

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA

SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LOS FACTORES
DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDAD
ARTERIOSCLERÓTICA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 15 AÑOS DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA,
TACNA 2020"**

Para obtener el título profesional de médico cirujano

PRESENTADO POR:

CLAUDIA LUCIA LINARES TALAVERA

ASESOR:

DR: AUGUSTO ANTEZANA ROMÁN

TACNA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado principalmente a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi vida y permitir formarme profesionalmente.

A mi madre por ser el apoyo incondicional y el pilar más importante en todas las etapas de mi vida

A mi padre por darme la confianza necesaria para seguir adelante y no detenerme a lograr mis objetivos

A mi abuela que está en cielo, que me brindo parte de su vida mientras crecía y hoy más que siempre la tengo presente en cada instante de mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco principalmente a Dios por haberme dado fuerza espiritual y valor para culminar quizás la mejor etapa de mi vida

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por mi madre, que sin duda alguna ha estado a mi lado dándome las fuerzas necesarias para culminar mis estudios

De la misma manera a mi padre quien ha sido mi ejemplo a seguir y me ha dado la fortaleza que he necesitado día a día en toda esta etapa.

A todos mis familiares que a pesar de no tener mucho tiempo presente, sé que me apoyan y están orgullosos de la persona que soy.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Material y método: Se realizó un trabajo de investigación de tipo observacional prospectivo de corte transversal y analítico, porque no se hizo manipulación de variables y los datos serán recogidos en un solo momento. Se aplicó cuestionarios a las madres de niños menores de 15 años para conocer el nivel de conocimiento y actitud que tenían frente al tema

Resultados: Al comparar las dos principales variables de nuestro estudio, obtuvimos que el 6.75% de la población estudiada tuvo una actitud negativa pero un nivel de conocimiento bueno; el 16.49%, de madres mostraron una actitud negativa, pero regular nivel de conocimiento; el 10% mostraron un conocimiento malo y actitud negativa. En cuanto a las madres que tuvieron una actitud indiferente y buen nivel de conocimiento, esto corresponde al 16.49%; el 7.03% tuvieron un regular conocimiento e indiferente actitud; y el 13.24% de la población estudiada, corresponde a una actitud indiferente y nivel de conocimiento malo. La actitud positiva con nivel de conocimiento bueno, se obtuvo en el 16.76% de madres; actitud positiva con nivel regular, se evidenció en el 3.24% y el 10% actitud positiva y nivel de conocimiento malo.

Conclusiones: Existe asociación estadísticamente significativa entre la actitud y el nivel de conocimiento sobre el riesgo cardiovascular en las madres con hijos menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva

Palabras claves: Madre, niños, conocimiento, actitud, asociación.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between the level of knowledge and attitude about cardiovascular risk factors and arteriosclerotic disease in mothers of children under 15 years of age in the district of Ciudad Nueva, Tacna 2020

Material and method: A prospective observational cross-sectional and analytical research work was carried out, because no manipulation of variables was done and the data will be collected in a single moment. Questionnaires were applied to mothers of children under 15 years of age to know the level of knowledge and attitude they had towards the subject

Results: When comparing the two main variables of our study, we obtained that 6.75% of the studied population had a negative attitude but a good level of knowledge; 16.49% of mothers showed a negative attitude, but a regular level of knowledge; 10% showed bad knowledge and negative attitude. As for the mothers who had an indifferent attitude and a good level of knowledge, this corresponds to 16.49%; 7.03% had a regular knowledge and indifferent attitude; and 13.24% of the studied population corresponds to an indifferent attitude and a bad level of knowledge. The positive attitude with a good level of knowledge was obtained in 16.76% of mothers; positive attitude with a regular level, it was evidenced in 3.24% and 10% positive attitude and bad knowledge level.

Conclusions: There is a statistically significant association between attitude and level of knowledge about cardiovascular risk in mothers with children under 15 years of age in the Ciudad Nueva district

Key words: Mother, children, knowledge, attitude, association.

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	8
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	10
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3.1 Objetivo general	11
1.3.2 Objetivos específicos	11
1.4 JUSTIFICACIÓN	12
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	14
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	14
2.1.1. Internacionales.....	14
2.1.2. Nacionales	19
2.2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.2.1. Enfermedad Cardiovascular (ECV).....	20
2.2.2. Aterosclerosis	22
2.2.3. Obesidad infantil y del adolescente	24
2.2.4. Hábitos de fumar de los padres de niños en edad escolar	25
2.2.5. Factores de riesgo	25
2.3. DEFINICION DE TERMINOS.....	31
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	33

3.1.	HIPÓTESIS.....	33
3.2.	VARIABLES	33
3.2.1.	Operacionalización de variables.....	33
4.	CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
4.2.	ÁMBITO DE ESTUDIO	35
4.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
4.3.1.	Población	35
4.3.2.	Muestra	35
4.4.	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
4.4.1.	Técnica.....	37
4.4.2.	Instrumentos (ver anexos)	37
4.5.	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	38
4.6.	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	39
4.7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
	RESULTADOS	40
	DISCUSIÓN.....	55
	CONCLUSIONES	58
	RECOMENDACIONES	59
	BIBLIOGRAFÍA.....	61
	ANEXOS.....	70
	Anexo N°01.....	71
	Anexo N°02.....	72

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y un factor importante para discapacidad. Existen diversas causales que aumentarían el riesgo de enfermedad cardíaca. A estas se les llaman factores de riesgo. Algunos de ellos no pueden ser controlados, pero hay muchos que sí, fundamentalmente relacionados con nuestro estilo de vida. Aprender sobre ellos podría ayudar en el futuro a la disminución de los riesgos de enfermedad cardíaca. Es crucial reducir esta brecha de conocimiento y aplicar valiosa información para la buena práctica de la salud. La difusión adecuada de la evidencia a los usuarios como las madres, que recientemente se conoce como "traducción del conocimiento", es un medio eficaz para cerrar las brechas de información existentes (1). En el presente estudio se resumirá las principales características sociodemográficas de las madres de hijos de menos de 15 años del distrito de Ciudad Nueva así como se medirá el conocimiento acerca de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en este grupo poblacional; además de cuantificar la actitud frente a esos factores de riesgo y enfermedad arteriosclerótica.

En general, la traducción del conocimiento indica el intercambio significativo de información y se debe dar desde edades tempranas principalmente para una mayor eficacia. Si bien existe literatura que evalúa la transmisibilidad del conocimiento madre – hijo para mejorar la salud; el presente estudio pretende evaluar cuanto saben y cuál es la actitud de las madres en un grupo en el que se podría evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (menores de 15 años).

