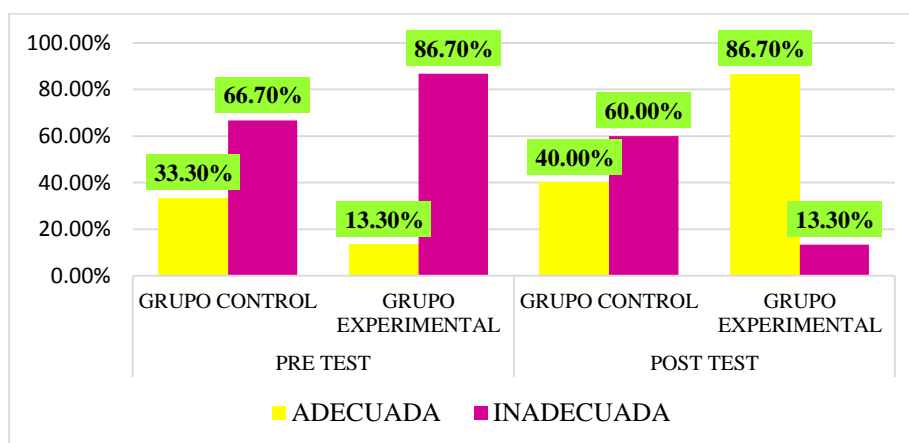
Conocimiento sobre accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa.

CONOCIMIENTO	PRE TEST				POST TEST			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADO	5	33.30%	2	13.30%	6	40.00%	13	86.70%
INADECUADO	0	66.70%	13	86.70%	9	60.00%	2	13.30%
TOTAL	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%

Fuente: Test aplicado a usuarios diabéticos y/o hipertensos del Hospital Chancay, Setiembre 2018

Gráfico 1

Conocimiento sobre accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes de la intervención educativa.



Fuente: Tabla 1

En el gráfico N° 01 se observa que del 100% de los usuarios del grupo experimental (n=15), antes de la Intervención Educativa, el 86,70% (13 usuarios) presentaron un conocimiento inadecuado sobre la enfermedad cerebrovascular y el 13,30% (2 usuarios) un conocimiento adecuado, en tanto que del grupo control, el 66,70% (10 usuarios) tuvo un conocimiento inadecuado y el 33,30% (5 usuarios) un conocimiento adecuado. Después de haberse aplicado la Intervención Educativa del total del grupo experimental, se obtuvo que el 86.70% (13 usuarios) mostraron un conocimiento adecuado, mientras que el 13.30% (2 usuarios) un conocimiento inadecuado, en tanto que del grupo control, el 40.00% (6 usuarios) presentó un conocimiento adecuado y el 60,00% (9 usuarios) un conocimiento adecuado.

Tabla 2

Actitud frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental antes y después de la intervención educativa.

ACTITUD	PRE TEST				POST TEST			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADO	8	46.70%	8	46.70%	7	46,70 %	15	100,0 %
INADECUADO	7	53.30%	7	53.30%	8	53,30 %	0	0 %
TOTAL	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%

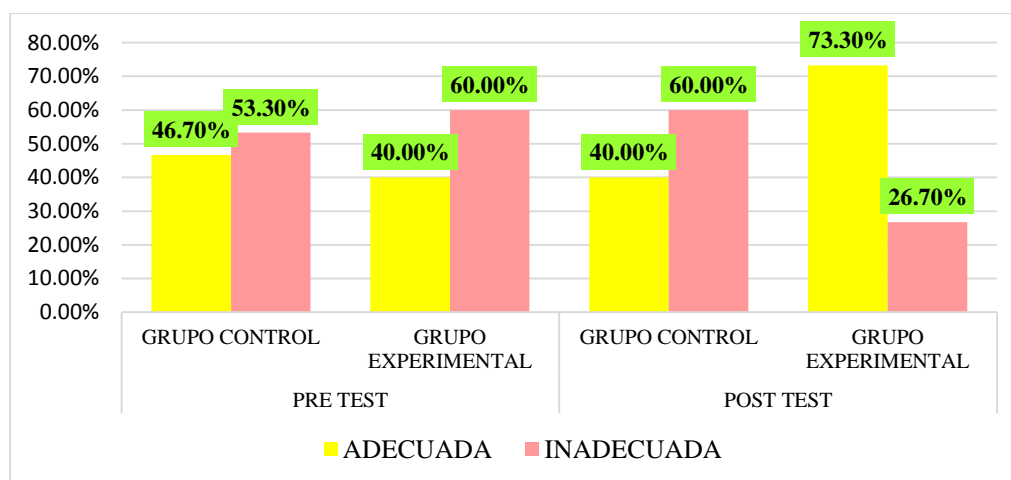
Fuente: Test aplicado a usuarios diabéticos y/o hipertensos del Hospital Chancay, Setiembre 2018

ADECUADO	7	46,70 %	6	40,00 %	6	40,00 %	11	73,30 %
INADECUADO	8	53,30 %	9	60,00 %	9	60,00 %	4	26,70 %
TOTAL	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%

Fuente: Test aplicado a usuarios diabéticos y/o hipertensos del Hospital Chancay, Setiembre 2018

Gráfico 3

Práctica frente a la prevención del accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del grupo control y experimental después de la intervención educativa.



Fuente: Tabla 2

En el gráfico N° 03 se presentan los resultados obtenidos previo a la Intervención Educativa, dando como resultado que los usuarios del grupo experimental (n=15), el 40% (6 usuarios) realizaban prácticas adecuadas frente a la prevención del accidente cerebrovascular, mientras que el 60% (9 usuarios) adoptaban prácticas inadecuadas, por otro lado, del grupo control (n=15), el 53,3% (8 usuarios) presentaron prácticas inadecuadas, y el 46,7% (7 usuarios) prácticas adecuadas. Después de realizada la Intervención Educativa, de los usuarios del grupo experimental, el 73,30% adoptaron prácticas adecuadas para prevenir un accidente cerebrovascular, y el 26,70% adoptaban prácticas inadecuadas por otro lado, el grupo control mantuvo un 60,00% de prácticas inadecuadas contra un 40,00% de prácticas inadecuadas.

puntaje del usuario	Se asumen varianzas iguales	25,223	,000	-4,126	58	,000	-6,900	1,672	-10,247	-3,553
	No se asumen varianzas iguales			-4,126	44,6 56	,000	-6,900	1,672	-10,269	-3,531

Interpretación de resultados

1. Con $t = -4,126$ a $gl = 58$, $p = 0.000 < 0.05$.

El criterio para decidir es:

Si la probabilidad obtenida de P-valor $\leq \alpha$, rechaza la H_0 (Se acepta H_1)

Si la probabilidad obtenida de P-valor $> \alpha$, no rechaza la H_0 (Se acepta H_0)

Por tanto, se rechaza la H_0 , es decir, existe diferencia entre las medias del conocimiento del grupo control y experimental antes y después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.