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud), las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo una causal de mortalidad y discapacidad prematura, en el mundo occidental, y con tasas crecientes a nivel mundial. A nivel mundial hasta octubre del 2019, aproximadamente el 30% de las muertes por año son por ECV y el 80% de esas muertes eran evitables si se modificaban o informaba sobre los factores de riesgo (2,3). Una de las principales razones de la epidemia de ECV es la mayor prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Más del 75% de todas las ECV se atribuyen a 5 factores de riesgo modificables, como el consumo de alcohol, tabaco, la presión arterial alta, los niveles altos de colesterol y la obesidad.

Una manera de prevenir es incidiendo en los factores de riesgo comportamentales, como la obesidad y la inactividad física desde edades muy tempranas. Esa es la verdadera solución (4). Un mejor conocimiento sobre la situación de riesgo podría beneficiar la prevención de la enfermedad cardiovascular especialmente si se inicia en edades tempranas, debido a que el valorar y reconocer la trascendencia de dichos factores contribuiría a la optimización del control de los mismos en el futuro.

Bajo el liderazgo de la OMS, todos los Estados miembros (194 países) acordaron en el 2013 mecanismos globales con el fin de disminuir las Enfermedades No Transmisibles (ENT) con la prevención, incluido un "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020". Un plan que se puso como meta la disminución de la mortalidad

por muerte prematura ENT al 25% para 2025 a través de nueve objetivos globales voluntarios. Dos de los objetivos globales se centran directamente en prevenir y controlar las ECV. (5)

Se debe adoptar un enfoque de riesgo total para la prevención temprana. Desde el año 2015 a través de la ONU se empezaron por establecer objetivos nacionales y evaluar el progreso en las líneas de base al 2010 informadas en el "Informe de estado global sobre enfermedades no transmisibles 2014". La Asamblea General de la ONU convocará para el año 2020 a la tercera reunión de alto nivel sobre ENT con el fin de realizar un balance del progreso nacional en el logro de los objetivos globales voluntarios para 2025. (5)

Pese a las estrategias por mejorar la identificación y las actividades de prevención para el control de los riesgos cardíacos, las enfermedades cardiovasculares continúan mostrando una tendencia al aumento. Las deficiencias en la información y conocimiento sobre los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular podrían estar contribuyendo a esta situación, especialmente en madres cuidadoras.

Potenciar las acciones en el hogar parte primero por conocer qué tanto conocen los padres de cómo cuidar a sus hijos y prevenir los factores modificables. No existen estudios a nivel nacional y menos local al respecto y que puedan orientar el problema en su forma más básica (6).

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Describir las características sociodemográficas de las madres de hijos menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva.
- b. Evaluar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva.
- c. Evaluar la actitud hacia los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva.
- d. Relacionar las características sociodemográficas según el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva.
- e. Relacionar las características sociodemográficas según la actitud hacia los factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arteriosclerótica en madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV), incluidos la enfermedad cardíaca y el derrame cerebral (STROKE), son la principal causa de muerte entre las mujeres latinas (31.5%), superando las tasas para los hombres. El conocimiento de las latinas sobre la ECV puede influir en su adopción de comportamientos de estilo de vida saludable (6). La falta de conocimiento y las percepciones erróneas sobre el riesgo de ECV pueden provocar una falta de búsqueda de prevención con estilos de vida saludable, demora en la búsqueda de tratamiento oportuno y un mayor riesgo de muerte súbita.

La Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos y la Oficina de Salud de la Mujer, han desarrollado iniciativas específicamente para aumentar la comprensión de los latinos sobre las enfermedades cardíacas en las madres. Salud Para Su Corazón (SPSC), diseñado para aumentar el conocimiento sobre los factores de riesgo y los comportamientos saludables para el corazón, fue lanzado hace 2 décadas por American Heart Association (AHA) y continúa hoy con intervenciones dirigidas por promotoras (7).

Es por ello la importancia de este estudio, ya que en la búsqueda realizada, no se encontró literatura nacional sobre el tema. Por lo tanto, con la presente tesis, se puede iniciar una serie de investigaciones que ayuden en la parte de prevención y no sólo en el tratamiento y la recuperación. Resulta también importante mencionar que el conocimiento que tengan las madres de una población en la que se puede prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (menores de 15 años), es importante en el cuidado que tendrán en la concepción de hábitos para un estilo de vida saludable. En la literatura local y regional faltan pruebas sobre la evaluación de las consecuencias sobre las causales de ECV y el rol de los padres en su desarrollo, ya que enfermedades tan prevalentes como la aterosclerosis, se manifiestan en la edad adulta, pero inician su

proceso de desarrollo en la infancia. Por lo que este trabajo tiene como objetivo (a) la aplicación de una herramienta de evaluación para estimar el conocimiento de los factores de riesgo de ECV en madres de niños menores de 15 años y (b) la actitud sobre este grupo de patologías y sus factores de riesgo.

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1. Internacionales

Notara et al., en su estudio “Family characteristics and children's knowledge of cardiovascular risk factors” realizado en Grecia en el año 2018, indica como premisa que la prevención del riesgo cardiovascular debe estar centrado en la realización de estrategias orientadoras. El objetivo del estudio fue conocer las condiciones sociales, económicas y familiares, así como la percepción de los niños y sus padres sobre la ECV. Realizaron una encuesta a 1 728 niños entre 10 a 12 años; recolectaron datos acerca del conocimiento sobre nutrición, ejercicio físico y tabaquismo, y a sus padres se les aplicó un cuestionario. Entre los resultados más importantes, hallaron que existía asociación significativa entre el grado de instrucción del padre y la disfunción familiar con el conocimiento de los niños; también, las familias más numerosas obtuvieron puntuaciones más bajas en el cuestionario de conocimientos. Con estos resultados, los autores indicaron que el ambiente familiar mejora el conocimiento y la percepción sobre la salud cardiovascular. (5)

Vardavas et al. en el año 2007 publicaron un trabajo titulado “Smoking habits of Greek preschool children's parents”; la metodología utilizada fue la aplicación del programa Heart Smart Family Health Promotion, observando que sí se puede utilizar para educar y desarrollar habilidades sobre la salud cardiovascular en las familias. Los autores evidenciaron que los padres de niños con

factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, aumentaron de una manera significativa el conocimiento de la salud, disminuyeron la presión arterial, se volvieron más activos físicamente y disminuyeron su ingesta de grasas totales, grasas saturadas y sodio. Así como la mejora en la salud de los niños. Con esta evidencia concluyeron que el programa de promoción de salud familiar si da resultados positivos en la mejora del conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y puede adaptarse a cualquier entorno clínico o de promoción de la salud. (8)