4.2.2. Hipótesis específica

- Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en la actitud para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.

Hipótesis estadísticas:

- **H_0 :** No existe diferencia entre las medias de actitud del grupo control y experimental antes y después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.
- **H_a :** Existe diferencia entre las medias de actitud del grupo control y experimental antes y después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.

$$H_0: \mu_A = \mu_B$$

$$H_A: \mu_A \neq \mu_B$$

Nivel de confianza: $5\% = 0.05$

Aplicando prueba T de student para muestras independientes

Estadísticas de grupo					
	PRE Y POST TEST	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PUNTAJE DEL USUARIO	PRE TEST	30	45,23	6,129	1,119
	POST TEST	30	52,57	8,834	1,613

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
PUNTAJE DEL USUARIO	Se asumen varianzas iguales	6,669	,012	-3,736	58	,000	-7,333	1,963	-11,263	-3,404
	No se asumen varianzas iguales			-3,736	51,665	,000	-7,333	1,963	-11,273	-3,394

Interpretación de resultados

1. Con $t = -3,736$, $gl = 28$, $p = 0.000 < 0.05$.

El criterio para decidir es:

Si la probabilidad obtenida de P-valor $\leq \alpha$, rechace la H_0 (Se acepta H_1)

Si la probabilidad obtenida de P-valor $> \alpha$, no rechace la H_0 (Se acepta H_0)

Por tanto, se rechaza la H_0 , es decir, no existe diferencia entre las medias de actitud del grupo control y experimental antes y después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.

4.2.3. Hipótesis específica

- Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en las prácticas para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.

Hipótesis Estadísticas:

- **Ho:** No existe diferencia entre las medias de práctica del grupo control y experimental después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.
- **Ha:** Existe diferencia entre las medias de práctica del grupo control y experimental después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.

Ho: $\mu_A = \mu_B$	Ha: $\mu_A \neq \mu_B$
---------------------------------------	--

Estadísticas de grupo					
	PRE Y POST TEST	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PUNTAJE DEL USUARIO	PRE TEST	30	40,83	4,243	,775
	POST TEST	30	46,60	8,290	1,514

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. bilater al	Diferenci a de medias	Diferenc ia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
PUNT AJE DEL USUARIO	Se asumen varianzas iguales	26,443	,000	- 3,391	58	,001	-5,767	1,700	-9,170	-2,363

No se asumen varianzas iguales	- 43,2 3,391 19	,001	-5,767	1,700	-9,195	-2,338
--------------------------------------	--------------------	------	--------	-------	--------	--------

Interpretación de resultados

1. Con $t = -3,391$, $gl = 28$, $p = 0.001 < 0.05$.

El criterio para decidir es:

Si la probabilidad obtenida de P-valor $\leq \alpha$, rechace la H_0 (Se acepta H_1)

Si la probabilidad obtenida de P-valor $> \alpha$, no rechace la H_0 (Se acepta H_0)

Por tanto, se rechaza la H_0 , es decir, existe diferencia entre las medias de práctica del grupo control y experimental antes y después de la aplicación una intervención educativa en usuarios con HTA y/o diabetes mellitus.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión

En el Perú, el accidente cerebrovascular es una de las patologías que ocupa los primeros puestos dentro de los índices nacionales en salud, que se da como consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles mal controladas y, como lo afirma la OMS, es una de las enfermedades con mayor secuelas discapacitantes en el mundo, pudiendo provocar la muerte de la persona si no toma las medidas de acción inmediata.

Por ello, uno de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud es fortalecer las acciones de promoción y prevención que retrasen o eviten la aparición de enfermedades. En este caso el personal de enfermería estaría cumpliendo un papel importante en cuanto la educación al usuario, convirtiéndose en un ente fundamental para el cambio de actitudes y prácticas de estilos de vida.

En la tabla y gráfico N° 01 respecto al conocimiento sobre accidente cerebrovascular en los pacientes del grupo control y experimental, se observa un porcentaje de conocimientos inadecuados superior al de conocimientos adecuados en el pre test; teniendo el grupo control un 66,7 % de conocimientos inadecuados y el grupo experimental un 86,7%; después de aplicada las sesiones educativas el grupo experimental mejoró sus conocimientos, pasando a tener cerca del 87% de conocimientos adecuados, mientras que el grupo de control no mostró cambio significativo alguno.

En relación a los resultados obtenidos sobre la actitud que muestran los pacientes ante la prevención del accidente cerebrovascular, se observa en la tabla y gráfico N° 02 que antes de haberse aplicado la Intervención Educativa, del total de usuarios tanto del grupo control como experimental un 53,3% presentaron actitudes inadecuadas, mejorando dichas cifras en la post intervención, pasando al 100%, es decir la totalidad de pacientes del grupo

experimental asumieron actitudes adecuadas para prevenir un ACV, mientras que el grupo de control mantuvo los mismos resultados que en el pre test.

Con respecto a la realización de prácticas para poder evitar un accidente cerebrovascular, en la tabla y gráfico 03 previo a la Intervención Educativa, los usuarios de los dos grupos realizaban prácticas inadecuadas, teniendo el grupo experimental un 60% y el grupo de control un 53,3%. Posteriormente con la Intervención educativa, estos resultados variaron, pues se obtuvo que el 73,3% de los usuarios del grupo experimental mejoraron sus prácticas diarias para prevenir enfermedades cerebrovasculares, mientras que el grupo de control no mostró diferencias significativas a la aplicación del post test, manteniendo casi los mismos resultados que en el pre test, con prácticas inadecuadas.

Para explicar porque existe dicho cambio en el conocimiento, actitud y práctica de los pacientes sujetos de estudio, nos respaldamos en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y en el Modelo de Albert Bandura, por un lado se pudo observar que tanto el conocimiento, como la actitud y práctica fueron desfavorables en un inicio, la razón de estos resultados según lo afirmado por Nola Perder, en conclusión, es consecuencia de los conocimientos previos adquiridos, es decir, el conjunto de información y creencias erróneas que los pacientes con diabetes y/o hipertensión obtuvieron a lo largo de su vida, muy relacionado con las experiencias que vivieron dentro del medio donde se desarrollaban (que también pudieron ser aprendidas por observación según lo sostenido por Albert Bandura) y que influyeron de manera directa en las conductas y prácticas que adoptaban para el cuidado de su salud.

Ahora bien, el cambio de actitudes y prácticas, para Nola surge a partir de un cambio de conocimiento, en este caso respecto al accidente cerebrovascular, y que fueron impartidos a través de las sesiones educativas programadas, donde se pudo comprobar la poca información que poseían sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y las consecuencias

graves que podría originar si no tomaban las medidas preventivas para controlar su diabetes e hipertensión arterial, este cambio se logró a partir de los beneficios percibidos de la acción, es decir, que dichos pacientes identificaron lo beneficioso que resultó las charlas educativas y por ende consideraron llevar a cabo actitudes y conductas favorecedoras de la salud, que pudieran evitar consecuencias graves a futuro.