Kilkenny et al., en su estudio del año 2017 “Knowledge of risk factors for diabetes or cardiovascular disease (CVD) is poor among individuals with risk factors for CVD”, investigaron sobre los conocimientos de factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular realizado en el año 2017 refiere que existe evidencia limitada sobre conocimientos de factores de riesgo de ECV. Entre 4.647 participantes, el 12% tenía ECV (55% hombres, 85% mayores de 55 años), el 47% tenían riesgo de ECV (40% hombres, 72% mayores de 55 años) y el 41% estaban libres de riesgo de ECV (33% hombres, 27% 55 mayores de 55 años). Los participantes con ECV (OR: 0,66; IC del 95%: 0,55 a 0,80) o factores de riesgo de ECV (OR: 0,65; IC del 95%: 0,57 a 0,73) tenían un conocimiento más deficiente de los factores de riesgo de ECV en comparación con aquellos que estaban ECV sin riesgo. Después del ajuste, solo los participantes con factores de riesgo de ECV (OR: 0,80; IC del 95%: 0,69 a 0,93) tenían un conocimiento más deficiente. Los participantes mayores (mayores de 55 años) y los hombres tenían un conocimiento más bajo de los factores de riesgo de diabetes / ECV y las complicaciones de la diabetes. Los participantes con menor

conocimiento de los factores de riesgo eran mayores, con mayor frecuencia hombres. La educación sanitaria en estos grupos de alto riesgo debería ser una prioridad, ya que la diabetes y las enfermedades cardiovasculares están aumentando en prevalencia en todo el mundo. (9)

Awad et al. en su investigación “Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey” realizada en el año 2014 estima que la enfermedad cardiovascular (ECV) causa el 46% de todas las muertes en Kuwait. Por lo que se propuso realizar un análisis de cuánto conocían acerca de los tipos de ECV, los síntomas de advertencia de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular y los factores de riesgo de ECV. Se realizó una encuesta descriptiva transversal utilizando un cuestionario en una muestra de 900 individuos. La tasa de respuesta fue del 90,7%. El conocimiento de los encuestados sobre los tipos de ECV, ataque cardíaco o síntomas de accidente cerebrovascular fue bajo. Casi el 60% de los encuestados no conocía ningún tipo de ECV, y la enfermedad coronaria fue el tipo identificado más común (29.0%). Dos quintos de los participantes no estaban al tanto de ningún síntoma de ataque cardíaco, y los más conocidos fueron dolor en el pecho (50.4%) y dificultad para respirar (48.0%). Aproximadamente la mitad de los encuestados no reconoció ningún síntoma de accidente cerebrovascular, y los más comúnmente reconocidos fueron 'confusión o dificultad para hablar' (36.4%) y 'entumecimiento o debilidad' (34.7%). El conocimiento de los encuestados sobre los factores de riesgo de ECV fue moderado. Los factores más comunes identificados por más de cuatro quintos de los participantes fueron el tabaquismo, la obesidad, la mala

nutrición y la falta de ejercicio físico. Los predictores independientes de un mejor nivel de conocimiento de CVD fueron mujeres, de 50 a 59 años, alto nivel de educación, alimentación regular de dieta saludable y antecedentes familiares de CVD. Existe una aparente necesidad de establecer intervenciones educativas más amplias y efectivas, que deberían ser sensibles a las percepciones, actitudes y habilidades de las personas seleccionadas. (10)

Mazloomly et al. en su estudio “A study of the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the women referred to health centers for cardiovascular disease (CVDs) and their risk factors” realizado en el año 2014 refiere que en la última década, se produjo un aumento general de los factores de riesgo de ECV en la población de 65 años o más, junto con tasas de control subóptimas. Mediante una labor descriptiva y transversal, describieron el conocimiento, actitud y prácticas de la mujer iraní en relación a los riesgos de ECV. Del estudio participaron 200 mujeres entre 15 a 49 años. La información recopilada mediante un cuestionario permitiría medir el conocimiento de CVD en una escala de 0-20, el puntaje promedio de conocimiento fue 10. Más del 76% de los participantes sabían que la CVD es prevenible. Al noventa y uno por ciento le gustaba hacer ejercicio y creía que hacer ejercicio los haría sentir mejor. Los puntajes promedio para las actitudes de los participantes hacia la ECV fueron 30.31 ± 3.21 de 36. Los autores concluyen que existe la necesidad de mejorar el conocimiento general de las madres sobre la enfermedad, debido a las tasas crecientes de ECV en las mujeres. Esto conducirá a mejoras en la actitud y la práctica. Además, aprender en grupos de 12 puede ser un método educativo beneficioso. (11)

Longmuir et al en su investigación “The Canadian Assessment of physical literacy realizada en el año 2015 propuso un modelo teórico y una batería de evaluación, la Evaluación canadiense de alfabetización física (CAPL), para la evaluación de la alfabetización física infantil. El propósito de este estudio fue explorar la evidencia de validez para la CAPL entre los niños en los grados 4 a 6. El CAPL fue completado por 963 niños (55% mujeres) en los grados 4, 5 y 6. Los niños tenían de 8 a 12 años de edad (promedio de 10.1 años), y el 85% de los niños abordados aceptaron participar. Un análisis factorial confirmatorio utilizando datos de 489 niños con puntajes brutos completos apoyó un modelo con cuatro dominios: participación en actividad física (activa y sedentaria), competencia física (aptitud física y motora), motivación y confianza, y conocimiento y comprensión. Los puntajes de dominio sin procesar siguieron los patrones esperados para la edad y el género, proporcionando evidencia de su validez. Las categorías interpretativas, desarrolladas a partir de datos normativos ajustados por edad y género, no se asociaron con la edad, lo que indica que el CAPL es adecuado para su uso en este rango de edad. El género de los niños se asoció con la competencia física, motivación y participación en las puntuaciones del dominio de la actividad física, lo que indica que se requiere más investigación con respecto al ajuste de género de las puntuaciones brutas de CAPL. El dominio CAPL y los puntajes totales se asociaron estadísticamente de manera significativa con las calificaciones de los maestros sobre la motivación, las actitudes, el estado físico, la habilidad y la actividad física general del niño. (12)

Aminde et al. en su investigación “population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon” estima que hay datos limitados sobre el conocimiento entre la población general en África subsahariana con respecto a las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo por lo que se realizó un estudio transversal basado en la comunidad realizado en 2016 entre adultos seleccionados al azar (> 18 años). Los datos sobre las características sociodemográficas, el conocimiento sobre los tipos de ECV, sus factores de riesgo y las señales de advertencia de eventos de ECV (accidente cerebrovascular y ataque cardíaco) se obtuvieron mediante un cuestionario autoadministrado. De los 1162 participantes (61.7% mujeres, edad media 32 años), 52.5% tenían un conocimiento general deficiente (puntaje promedio 12.1 sobre un total de 25) en ECV con solo aproximadamente una cuarta parte identificando correctamente los tipos de ECV. En general, 36, 63 y 45% desconocían los factores de riesgo de ECV, signos de advertencia de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular, respectivamente. (13)

2.1.2. Nacionales

No existen experiencias nacionales en revistas indizadas o repositorios institucionales que aborden el problema enfocado en el presente estudio.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Enfermedad Cardiovascular (ECV)

Aquellos trastornos que sufren los vasos sanguíneos y el corazón, se denomina como enfermedades cardiovasculares (ECV) (2). Ese conjunto de enfermedades puede darse de la siguiente manera:

- a. La enfermedad coronaria: comprende los trastornos de los vasos sanguíneos que son los que se encargan de la irrigación del músculo cardíaco;
- b. La enfermedad cerebrovascular: se diferencia de la anterior porque se refiere a una entidad que afecta los vasos cerebrales, los cuales no pueden desempeñar una función adecuada y por ende no hay una buena irrigación;
- c. La enfermedad arterial periférica: allí existen trastornos en la irrigación de vasos sanguíneos de los brazos y las piernas;
- d. Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar: existe presencia de coágulos sanguíneos en las venas de las piernas, que pueden desalojarse y dirigirse hasta el corazón y pulmón.

Los accidentes cerebrovasculares como los infartos cardíacos suelen ser eventos agudos provocados primordialmente por la obstrucción de una arteria, que no deja circular la sangre hasta el corazón o al cerebro. El motivo más frecuente son los acúmulos de depósitos grasos en las paredes internas de las venas que abastecen el corazón o el cerebro (aterosclerosis). También los derrames cerebrales suelen ser provocados por sangrado de los vasos sanguíneos en el cerebro o por coágulos sanguíneos. La causa de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular sería por la presencia de un combinado entre factor de riesgo (consumo de tabaco, una dieta poco saludable

y la obesidad, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, la hipertensión, la diabetes) y la hiperlipidemia. (2)

2.2.1.1.Epidemiología y realidad actual

Al menos el 75% de las muertes mundiales por enfermedad cerebrovascular ocurren en países con bajo y mediano ingreso. Las personas de estos países por lo general no cuentan con los beneficios de programas integrados en la atención primaria de salud para la detección temprana y la terapia de las personas con factores de riesgo en comparación con las personas en los países de altos ingresos (2,14). Las personas en los países de bajos y medianos ingresos que padecen ECV y otras ENT, carecen del acceso a la atención primaria de manera eficaz y equitativa y que responda a cada una de sus necesidades. Y por consecuencia en estos países de bajo y mediano ingreso se presentan con enfermedades en fase bastante avanzadas, ya que no se detectaron a tiempo, por ende, la tasa de fallecimientos en personas jóvenes aún donde las causales son las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, con mucha frecuencia en la etapa más productiva de sus vidas.

2.2.1.2.Acciones preventivas

La OMS ha identificado intervenciones que pueden implementarse incluso en entornos de bajos recursos para la prevención y el control de enfermedades cardiovasculares. (2)

- a. Difundir políticas integrales de control del tabaco, especialmente en jóvenes.
- b. Disminuir el consumo de azúcar, sal y grasas, e implementar políticas orientadas a la madre de familia.
- c. Difundir la importancia del ejercicio físico.
- d. Implementar estrategias orientadas a la disminución del consumo de alcohol.
- e. Proporcionar comidas escolares saludables a los niños.

Como se podrá apreciar, gran parte de estas medidas difundidas por la OMS, están bajo la orientación principalmente de la madre y padre en el hogar. Desde edades tempranas se debe impartir las acciones de prevención y ser más eficaces en el futuro.

2.2.2. Aterosclerosis

2.2.2.1. Definición

Aunque la aterosclerosis aparece en la edad adulta, está bien documentado que tiene una larga fase de desarrollo asintomática, que comienza temprano en la vida y más específicamente durante la infancia (15). Los cambios fisiopatológicos iniciales de la aterosclerosis comienzan durante la infancia y la adolescencia debido a la exposición temprana de factores de riesgo como el tabaco, la falta de ejercicio, la mala nutrición, el consumir alcohol y la hipertensión. Estos factores de riesgo que se adoptan durante la infancia y la adolescencia están determinados principalmente por patrones de comportamiento, y a menudo siguen a cada individuo hasta su vida adulta (16). Por lo tanto, las intervenciones oportunas para prevenir las enfermedades cardiovasculares son de gran importancia ya

que es más fácil establecer comportamientos deseables durante su inicio en lugar de cambiar los adoptados existentes (17). Los padres, las comunidades escolares, el personal asistencial de salud pública deben promover estilos de vida más saludables en niños y jóvenes, para evitar la aparición de ECV. (18)

2.2.2.2. Signos y síntomas

La enfermedad propiamente dicha es asintomática; sin embargo, las manifestaciones se pueden asociar con la arteria que se ha obstruido por la placa formada en ella. Así podemos tener síntomas comunes como una angina de pecho o problemas médicos que ponen en riesgo la vida de una persona como el infarto agudo de miocardio (en este caso estarían afectadas las arterias coronarias) o un accidente cerebro vascular (ramas de las arterias carótidas serían las afectadas); también pueden manifestarse signos de una enfermedad arterial periférica o una enfermedad renal crónica (arteria renal afectada) (19).