Por otro lado también, el cambio de actitud en estos pacientes guarda mucha relación con la autoeficacia percibida señalada por Pender, esto quiere decir que los usuarios tomaron conciencia de la importancia de adoptar conductas saludables y por ende se les hizo más fácil tomar decisiones respecto al cuidado de su salud; mejorando notablemente los resultados post intervención y juntamente con lo señalado por Albert Bandura, quien nos da a entender que la adquisición de conocimientos adecuados implica la puesta en práctica de conductas favorecedoras de la salud, dicho en otras palabras con la Intervención realizada a los pacientes del Hospital en mención, y la metodología empleada en las charlas educativas (que lógicamente influye en cada uno de los procesos del aprendizaje) se pudo lograr que estos pacientes estuvieran interesados en saber más acerca de la enfermedad y, claro está que la información obtenida les motivó a adoptar prácticas que prevengan un ACV.

Corroborando con los antecedentes, tenemos que la presente investigación guarda cierta similitud con lo obtenido por Córdova (2015) donde muestra la efectividad de su Intervención Educativa en pacientes diabéticos e hipertensos y la metodología que empleó a lo largo de las sesiones, ya que una vez ejecutadas el 63,94% de los pacientes intervenidos mejoraron sus conocimientos sobre la enfermedad cerebrovascular.

Los resultados también se ratifican con lo encontrado por autores como Suárez et al (2016); Hidalgo y Bell (2013); Proenza et al (2012) y Rodríguez (2010) quienes obtienen que sus respectivas sesiones educativas fueron efectivas, alcanzando los pacientes conocimientos adecuados en un 99%; 87,2%; 88,5% y 96,67% respectivamente, este cambio

ocurre debido a las charlas impartidas y la metodología que se empleó en ellas, que fueron muy similares a la que se empleó en la presente investigación, lo cual muestra convergencia con nuestros resultados dando así veracidad a la efectividad de la Intervención Educativa en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad cerebrovascular.

En relación a la variable actitud, igualmente investigaciones como la de Córdova ratifican los resultados mostrando cómo la intervención educativa que empleó durante un mes logra mejorar las actitudes de los pacientes diabéticos e hipertensos, incrementando sus cifras a un 87,92%, es decir, después de las sesiones los usuarios se mostraron más optimistas a adoptar comportamientos que beneficien su salud y prevengan un ACV, valga la redundancia debido a que un cambio en el conocimiento, implica un cambio de actitudes.

Al respecto, Silvestre (2012) refirió que un cambio de conducta en las personas implica una comprensión diferente de qué es salud, implica un cambio de creencias, que conlleva a darse cuenta y hacerse responsable de su propia salud, adoptando acciones que beneficien su calidad de vida. Asimismo, refiere que la educación sanitaria ocupa un papel muy importante para prevenir enfermedades no transmisibles, donde el comportamiento suele ser la principal causa para adquirir problemas de salud, pero también puede ser la principal solución, es por ello que su aplicación ayuda a las personas a comprender su situación, a tomar sus propias decisiones y elegir métodos para mejorar y tener una vida sana.

En cuanto a las prácticas para prevenir la enfermedad cerebrovascular, los resultados de la presente investigación convergen con lo encontrado por Córdova, donde se demuestra que existe un aumento y por ende un mejoramiento de las prácticas diarias en un 76,52% en la post intervención, y donde se evidencia que los pacientes encuestados dieron importancia al control de glucemia y presión arterial, al consumo de alimentos saludables, sin exceso de azúcar y sal, asimismo mejoraron en cuanto a sus actividades físicas, caminatas diarias, entre otros. Esto se debe a que un cambio en el conocimiento implica la puesta en prácticas de

conductas favorecedoras de la salud, por ello, añade que es necesaria la intervención de programas educativos ya que son una clave para lograr cambios positivos en la conducta.

Alarcón y Zapata (2014) después de haber aplicado su programa de Intervención cerca del 55% de adultos mayores mejoraron sus prácticas en cuanto al tipo de alimentación que llevaban, pues afirmaron haber disminuido el consumo de kcal/día, hidratos de carbono y sal en la dieta, además de que aumentaron la frecuencia con la que realizaban actividad física.

Al respecto, Parks y Lloyd indican que las personas no cambian sus prácticas de repente y no se mantienen “cambiadas”, por el contrario, es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y serán definidas hasta que dicha acción llegue a formar parte de su vida diaria, por ello se sugiere que se realice un seguimiento en esta misma población para determinar si se mantienen las prácticas de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables.

En conclusión, es así como se demuestra en el trabajo de investigación la importancia que tiene la educación del personal de enfermería en cuanto al cambio de conocimiento, que sin lugar a dudas influye mucho en el cambio de actitudes y prácticas diarias y contribuye así al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y en crear una conducta favorecedora de la salud. Finalmente, para determinar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento, actitud y práctica preventiva del accidente cerebrovascular, se utilizó la prueba t de student para muestras independientes, donde después de aplicada las cuatro sesiones, se rechaza la hipótesis nula, dando como conclusión que existen diferencias significativas entre las medias del pre y post test del grupo control y experimental.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- ✓ Antes de la Intervención Educativa, no hubo diferencias significativas en el conocimiento sobre accidente cerebrovascular del grupo control y experimental, ya que ambos grupos presentaron conocimientos inadecuados, con un 66,70% para el grupo control y un 86,70% para el grupo de intervención.
- ✓ De igual manera, no hubo diferencias significativas en las actitudes que presentaron los usuarios del grupo control y experimental frente a la prevención del accidente cerebrovascular, ya que ambos grupos presentaron actitudes inadecuadas con un 46,70% para el grupo de control y experimental.
- ✓ A su vez, tampoco hubo diferencias significativas en las practicas diarias de los usuarios del grupo control y experimental para prevenir un accidente cerebrovascular, pues ambos grupos presentaron prácticas inadecuadas con un 53,30% para el grupo de control y 60,00% para el grupo experimental.
- ✓ Después de la Intervención Educativa, hubo diferencias significativas en el conocimiento sobre accidente cerebrovascular entre el grupo control y el grupo experimental, puesto que los usuarios intervenidos presentaron mejoras, con un 86,70% de conocimientos adecuados, mientras que el grupo control no presentó variación alguna. 61
- ✓ De igual manera, después de realizadas las sesiones hubo diferencias significativas en las actitudes de los usuarios de ambos grupos frente a la prevención de la enfermedad cerebrovascular ya que los usuarios intervenidos mejoraron en un 100,00% sus actitudes, mientras que el grupo control presentó solo un 46,70% de actitudes adecuadas, También hubo diferencias significativas

en las prácticas de los usuarios del grupo control, ya que los pacientes intervenidos mejoraron sus prácticas diarias, con un 73,30% de prácticas adecuadas contra un 40,00% que obtuvo el grupo control.