2.2.2.3. Factores desencadenantes

Otros factores que contribuyen a formar placas son (20):

- ➔ Diabetes
- ➔ Presión arterial alta
- ➔ Falta de ejercicio (sedentarismo)
- ➔ Sobrepeso u obesidad
- ➔ Tabaquismo

2.2.3. Obesidad infantil y del adolescente

2.2.3.1. Definición

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. (21)

2.2.3.2. Realidad actual

La obesidad, donde la característica es la presencia de abundante de tejido adiposo, en particular se constituye en un riesgo de salud en crecimiento para los niños y adolescentes de todo el mundo. Las adversidades que la condición de obeso produce en la niñez implica o justifica que se haga necesario la búsqueda de estrategias preventivas eficientes, entre los que podemos contar, como el educar a las madres y alertarlas sobre la importancia de los signos de alarma y factores de riesgo para la salud cardiovascular. La obesidad de los niños está influenciada por factores ambientales seleccionados, como el nivel de educación de los padres, la inclinación familiar a la obesidad y los hábitos de salud. (22)

2.2.4. Hábitos de fumar de los padres de niños en edad escolar

Fumar es una importante amenaza para la salud pública y se ha caracterizado como la causa del mayor número de muertes prevenibles en todo el mundo (23). La prevalencia del tabaquismo difiere según el lugar de residencia, y se encuentra que los adolescentes de 15 años tienen una prevalencia de tabaquismo más alta (32%) en contraste con el número de fumadores donde solo el 10% fuma diariamente (24). Por ejemplo, se hizo un estudio de cohorte griega de la Encuesta mundial sobre el tabaco entre los jóvenes de 13 a 15 años y se encontró que el 32,2% había fumado alguna vez y aproximadamente 1 de cada 4 fumadores había comenzado a fumar antes de los 10 años. (25)

Los padres pueden afectar la salud y el estilo de vida de sus hijos a través de la enseñanza temprana, ya sea positiva o negativamente, al influir en sus actitudes hacia la salud y el abuso de sustancias. Los padres, amigos cercanos y hermanos mayores pueden potencialmente influenciar a los niños a fumar. La exposición a los hábitos de fumar de sus padres puede llevar a los adolescentes a desarrollar la percepción de que fumar es un comportamiento normal del adulto. Se ha encontrado que los estados de fumar paternos y maternos son fuertes predictores no solo del inicio del tabaquismo infantil (8), sino también de la transición desde el inicio al consumo mensual y luego al consumo diario de cigarrillos.

2.2.5. Factores de riesgo

La epidemiología de los factores de riesgo implica el estudio de la frecuencia de la enfermedad y sus determinantes dentro de la población. En 1930 se comenzó a postular algunas causas de enfermedad cardiovascular y desde 1950, diversos estudios

buscaron aclarar las causales de la enfermedad cardiovascular. Luego los estudios de salud de Framingham determinaron a la presión arterial y a los niveles altos de colesterol como los factores que ayudaban al desarrollo de enfermedad cardiovascular. Hoy en día, los factores de riesgos se definen como aquellas características asociadas causalmente y en mayor proporción y como predictor significativo para presentar riesgo para la enfermedad. De ahí el interés por su análisis predictivo y de las implicancias para prevenir enfermedades. (26)

2.2.5.1.Lípidos

Cuando comenzaron los estudios epidemiológicos, había alguna evidencia previa que sugería una relación entre el colesterol total y la aterosclerosis basada en estudios en animales y observaciones clínicas. Esta asociación fue confirmada por estudios epidemiológicos que muestran una fuerte relación entre el colesterol total en suero y el riesgo cardiovascular (27). Mientras tanto, otros estudios comenzaron a destacar el hecho de que las personas con niveles altos de HDL tenían menos probabilidades de presentar ECV que las personas con niveles bajos de HDL. Fue solo después de la publicación de los resultados del Cooperative Lipoprotein Study y el Framingham Heart Study que HDL-C fue aceptado como un factor importante relacionado con la prevención de la aterosclerosis. En consecuencia, elevar los niveles de colesterol HDL (HDL-C) se ha convertido en una estrategia terapéutica aceptada para disminuir la tasa de incidencia de ECV. Las investigaciones confirmaron a los como el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), y que también se asoció directamente

con la ECV, además, los niveles de colesterol LDL son buenos predictores principalmente en la juventud (27).

2.2.5.2.Hipertensión

En 1948 se pensó que la presión arterial alta era necesaria para forzar la sangre a través de las arterias rígidas de las personas mayores y que era un elemento normal del envejecimiento, por lo tanto, se consideró apropiado ignorar las elevaciones lábiles y sistólicas de la presión arterial y la hipertensión sistólica aislada fue rara vez se considera en serio (28). Los investigadores de Framingham disiparon estos mitos e informaron que la presión arterial estaba directamente asociada con el riesgo cardiovascular, independientemente de cuán lábil era (29). Además, se informó que la hipertensión sistólica aislada también era un poderoso predictor de enfermedad cardiovascular (30). Otro resultado relevante es el que muestra, Framingham en sus investigaciones epidemiológicas demostraron que la presión sistólica y diastólica estaban asociadas con los resultados cardiovasculares, este fue un estudio de cohorte prospectivo con un seguimiento medio de 11,7 años. Los sujetos eran un grupo de 18,682 hombres estadounidenses aparentemente sanos, de 40 a 84 años, que participaban en el Physicians 'Health Study, un ensayo aleatorio de dosis bajas de aspirina y betacaroteno. Las principales medidas de resultado fueron enfermedad cardiovascular total, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, muerte cardiovascular y mortalidad por todas las causas. La hipertensión se asoció con un riesgo sustancialmente mayor de enfermedad cardiovascular total (31). Inclusive los niveles de presión

arterial alta-normal se asociaron para riesgo de enfermedad cardiovascular (32). Para la población que se encuentra en un intervalo de edad de 40 - 70 años de edad, el aumento de 20 mm Hg en la presión arterial sistólica o 10 mm Hg en la presión arterial diastólica duplica el riesgo de ECV (33).

2.2.5.3.Fumar

Anteriormente los estudios realizados por Framingham, decían que el hecho de fumar no se reconocía como un factor real para enfermedad cardíaca; incluso la American Heart Association dio a conocer mediante un informe en el año 1956 que no había evidencias para concluir una relación de causalidad entre el tabaquismo y la incidencia de ECV (34). Pero los resultados de una investigación entre Framingham junto con el Estudio del Centro de Salud Cardiovascular de Albany demostraron que el hecho de ser fumador representaba mayor riesgo para sufrir infarto de miocardio o muerte súbita (35). E incluso las evidencias especificaban el riesgo en relación al número de cigarrillos fumados cada día, y los exfumadores tenían una morbilidad y mortalidad ECV similares a los que nunca fumaron (36).