6.2. Recomendaciones

Al personal de salud encargado del Club de diabéticos e hipertensos:

- ✓ Abordar temas que nutran de información a los pacientes, no solo de las enfermedades que padecen, sino también de todas las patologías que constituyan un factor de riesgo para ellos, preferiblemente de manera individualizada, de tal manera que puedan comprender mucho mejor la información que se les brinda
- ✓ Es importante hacer un seguimiento estricto a cada uno de los pacientes del Club, en cuanto a estilos de vida y hábitos alimenticios, especialmente en los que no se realizó la intervención educativa, ya que por los resultados obtenidos, requieren de una orientación y concientización a profundidad.
- ✓ Además se recomienda exigir el cumplimiento de la asistencia de todos los martes a los integrantes del Club de manera obligatoria, así como también que el personal de salud siempre este pendiente de ellos y se realice las charlas programadas en el día.
- ✓ Es de importancia también incluir a la familia de los pacientes en los programas de educación continua.

Al personal de salud en general:

- ✓ Implementar campañas de promoción y prevención de accidentes cerebrovasculares en los Hospitales, pues esta enfermedad es muy desconocida por los pacientes, en especial, por aquellos que están propensos a desarrollarla.

- ✓ Implementar campañas de promoción y prevención de accidentes cerebrovasculares en las comunidades, especialmente en poblaciones vulnerables de todas las edades, utilizando incentivos que motiven la participación de todos, y la implementación de estrategias necesarias para lograr el aprendizaje deseado y un cambio en el estilo de vida.
- ✓ También se recomienda incluir campañas de prevención de enfermedades cerebrales en las instituciones educativas, con la finalidad de promover un cambio de estilos de vida y hábitos alimenticios desde edades tempranas.

En el área de investigación:

- ✓ Continuar realizando estudios de investigación de mayor nivel en la población en general y también en familiares y cuidadores, empleando poblaciones grandes donde se puedan generalizar los resultados obtenidos

CAPÍTULO V

FUENTES DE INFORMACIÓN

5.1 Fuentes Bibliográficas

Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª Ed). Santa Fe, México: Mc. Graw Hill.

Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández, M., & Biller, J., (2003). *Tratado de Neurología Clínica*. (1ª Ed., pg. 392-394). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6ª Ed). México: Mc. Graw Hill-Interamericana de México.

Ramírez, T. (1997). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela. Edit. Panapo.

Sakraida, T.J. (2011). Modelo de Promoción de la Salud. En Raile, M., & Marriner, A, *Modelos y Teorías de Enfermería*. (7ª. Ed., pg. 391-411). Barcelona, España: Elsevier.

Schunk, Dale. (1996). *Teorías del Aprendizaje*. (2ª Ed., pg. 108-114). Ciudad de México, México: Simón & Schuster.

Toro, J., Yepes, M., & Palacios, E. (2010). *Neurología*. (2ª Ed., pg 164). Bogotá, Colombia: Manual Moderno.

5.2. Fuentes Electrónicas

AHA. y ASA. (2014, 17 de diciembre). Noticias Científicas. *Estadísticas De Cardiopatías y Accidentes Cerebrovasculares*. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <https://professional.heart.org/professional/ScienceNews/UCM473543/Noticia-Cientificas-invierno-de-2015.jsp>.

Argentina. Ministerio de Salud. Gobierno de Entre Ríos. *Las enfermedades crónicas no transmisibles. Accidente cerebrovascular*. Boletín No 12. [Internet]. Febrero 2017. [Citado 20 de julio de 2018]. Disponible en: [http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_crónicas_no_transmisibles.pdf](http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cr%C3%B3nicas_no_transmisibles.pdf).

ASA. & AHA. (2011). *Guidelines for the primary prevention of stroke*. Recuperado el 17 de abril de 2017, de <http://stroke.ahajournals.org/content/42/2/517>.

ASA. & AHA. (2016). *El ataque cerebral hemorrágico*. Recuperado el 24 de abril de 2017, de http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_310736.pdf.

ASA. & AHA. (2016). *El ataque cerebral isquémico*. Recuperado el 24 de abril de 2017, de http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/@sta/documents/downloadable/ucm_310739.pdf.

Bardaji. (2003). *Enfermedad cerebrovascular: Estudio de un caso*. Recuperado el 12 de julio de 2017, de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43345/1/523114.pdf>.

BAYER. (2017). *La fibrilación auricular, factor de riesgo importante para accidente cerebrovascular*. Recuperado el 12 de julio de 2017, de <https://www.thrombosisadviser.com/es/prevencion-acv-en-fibrilacion-auricular/fa-factor-riesgo-de-accidente-cerebrovascular/>.

- Berto, G. (2016, 29 de octubre). El ACV es la tercera causa de muerte en el mundo. *Muerte o discapacidad*. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://www.rionegro.com.ar/viedma/el-acv-es-la-tercera-causa-de-muerte-en-el-mundo-ED1498336>.
- Cantú, C. (2011). *La crisis de la enfermedad cerebrovascular en América Latina*. Recuperado el 22 de mayo de 2018, disponible en http://www.bbc.com/mundo/movil/noticias/2011/09/110913_derrame_cerebral_america_latina_men.shtml.
- Carámbula, P. (2017, Noviembre 02). Accidentes cerebrovasculares en América Latina. Recuperado el 20 de julio de 2018, de <https://www.sanar.org/cardiovasculares/accidentes-cardiovasculares-en-america-latina>.
- Celis, J.I., Hernández, D.L., & King, L.M. (2011). *Guía Neurológica 8: Enfermedad Cerebrovascular*. Recuperado el 12 de Julio de 2017, de <http://www.Acnweb.org/guia/g8cap3.pdf>.
- Chinizaca, G. (2016). Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prevención de enfermedad cerebro vascular en adultos mayores con hipertensión arterial. Comunidad Majipamba, Colta. (Tesis para Título, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Recuperado de <http://dspace.esPOCH.edu.Ec/bitstream/123456789/5948/1/10T00155.pdf>.
- Córdova, P. (2015). Eficacia de la Intervención Educativa para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de pacientes diabéticos e hipertensos sobre los factores de riesgo para infarto cerebral: Hospital Carlos Andrade Marín. (Tesis para Especialidad, Universidad Central de Ecuador). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4812/1/T-UCE-0006-150.pdf>.