2.2.5.4.Diabetes

La enfermedad cerebrovascular registra evidencias asociadas a la diabetes en 2 a 3 veces más probabilidad (37), y el riesgo crece en las mujeres con respecto a los varones (38); el ser intolerante a la glucosa significa un riesgo de 1.5 veces más de desarrollar enfermedad cardiovascular. La hipertrigliceridemia, bajo nivel de HDL-C, presión arterial alta y obesidad, que generalmente preceden al inicio de la

diabetes (39). Sugiriendo que la resistencia insulínica son un proceso frecuente para estos factores de riesgo (40), cuya asociación se conoce como síndrome metabólico, al momento siguen existiendo dudas sobre el proceso a seguir para el diagnóstico (41).

2.2.5.5. Actividad Física

Desde que Morris et al (42) publicara en el año 1953, varias investigaciones de corte epidemiológico han confirmado una asociación entre la inactividad física y la EVC (43). Comparando a individuos activos versus individuos sedentarios el riesgo relativo es de 1.9 (IC del 95% 1.6 -2.2) (43). En un estudio reciente se llegó a la conclusión que existen diferencias en los factores de riesgo y explican la gran frecuencia (59.0%) de la relación inversamente proporcional entre la actividad física y la ECV. Los biomarcadores inflamatorios/hemostáticos, seguidos de la presión arterial, el índice de masa corporal, la hemoglobina y la diabetes son identificados como indicadores de riesgo para ECV (44). Y recomiendan la actividad física que es un elemento importante a considerar en las políticas de prevención principalmente en adultos, ancianos, y niños. (45)

2.2.5.6. Obesidad

El trastorno metabólico como ha sido asociada a la presentación de diversas comorbilidades para ECV como son por ejemplo la apnea del sueño, el cáncer, y la diabetes tipo 2, pero al mismo tiempo la obesidad se constituye en un factor de riesgo, por sí solo para mortalidad por todas las

causas (46,47), Ya los investigadores de Framingham desde hace 40 años atrás la habían identificado como una relación directa y significativa (48). Además, que, por las diversas circunstancias de alteración del perfil metabólico, habría consecuencias en la estructura y función cardíaca a medida que la obesidad va en aumento. Similar a los datos observados con LDL-C y que respaldan la creencia en que el desarrollo de la aterosclerosis debe verse como la continuación de un proceso temprano y continuo, un estudio reciente informó que un IMC más alto durante la infancia se asocia con un mayor riesgo de CHD en la etapa de la adultez. Esa relación al parecer es cada vez más fuerte en los niños con respecto a las niñas e iría en aumento conforme se hace más adulto (49). Así la clave para prevenir enfermedades cardiovasculares se recomienda acciones control del peso tanto en la etapa de la niñez como en la etapa adulta (50).

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

2.3.1. Enfermedad cerebrovascular (ECV)

Medline Plus, la define como un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben a la aterosclerosis. Esta afección ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes del vaso sanguíneo (arteria). Esta acumulación se llama placa. Con el tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas en todo el cuerpo. Si una arteria resulta obstruida, esto puede llevar a que se presente un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

2.3.2. Lipoproteína de alta densidad (HDL)

Según DeCs, es una clase de lipoproteínas que suele dividirse en HDL2 y HDL3 y en la variante menor HDL1. La HDL estimula el transporte de colesterol desde el tejido extrahepático al hígado para su excreción en la bilis. Es sintetizada por el hígado en forma de partículas "HDL nacientes" discoidales que carecen de núcleo central lipídico, acumulan un núcleo central de ésteres de colesterol durante el transporte inverso de colesterol y los transfieren al hígado directa o indirectamente por medio de otras lipoproteínas. La HDL vehicula apolipoproteínas C-II y E hacia y desde las lipoproteínas ricas en triglicéridos durante el catabolismo de las lipoproteínas. El colesterol HDL del suero se ha correlacionado negativamente con la enfermedad cardíaca coronaria prematura.

2.3.3. Lipoproteína de baja densidad (LDL)

Según DeCs, es una clase de lipoproteínas responsable del transporte de colesterol a los tejidos extrahepáticos. Se forma en la circulación cuando las proteínas de muy baja densidad son

degradadas inicialmente a lipoproteínas de densidad intermedia y después a LDL por la ganancia y la pérdida de apolipoproteínas específicas y la pérdida de la mayor parte de sus triglicéridos. Es captada y metabolizada por el hígado y por los tejidos extrahepáticos mediante endocitosis específica mediada por receptor.

2.3.4. Enfermedad cardíaca coronaria (CDH)

Medlina Plus, indica que es el tipo más común de enfermedad cardíaca y sucede cuando se acumula placa en las arterias que conducen al corazón. También se llama arteriopatía coronaria (CAD, por sus siglas en inglés). Cuando se estrechan las arterias, el corazón no puede recibir suficiente sangre y oxígeno. Una arteria bloqueada puede causar un ataque cardíaco. Con el tiempo, la CHD puede debilitar el miocardio y provocar insuficiencia cardíaca o arritmias.

2.3.5. Enfermedades no transmisibles (ENT)

Según DeCs, son las enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.

3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

Este estudio no consigna hipótesis por tratarse de un estudio observacional

3.2. VARIABLES

3.2.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Años	1. < de 20 2. 20 a 29 3. 30 a 39 4. 40 a 49 5. 50 a 59 6. > de 59	Razón
Estado civil	Condición civil	1. Casada 2. Divorciada 3. Separada 4. Conviviente 5. Viuda	Nominal
Nivel de instrucción	Último grado de estudios alcanzado	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior	Nominal
Número de hijos menores de 15 años	Hijos vivos a cargo o bajo responsabilidad	1. 1 a 2 2. 3 a 4 3. 5 a más	Razón

Lugar de procedencia	Residencia de los 2 últimos años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tacna 2. Puno 3. Arequipa 4. Lima 5. Otro_____ 	Nominal
Ocupación de la madre	Ejercicio laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Su casa 2. Obrero independiente 3. Obrero dependiente 4. Profesional independiente 5. Profesional dependiente 6. Sin ocupación 	
Nivel de conocimientos	Medición del conocimiento sobre enfermedad cardiovascular y factores de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malo 2. Bueno 3. Regular 	Ordinal
Actitud	Test actitudinal frente a factores de riesgo CVC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud positiva 2. Actitud indiferente 3. Actitud negativa 	Ordinal

4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un trabajo de investigación de tipo observacional prospectivo de corte transversal y analítico, porque no se hizo manipulación de variables y los datos serán recogidos en un solo momento.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La población estudiada fue del distrito Ciudad Nueva, se trata de uno de los 11 distritos de la Provincia de Tacna, departamento de Tacna. Tiene una extensión de 410.66 HA. y ubicado a 650 m.s.n.m, siendo en su totalidad conformada por una población urbana.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

La población de hogares del distrito de ciudad nueva es aproximadamente de 12, 000.

4.3.2. Muestra

El muestreo se realizó en dos etapas, considerándose primariamente el domicilio y luego la presencia de las madres con hijos menores de 15 años. El muestreo en la primera etapa fue por conglomerados, donde cada manzana se comportó como un conglomerado.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_{α} = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 12000 hogares
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%

$$n = 370$$

En el hogar se seleccionó a la madre del hogar que cumpla los siguientes criterios:

4.3.2.1.Criterios de inclusión

- a. Madres con residencia en distrito de Ciudad Nueva mayor a 6 meses
- b. Nacionalidad peruana
- c. De toda edad
- d. Madre esposa o compañera de jefe de hogar, en actual convivencia o no.
- e. Madre con tutela de niños menores de 15 años
- f. Viudas

4.3.2.2. Criterios de exclusión

- a. Madres que no consientan ser parte del estudio
- b. Madres con patología crónica o enfermedad incapacitante

4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. Técnica

Entrevista de intervención.

4.4.2. Instrumentos (ver anexos)

4.4.2.1. Ficha sociodemográfica y laboral

Se trata de instrumento que indagó los antecedentes personales de la población estudiada, características familiares, económicas, educaciones, y laborales

4.4.2.2. Instrumento de conocimientos de enfermedad cardiovascular, factores de riesgo y actitud. (51)

Cuestionario validado para América Latina. Consta de

1ra. Parte: reactivos para conocimientos y percepción del riesgo.

2da Parte: reactivos de actitud

La validación del instrumento fue realizada por Agudelo Gutiérrez et al., el procedimiento que se detalla en su tesis de grado, constó de una revisión por juicio de expertos y mediante la aplicación a diferentes personas de un Test y

retest, para demostrar que posterior a la explicación había mejor comprensión de las preguntas.

Antes de aplicar el instrumento en la población estudiada, se realizó una prueba piloto para hallar la consistencia interna mediante la prueba Alfa de Chronbach. El piloto fue realizado en 30 madres y el valor fue de 0.72; lo que nos daba una consistencia interna buena para la aplicación del estudio.

En el instrumento inicial, se indica que se deben trabajar las variables en tres categorías; sin embargo, no indican los puntos de corte para cada categoría. En el presente trabajo se asignó un puntaje de 1 (uno) a cada pregunta y se generó una tabla de frecuencia para observar los porcentajes acumulados de los resultados obtenidos; posteriormente se procedió a generar las categorías por **TERCILES**, de tal forma que se obtuvo para el nivel de conocimiento, malo (valores ubicados hasta el percentil 33), regular (valores mayores al percentil 33 hasta el percentil 66) y bueno (valores mayores al percentil 66). La misma metodología se empleó para poder categorizar en negativa, indiferente y positiva a la variable actitud.

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Posterior a solicitar a la municipalidad los croquis del distrito, para el recojo de datos se procedió a realizar el muestreo en dos etapas, la primera por zona geográfica, y luego sorteando las casas a las cuales se aplicarían el instrumento. Con la información recolectada se elaboró una hoja de cálculo y luego una base de datos para su respectivo análisis.

4.6. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos se codificarán en EXCEL. Se utilizaron pruebas univariadas para determinar las principales variables relacionadas. Seleccionadas estas, se utilizó el análisis bivariado con ajuste de muestra. La prueba de Chi cuadrado para el contraste de las variables cualitativas obtenidas de los test de actitud y nivel de conocimientos. Se considerará un valor p significativo menor a 0.05.

4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por un dictaminador institucional de la Universidad Privada de Tacna.

Todas las madres que participaron en el estudio fueron informadas sobre la importancia del estudio e indicando que el inicio de llenado de los test era prueba de su participación voluntaria.

Se mantuvo absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas y los resultados de la investigación son absolutamente científicos.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la población se presentan en la Tabla 1:

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Características sociodemográficas	N	%
Edad		
Menor de 20 años	13	3.51
De 20 a 29 años	49	13.24
De 30 a 39 años	111	30.00
De 40 a 49 años	86	23.24
De 50 a 59 años	99	26.76
Mayor de 60 años	12	3.24
Estado civil		
Casada	148	40.00
Divorciada	25	6.76
Separada	111	30.00
Conviviente	74	20.00
Viuda	12	3.24
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	0	0.00
Primaria incompleta	0	0.00
Primaria completa	50	13.51
Secundaria incompleta	12	3.24
Secundaria completa	173	46.76
Superior incompleta	49	13.24
Superior completa	86	23.24

Tabla 1 (continuación). Distribución de las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Número de hijos menores de 15 años		
1 a 2 hijos	234	63.24
3 a 4 hijos	136	36.76
Más de 5 hijos	0	0.00
Lugar de procedencia		
Tacna	210	56.76
Arequipa	62	16.76
Puno	74	20.00
Lima	0	0.00
Otro	24	6.49
Ocupación de la madre		
Su casa	210	56.76
Obrero independiente	99	26.76
Obrero dependiente	25	6.76
Profesional independiente	12	3.24
Profesional dependiente	24	6.49
Total	370	100.0

Fuente. Elaboración propia

La población estudiada en un 30% estuvo comprendida por madres de 30 a 39 años, seguida del grupo de madres de 50 a 59 años con un 26.76% y en tercer lugar las madres de 40 a 49 años; en cuanto al estado civil, el 40% estaban casadas, el 30% eran separadas y el 20% eran convivientes; el 46.76% indicó que tenía secundaria completa, el 23.24% superior completa y alrededor del 13% primaria completa y superior incompleta; respecto al número de hijos menores de 15 años, el 63.24% tenía de 1 a 2 hijos y el 36.76% de 3 a 4 hijos; procedentes de Tacna fueron el 56.76% de madres, de Puno en un 20% y de Arequipa en un 16.76%; la madre de los hogares entrevistados, tenía como principal ocupación su casa con un 56.76% y obrero independiente con un 26.76%.