- Cruz, D. (2015). *Medidas de prevención en accidente cerebrovascular (ACV) en adultos mayores del Sector "Tercer Piso" de la Ciudad de Esmeraldas*. (Tesis para Título, Pontificia Universidad Católica de Ecuador). Recuperado de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/409>.
- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. *Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales*. Factográfico salud [Internet]. 2017 Oct [citado 20 de julio de 2018];3(12):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>.
- DIRESA. (2017). Área de Estadística. *Morbilidad: Enfermedad Cerebrovascular 2016 – 2017*. Recuperado el 24 de mayo de 2017, de <https://outlook.live.com/owa/>.
- Domínguez, J., Romina, L., & Vizaguirre, R. (2013). *Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares*. (Tesis para Título, Universidad de Ciencias Médicas). Recuperado de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5915/dominguez.pdf.
- Escobar, J. (2013). *Diabetes mellitus y su relación con la enfermedad cerebrovascular*. Recuperado el 12 de julio de 2017, de <http://www.cubasi.cu/cubasi-noticias-cuba-mundo-ultima-hora/item/14214-diabetes-mellitus-y-su-relacion-con-la-cerebrovascular>.
- Hernández, I.R. (2011). *Comunicación en salud: Teorías, modelos y prácticas*. Recuperado en 26 de mayo de 2017, de publicacionescienciasociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/download.
- Hidalgo, L., & Bell, D. (2016). *Intervención Educativa sobre factores de riesgo de las Enfermedades Cerebro-Vasculares en el Adulto Mayor*. (Tesis doctoral).

Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica /factores-riesgo-enfermedades-cerebro-vasculares/>.

Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., & Achiong, M. (2015). *Elementos a tener en cuenta para realizar una Intervención Educativa*. Recuperado el 21 de junio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400017.

Martínez., Murie., Pagola e Irimia. (2011). *Estudio comparativo de la influencia de los factores de riesgo cardiovascular y socioeconómicos en la “Escala de Nihss” y la “Escala de Rankin modificada a corto plazo” al ingreso y al egreso hospitalario, en pacientes con ECV isquémico agudo hospitalizados en el área de neurología del Hospital "Eugenio Espejo" y área clínica del "Hospital Metropolitano" de la ciudad de Quito durante el periodo marzo – septiembre 2015*. (Tesis de especialidad, Pontificia Universidad Católica de Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11202/TESIS%20WORD.pdf?sequence=1>

Mena. N., (2011). *Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial como factores de riesgo de infartos cerebrales. Hospital regional del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. (Tesis de Especialidad, Universidad de Ciencias Médicas). Recuperado de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2405/1/TESIS%20md%20Mena%201%20%283%29_1.pdf.

Moliner, L. (1994). *Diccionario de uso Español*. Recuperado el 20 de junio de 2017, de <http://www.acanomas.com/Diccionario-de-la-Lengua-Espanola/206973/intervenir.htm>.

- Nicuesa, M., Bembibre, C., Ucha, F., & Andrade, M (2015). *Importancia. Una guía de ayuda*. Recuperado el 20 de junio de 2017, de <https://www.importancia.org/sensibilizacion.php>.
- Niembro, R. (2015) Características epidemiológicas y clínicas del accidente cerebrovascular Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. (Tesis para Especialidad, Universidad San Martín de Porres). Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1212/5/Alfageme_rm.pdf.
- OMS. (2018, Mayo 24). *Las 10 principales causas de defunción en el mundo*. Recuperado el 01 de mayo de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- OPS y RIMA. (2013). *Neurociencias. Accidente Cerebrovascular, nuevas estadísticas globales*. Recuperado el 22 de mayo de 2018, de <http://www.Rima.org/Noticia.aspx?IdNota=3169>.
- Ortíz, A., (2013). *Factores de riesgo para accidente cerebro vascular en pacientes con hipertensión arterial no controlada en el Hospital Provincial Ambato*. (Tesis para Título, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5511/1/tesis%20final%20ANA%20%20ORTIZ.pdf>.
- Otaño, M., Nuñez, M.B., Amechazurra, M., & Triana, P.G. (2014). *Proyecto de intervención para prevenir enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores vinculados a una casa de abuelos*. (Tesis de Especialidad, Universidad de Ciencias Médicas). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000300001&lng=es.

- Perez, E. (2011). *Intervención Educativa*. Recuperado el 21 de junio de 2017, de <http://uvprintervencioneducativa.blogspot.pe/2011/09/la-intervencion-socio-educativa-por.html>.
- Persi, G. (2017). El accidente cerebrovascular es un ataque cerebral: debemos prevenirlo y tratarlo. Recuperado el 11 de junio de 2018, disponible en: www.sume.com.ar/el-accidente-cerebrovascular-es-un-ataque-cerebral-debemos-prevenirlo-y-tratarlo/.
- Proenza, L., Nuñez, L., Gallardo, Y., & De La Paz, K. (2012). *Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular*. (Tesis de Especialidad, Universidad de Ciencias Médicas). Obtenido de <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/392/Intervencioneducativa-en-adultos-mayores-con-enfermedad-cerebrovascular>.
- Rodríguez, V. Veloso, B. Ortíz, E. Vier, E. & Lalondryz, E. (2010) *Intervención educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial*. (Tesis doctoral). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920100003_00006
- Salazar, R.A, & Ramírez, R.E (2017). *Efectividad del programa “UN CORAZÓN FELIZ” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de factores de riesgo cardiovasculares en los estudiantes de primer año de secundaria de la Institución educativa pública, San Juan de Lurigancho*. (Tesis para Título, Universidad Peruana Unión). Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/393/Rosa_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- Suárez, R. Menéndez, J. Rodríguez, A. & Pérez, M. (2016) *Intervención educativa para elevar conocimientos sobre factores de riesgo asociados a enfermedad cerebrovascular*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/viewFile/130/56>
- Temboury, F., Morales, J. (2000). *Enfermedad Cerebrovascular*. Recuperado el 7 de julio de 2017, de [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual % 20de %20urgencias%20y%20Emergencias/acv.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/acv.pdf).
- Vega, E. (2013). *¿En qué consiste la Intervención Educativa?* Recuperado el 28 de julio de 2017, de <http://es.scrib.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervención-educativa>.
- Word Stroke Asociation (2016). Campaña Mundial Contra el Ictus. *¿Por qué una campaña específica sobre la mujer y el ictus?* Recuperado en 12 de mayo de 2018, de <http://www.worldstrokecampaign.org/es/>.
- World Health Organization. (2011). Health statistics and information systems. *The global burden of disease*. Recuperado el 17 de mayo de 2018, de [http:// www.who.int/healthinfo/en/](http://www.who.int/healthinfo/en/).

ANEXOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	ESCALA	MÉTODO
<p>¿Cuál es la efectividad de una Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la efectividad de una Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar el conocimiento sobre accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: La Intervención Educativa para prevenir el accidente cerebrovascular es efectiva en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en el conocimiento sobre accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.</p> <p>Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en la actitud para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.</p>	<p>Variables Dependientes: Conocimiento sobre accidente cerebrovascular en usuarios diabéticos y/o hipertensos del Hospital de Chancay.</p> <p>Actitud en usuarios diabéticos y/o hipertensos del Hospital de Chancay para prevenir el accidente cerebrovascular.</p> <p>Práctica en usuarios diabéticos y/o hipertensos del Hospital de Chancay para prevenir el accidente cerebrovascular.</p>	<p align="center">N O M I N A L</p>	<p>Diseño: experimental, nivel cuasiexperimental.</p> <p>Tipo: longitudinal.</p> <p>Área de estudio: La investigación se realizará en el Club de diabéticos e hipertensos del hospital de Chancay.</p> <p>Población: La población total que conforma el Club de diabéticos e hipertensos es de 30 pacientes.</p> <p>Muestra: Se tomó como muestra toda la población. Se realizó el muestreo no probabilístico, repartiéndose en 50 y 50%, siendo 15 pacientes para el grupo experimental y 15 para el grupo de control.</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos: El instrumento de recolección de datos que se utilizara para</p>

	<p>Describir la actitud para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa.</p> <p>Conocer las prácticas para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018 antes y después de una Intervención Educativa.</p>	<p>Existe diferencia antes y después de la aplicación de una intervención educativa en las prácticas para prevenir un accidente cerebrovascular de los usuarios con HTA y/o diabetes mellitus del Hospital Chancay-2018.</p>		<p>la presente investigación es la encuesta, y se aplicará un cuestionario que contenga las variables en estudio, las cuales serán aplicadas antes y después de la Intervención Educativa.</p> <p>Técnica de análisis de datos: Se empleará la técnica estadística inferencial mediante la prueba paramétrica T de Student para determinar el efecto de la Intervención Educativa.</p>
--	--	--	--	---

ANEXO N° 02: INSTRUMENTOS PARA LA TOMA DE DATOS

**“UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ
CARRIÓN” FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO****INTRODUCCIÓN**

Estimado señor (a) el presente cuestionario tiene como objetivo: Determinar la efectividad de la intervención educativa prevención del accidente cerebrovascular en el conocimiento, actitud y práctica de usuarios del Hospital de Chancay, 2018, por lo cual se solicita responder con sinceridad las preguntas, pues los datos serán de gran ayuda para el resultado de la presente investigación.

DATOS GENERALES

Instrucciones: Emplee un lápiz o un bolígrafo para rellenar el cuestionario. Recuerde responder todos los espacios en blanco y marcar con una “X” solo una opción.

Edad: _____

Sexo: M () F ()

N° de Historia Clínica: _____

Teléfono celular: _____

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Sin Estudios ()

Antecedentes patológicos personales de:

Hipertensión arterial (SI) (NO)

Diabetes Mellitus (SI) (NO)

“UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN”



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD**



CEREBROVASCULAR

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de preguntas con 3 opciones de respuesta. Se le recomienda leer detenidamente y marcar con una (X) la respuesta que esté acorde con sus conocimientos, si en caso tiene duda preguntar a la investigadora.

Nº	PREGUNTAS	DE ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO
1	La enfermedad cerebrovascular es la interrupción del flujo de sangre hacia una parte del cerebro.			
2	La enfermedad cerebrovascular también es conocido como infarto cerebral.			
3	La enfermedad cerebrovascular también es conocido como derrame cerebral.			
4	Esta enfermedad es hereditaria.			
5	El accidente cerebrovascular es causada por la excesiva cantidad de sangre que llega al cerebro.			
6	La obesidad y el sobrepeso aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad cerebral.			
7	El sedentarismo no causa la enfermedad cerebrovascular.			
8	El consumo de cigarros y bebidas alcohólicas con el paso del tiempo causan esta enfermedad.			
9	La presión alta y diabetes mellitus puede causar un infarto cerebral.			
10	Las enfermedades del corazón raras veces causan la enfermedad cerebrovascular.			

11	La enfermedad cerebrovascular se divide en isquémico y hemorrágico.			
12	La enfermedad cerebrovascular isquémica es producida porque una arteria que irriga el cerebro se rompe.			76
13	La enfermedad cerebrovascular hemorrágica se da porque una arteria del cerebro se obstruye, impidiendo que haya una buena circulación de sangre.			
14	Los signos y síntomas de la enfermedad son: dolor de cabeza, mareos, confusión, parálisis o debilidad de un lado del cuerpo, dificultar para ver y hablar.			
15	Los signos y síntomas de esta enfermedad pueden provocar la muerte del paciente.			
16	La enfermedad produce síntomas irreversibles e incurables.			
17	Esta enfermedad se puede prevenir con una dieta saludable, baja en sal, azúcar y grasas.			
18	La dieta rica en vegetales y frutas puede proteger la aparición de la enfermedad cerebrovascular.			
19	El control adecuado de la presión arterial y/o glucosa en sangre evita un infarto cerebral.			
20	El control del peso y del IMC es importante para evitar la enfermedad cerebrovascular.			

“UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN”



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ACTITUD FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**



INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de preguntas con 3 opciones de respuesta. Se le recomienda leer detenidamente y marcar con una (X) la respuesta que esté acorde con sus actitudes, si en caso tiene duda preguntar a la investigadora.

Nº	PREGUNTAS	DE ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO
1	Le interesaría conocer acerca de la enfermedad cerebrovascular.			
2	Considera importante controlar mensualmente su presión y glucosa.			
3	Cree que las personas diabéticas e hipertensas están propensas a sufrir una enfermedad cerebral.			
4	Considera importante llevar un estilo de vida saludable para prevenir la enfermedad cerebrovascular.			
5	Considera que el ejercicio físico es importante para prevenir la enfermedad cerebrovascular.			
6	Considera que comer comidas rápidas (pizza, pollo broster, papitas fritas) afecta su salud.			
7	Considera importante informarse de las consecuencias del consumo de cigarro y alcohol.			
8	Es importante conocer bien los factores de riesgo que causan una enfermedad cerebral.			
9	Considera importante que el personal del Hospital le brinde información necesaria sobre cómo prevenir una enfermedad cerebral.			

10	Recomendaría a otras personas controlar su presión arterial y glucosa para prevenir un accidente cerebrovascular.			
11	Considero innecesario leer artículos sobre el accidente cerebrovascular porque no sufro esa enfermedad.			
12	Para usted es importante acudir al médico solo cuando se siente enfermo.			
13	Usted prefiere automedicarse o tomar remedios naturales antes de acudir al médico.			
14	Considera que la mejor medida de prevención de enfermedades cerebrovasculares son los medicamentos.			
15	Recomendaría a otras personas no controlar su presión arterial y glucosa en sangre si no sufre ninguna enfermedad.			
16	Usted aconsejaría a una persona diabética, hipertensa y obesa consumir bebidas alcohólicas o fumar.			
17	Recomendaría a una persona diabética o hipertensa acudir al médico una vez al año.			
18	Le diría a una persona diabética que si ya tiene controlada su glucosa, no tiene que preocuparse y puede dejar de consultar al médico			
19	Le diría a una persona hipertensa que si ya tiene controlada su presión puede dejar de acudir al médico			
20	Usted le diría a una persona diabética o hipertensa que deje de tomar la medicación si en su examen le sale que está bien de la glucosa y/o presión arterial.			

“UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN”



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



PRÁCTICA FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL ACCIDENTE

CEREBROVASCULAR

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de preguntas con 3 opciones de respuesta. Se le recomienda leer detenidamente y marcar con una (X) la respuesta que esté acorde con sus prácticas, si en caso tiene duda preguntar a la investigadora.

Nº	PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Controlo mi glucosa y/o presión arterial todos los días por las mañanas.			
2	Acudo a mis controles médicos periódicos programados.			
3	Cumplo con la medicación prescrita por el médico para controlar mi presión alta y/o diabetes.			
4	Evito consumir alimentos con alto contenido de grasa durante las comidas.			
5	Reduzco el consumo excesivo de sal en mi dieta.			
6	Consumo pescados al menos una vez a la semana.			
7	Consumo por lo menos tres piezas de frutas al día.			
8	Bebo líquidos (8 vasos de agua al día).			
9	Trato de mantener mi glucemia, colesterol y triglicéridos dentro de los valores normales.			
10	Realizo actividad física por lo menos 30 minutos diarios.			
11	Dedico tiempo para salir a distraerme, dejando el estrés y las preocupaciones de lado.			

12	He recibido en los últimos 15 días charlas que me informen y orienten acerca de la enfermedad cerebrovascular.			
13	Estoy constantemente controlando mi peso.			
14	Consumo alcohol o fumo cigarro.			
15	De vez en cuando me doy unos gustitos, dejando de lado las recomendaciones del médico.			
16	Consumo alimentos “chatarras” y gaseosas			
17	Almuerzo fuera de mi casa en un restaurant, chifa o pollería.			
18	Consumo mis medicamentos solo cuando me acuerdo.			
19	Cuando me siento mal me automedico o tomo remedios caseros.			
20	Asisto a mis controles médicos cuando me acuerdo o tengo tiempo.			



ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO
“UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PREVENCIÓN DEL ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR EN EL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE
USUARIOS DEL HOSPITAL DE CHANCAY, 2018

Yo _____

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que una estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión me entreviste. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca en el conocimiento, actitud y práctica preventiva del accidente cerebrovascular en usuario del Hospital de Chancay, que les será de utilidad.

Comprendo que seré entrevistada a una hora conveniente y que me aplicarán un cuestionario antes y después de la Intervención Educativa, también comprendo que dicha Intervención durará alrededor de media hora y que me brindará información acerca de cómo prevenir un accidente cerebrovascular, especialmente, porque presento factores de riesgo como Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, la investigadora puede localizarme para más información en un futuro.

Esta entrevista fue otorgada en forma libre. Yo sé que la entrevista es voluntaria, y que aun después que la entrevista inicie, puedo rehusarme a responder a preguntas específicas o decidir terminar con la entrevista en cualquier punto. Sé que mis respuestas a las preguntas no se proporcionaran a nadie más y no seré identificada de ninguna manera en cualquier reporte. También he sido informada que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo pueda recibir de los proveedores de servicios de salud.

Comprendo que el presente estudio me beneficiará de alguna u otra manera y que sus resultados me serán dados si lo solicito, siendo la Est. Maturrano Loza Fiorella de los Angeles la persona a quien debo localizar si tuviera alguna pregunta sobre el estudio o mis derechos como participante.

Firma de la persona entrevistada

FECHA: ___/___/___

Firma del entrevistador

ANEXO N° 04

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE LOSINSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. El instrumento es coherente a la técnica de recolección de datos					
2. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación					
3. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio					
4. Los ítems propuestos miden el problema planteado					
5. Los ítems evalúan el fenómeno o evento que se pretende medir.					
6. Se justifica la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento					
7. Cada ítems está definido claramente y son entendibles					
8. Es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas al instrumento					
9. La estructura del instrumento es adecuada					
10. Los ítems del instrumento responden a la adecuada operacionalización de la variable					
11. La secuencia presentada facilitara el desarrollo del instrumento					
12. El número de ítems es adecuado para su aplicación					
13. Las dimensiones son adecuadas a la partición de la variable					
14. La clasificación de los ítems son adecuados					
15. El instrumento cumple el propósito para el que fue elaborado					

TA (5): totalmente de acuerdo.

A (4): aceptable.

I (3): indiferente o indeciso.

D (2): desacuerdo.

TD (1): totalmente en desacuerdo

ANEXO Nº 06: INTERVENCIÓN EDUCATIVA

1. INTRODUCCION

El accidente cerebrovascular representa un problema grave muy incidente en todo el mundo. Los tipos más frecuentes incluyen el accidente cerebrovascular isquémico y el accidente cerebrovascular hemorrágico. Estas pueden llegar a curarse con un tratamiento eficaz pero, aun así, continúan siendo una cuestión prioritaria en la salud pública tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. La organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que, a nivel mundial, se dan más de 15 millones de muerte cada año, mientras que más de 5 millones mueren sin recibir un tratamiento oportuno y otros quedan con secuelas discapacitantes por el resto de su vida.

Al ofrecer información a los pacientes que adolecen de enfermedades que pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo de un ACV, estamos ayudando a prevenir su aparición y contribuyendo a la adopción de prácticas y actitudes adecuadas. Por ello, se realizó un programa de intervención educativa sobre el Accidente Cerebrovascular basado en la aplicación de una serie de técnicas participativas.

- 2. GRUPO OBJETIVO:** Adultos mayores de 40 años con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.
- 3. TIEMPO:** 2 horas por sesión
- 4. DURACIÓN :** 4 semanas
- 5. Nº DE SESIONES:** 4 sesiones educativas
- 6. ESCENARIO:** Club de diabéticos e hipertensos – Chancay
- 7. DIAGNÓSTICO:** Población adulta con riesgo a presentar eventos cerebrovasculares relacionado al desconocimiento de la enfermedad y prevención de la misma.
- 8. OBJETIVOS:**

8.1.GENERALES:

- Mejorar los conocimientos acerca del accidente cerebrovascular.

- Desarrollar actitudes y prácticas adecuadas que eviten la aparición de la enfermedad.

8.2.ESPECIFICOS:

- Brindar información sobre las definiciones y los signos y síntomas más característicos del accidente cerebrovascular.
- Proveer información sobre los tipos de enfermedades cerebrovasculares.
- Impartir información sobre las causas que contribuyen el desarrollo de la enfermedad y su forma de prevenirlo.
- Enseñar a los pacientes la importancia de adoptar comportamientos adecuados de modos de vida, a fin de evitar el desarrollo de la enfermedad.
- Motivar la adopción de buenas actitudes y promover un cambio en aquellas que perjudican la salud de la población en estudio.
- Incentivar a los pacientes diabéticos y/o hipertensos la adopción de buenas prácticas, en especial aquellas relacionadas con sus estilos de vida y hábitos alimenticios que por un lado ayuden al control de su enfermedad, y que a la misma vez eviten la aparición del accidente cerebrovascular a largo plazo.

9. METODOLOGÍA:

La metodología que se utilizará en esta intervención para implementar cada uno de los temas fue la participativa. En la intervención del programa se aplicarán las siguientes técnicas participativas:

- ✓ Debate en grupo
- ✓ Intercambio y perfeccionamiento de idea
- ✓ Utilización de ilustraciones

- ✓ Proyección de videos

10. ESTRUCTURA:

La estructura del programa educativo constará de:

- Presentación.
- Introducción.
- Aplicación del instrumento de evaluación (PRE TEST)
- División al azar de los sujetos tanto para el grupo control como experimental.
- Desarrollo de las sesiones educativa propiamente dicha.
- Aplicación del instrumento de evaluación (POST TEST)
- Despedida y agradecimiento.

11. RESPONSABLE DE LAS SESIONES:

- ✓ Alumna: Maturrano Loza, Fiorella de los Angeles

12. PLANEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES:

SESIÓN N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. **Lugar:** Club de diabéticos e hipertensos “OMAPED” - Chancay

1.3. **Fecha:** 14- 11 -2017

II. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE:

MOMENTOS	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	<p>Presentación de la alumna, justificación de la sesión, presentación del tema a tratar.</p> <p>Se plantean una serie de preguntas en relación a lo que conocen de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué saben sobre el accidente cerebrovascular? • ¿Conocen algunos de los signos y síntomas del accidente cerebrovascular? • ¿Con que otros nombres se conoce al accidente cerebrovascular? • ¿Quiénes pueden desarrollar la enfermedad? • ¿Cuántos tipos de ACV existen? y ¿Cuáles son? • ¿Cómo se puede prevenir la enfermedad? 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector multimedia ➤ Video ➤ Computad ora ➤ Parlantes ➤ Rotafolios ➤ Imágenes ilustrativas <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	10 minutos
PROCESO	<p>Se desarrolla el tema propiamente dicho, ayudado por el proyector multimedia</p> <p>Se explica detenidamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto y denominaciones del accidente cerebrovascular. ➤ Tipos de accidente cerebrovascular. ➤ Signos y síntomas del accidente cerebrovascular. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector multimedia ➤ Video ➤ Computad ora ➤ Parlantes 	30 minutos

	➤ Causas del accidente cerebrovascular.	Humanos: ➤ Pacientes	
SALIDA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Posterior a la exposición de los aspectos generales sobre la enfermedad en mención, se realizó al azar una serie de preguntas en relación a lo explicado. ❖ Cada paciente que respondía de forma correcta era premiado con pequeños regalos obsequiados por la investigadora. ❖ Además se absolvieron las dudas y preguntas de dichos pacientes. ❖ Como medida de agradecimiento y distracción, se sorteó una pequeña canasta entre todos los presentes. 	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Premios sorpresas ➤ Canasta de víveres Humanos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	10 minutos

SESIÓN N° 02

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. **Lugar:** Club de diabéticos e hipertensos “OMAPED” - Chancay

1.3. **Fecha:** 21 – 11 –2017

II. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE:

MOMENTOS	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	Justificación de la sesión, presentación del tema a tratar. Se plantean una serie de preguntas en relación a la forma de prevenir la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se puede prevenir el accidente cerebrovascular? • ¿Cómo deben ser los hábitos alimenticios para prevenir un ACV? • ¿Cómo deben ser los estilos de vida para prevenir un ACV? 	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector multimedia ➤ Video ➤ Computadora ➤ Parlantes 	10 minutos

PROCESO	<p>Se desarrolla el tema propiamente dicho, ayudado por el proyector multimedia Se explica detenidamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención del accidente cerebrovascular ➤ Hábitos alimenticios y estilos de vida en un paciente hipertenso. ➤ Hábitos alimenticios y estilos de vida en un paciente diabético. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector multimedia ➤ Video ➤ Computadora ➤ Parlantes <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	30 minutos
SALIDA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Posterior a la exposición sobre la forma de prevenir la enfermedad en mención, se realizó al azar una serie de preguntas en relación a lo explicado. ❖ Cada paciente que respondía de forma correcta era premiado con pequeños regalos obsequiados por la investigadora. ❖ Además se resolvieron las dudas y preguntas de dichos pacientes. ❖ Como medida de agradecimiento y distracción, se sorteó una pequeña canasta entre todos los presentes. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Premios sorpresas ➤ Canasta de víveres <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	10 minutos

SESIÓN N° 03

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. **Lugar:** Club de diabéticos e hipertensos “OMAPED” - Chancay

1.3. **Fecha:** 22 – 11 –2017

II. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE:

MOMENTOS	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	<p>Justificación de la sesión, presentación del tema a tratar. Se plantean una serie de preguntas en relación a las actitudes y prácticas para prevenir la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo deben ser mis actitudes para prevenir un ACV? • ¿Cómo deben ser mis prácticas diarias para prevenir un ACV? 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector multimedia ➤ Computadora <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	10 minutos
PROCESO	<p>Se desarrolla el tema propiamente dicho, ayudado por el proyector multimedia Se explica detenidamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitudes positivas y actitudes negativas frente al accidente cerebrovascular. ➤ Practicas adecuadas y prácticas inadecuadas frente a la prevención del accidente cerebrovascular. ➤ Además, se realizó lectura y explicación de las preguntas del cuestionario relacionado a dichas variables. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector multimedia ➤ Computadora <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	30 minutos

SALIDA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Posterior a la exposición, se realizó al azar una serie de preguntas en relación a lo explicado. ❖ Cada paciente que respondía de forma correcta era premiado con pequeños regalos obsequiados por la investigadora. ❖ Además se absolvieron las dudas y preguntas de dichos pacientes. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Premios sorpresas <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes 	10 minutos
---------------	---	--	-------------------

SESIÓN N° 04

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. Lugar: Club de diabéticos e hipertensos “OMAPED” - Chancay

1.3. Fecha: 28 – 11 –2017

II. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE:

- ✓ En esta última sesión, se realizó una retroalimentación de lo explicado en cada una de las sesiones anteriores.
- ✓ Se siguieron absolviendo dudas y preguntas.
- ✓ De igual manera se dio lectura del cuestionario sobre conocimiento del accidente cerebrovascular.
- ✓ Se realizó una serie de preguntas y se premió a los que respondían de manera correcta.
- ✓ Al final se agradeció la participación de cada uno de los integrantes del Club.
- ✓ Se dio por finalizada la Intervención Educativa.

ANEXO N° 07: GALERÍA DE FOTOS







MG. MARGARITA BETZABÉ, VELÁSQUEZ OYOLA
ASESORA

JURADO EVALUADOR

DRA. JULIA ROSA, CHÁVEZ PAJARES
PRESIDENTA

M(A). MARÍA ISABEL, CURAY OBALLE
SECRETARIA

LIC. WILDER BUSTAMANTE HOCES
VOCAL