Para evaluar el conocimiento de la población estudiada se presenta la tabla 2. La que enuncia los resultados sobre el nivel de conocimiento luego de analizar los resultados obtenidos:

Tabla 2. Distribución de categorías del nivel de conocimiento en sus dimensiones y en general de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Nivel de conocimiento sobre riesgo cardiovascular	N	%
Enfermedades cardiovasculares		
Malo	74	20.00
Regular	148	40.00
Bueno	148	40.00
Factores de riesgo		
Malo	111	30.00
Regular	49	13.24
Bueno	210	56.76
Riesgo cardiovascular		
Malo	135	36.49
Regular	173	46.76
Bueno	62	16.76
Nivel de conocimiento general		
Malo	123	33.24
Regular	99	26.76
Bueno	148	40.00
Total	370	100.0

Fuente. Elaboración propia

El nivel de conocimiento de la población respecto a enfermedades cardiovasculares fue malo en un 20%, regular en el 40% y bueno en el mismo porcentaje; sobre los factores de riesgo un 30% malo, regular en el 13.24% y bueno en el 56.76% de los casos; sobre riesgo cardiovascular un 36.49% malo 46.74% regular y sólo un 16.76% fue bueno; en relación al nivel de conocimiento general, fue malo en un 33.24%, regular en un 26.76% y bueno en un 40%.

En cuanto a la evaluación de la actitud la tabla 3 muestra los resultados de las categorías para esta variable:

Tabla 3. Actitud sobre riesgo cardiovascular de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Actitud sobre riesgo cardiovascular	n	%
Negativa	123	33.24
Indiferente	136	36.76
Positiva	111	30.00
Total	370	100.0

Fuente. Elaboración propia

La actitud fue categorizada en negativa, que obtuvo un 33.24%; indiferente, con un 36.76% y buena cuyo porcentaje fue del 30%.

La siguiente tabla, muestra tanto la relación porcentual y la relación estadística entre el nivel de conocimiento y las diferentes características sociodemográficas de la población en estudio:

Tabla 4. Distribución del nivel de conocimiento y las características sociodemográficas de las madres con niños menores de 15 años del Distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Características Sociodemográficas	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	N	%	n	%	n	%		
EDAD								
Menor de 20 años	0	0.00	0	0.00	13	100.00	13	100.0
20 a 29 años	12	24.49	25	51.02	12	24.49	49	100.0
De 30 a 39 años	37	33.33	25	22.52	49	44.14	111	100.0
De 40 a 49 años	37	43.02	25	29.07	24	27.91	86	100.0
De 50 a 59 años	62	62.63	24	24.24	13	13.13	99	100.0
De 60 a más años	0	0.00	0	0.00	12	100.00	12	100.0
ESTADO CIVIL								
Casada	62	41.89	37	25.00	49	33.11	148	100.0
Divorciada	25	100.00	0	0.00	0	0.00	25	100.0
Separada	37	33.33	37	33.33	37	33.34	111	100.0
Conviviente	25	33.78	25	33.78	24	33.43	74	100.0
Viuda	0	0.00	0	0.00	12	100.00	12	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Primaria completa	12	24.00	13	26.00	25	50.00	50	100.0
Secundaria incompleta	0	0.00	12	100.00	0	0.00	12	100.0
Secundaria completa	62	35.84	62	35.84	49	28.32	173	100.0
Superior incompleta	37	75.51	0	0.00	12	24.49	49	100.0
Superior completa	37	43.02	12	13.95	37	43.02	86	100.0

N° DE HIJOS MENORES DE 15 AÑOS								
De 1 a 2 hijos	74	31.62	74	31.62	86	36.75	234	100.0
De 3 a 4 hijos	74	54.41	25	18.38	37	27.21	136	100.0
PROCEDENCIA								
Tacna	74	35.24	62	29.52	74	35.24	210	100.0
Arequipa	25	40.32	0	0.00	37	59.68	62	100.0
Puno	37	50.00	25	33.78	12	16.22	74	100.0
Otro	12	50.00	12	50.00	0	0.00	24	100.0
OCUPACION DE LA MADRE								
Su casa	62	29.52	62	29.52	86	40.95	210	100.0
Obrero independiente	62	62.63	12	12.12	25	25.25	99	100.0
Obrero dependiente	0	0.00	25	100.00	0	0.00	25	100.0
Profesional independiente	0	0.00	0	0.00	12	100.0	12	100.0
Profesional dependiente	24	100.00	0	0.00	0	0.00	24	100.0
Total	148	40.00	99	26.76	123	33.24	370	100.0

Fuente. Elaboración propia

De las madres menores de 20 años, el 100% tuvo un conocimiento malo; del grupo de 20 a 29 años, el 24.49% obtuvo resultados tanto buenos como malos, y el 51.02% regular; del grupo de 30 a 39 años, el 33.33% tuvo buen nivel de conocimiento, el 22.52% regular y el 44.14% malo; entre las madres de 40 a 49 años, se evaluaron como bueno, el 43.02%, regular el 29.07% y 27.91% malo; de 50 a 59 años, el 62.63% calificó como bueno, el 24.24% como regular y el 13.13% como malo; por último, las madres de 60 años a más, el 100% calificaron con nivel de conocimiento malo.

La prueba estadística para evaluar la asociación de variables categóricas es el chi cuadrado; sin embargo, los valores esperados en el 27.78% de las celdas fue menor de 5, es por tal motivo que se utilizó en este caso el test exacto de Fisher. El resultado indica que si existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de conocimiento. ($\chi^2 = 97.06$; $p < 0.001$)

En cuanto a la distribución del nivel de conocimiento según el estado civil, el 41.89% de las casadas tiene nivel de conocimiento bueno; en las divorciadas el 100% también fue bueno; entre las separadas, el 33.33% se representó en las tres categorías; y las viudas el 100% tuvo nivel de conocimiento malo.

El 20% de los valores esperados en esta tabla resultaron menores de 5; por lo tanto, la prueba utilizada para verificar si existe asociación estadísticamente significativa es chi cuadrado; el resultado indica que esta asociación si es muy significativa ($\chi^2 = 67.01$; $p = 0.001$)

Las madres que tuvieron primaria completa, el 50% calificó con nivel de conocimiento malo, en secundaria incompleta el 100% calificó como regular; las madres con secundaria completa, en un 35.84% calificaron como bueno y regular; y un 28.32% como malo; el 75.51% de las madres con educación superior incompleta, tuvieron buen nivel de conocimiento; y el 43.02% de

madres con grado superior completo, obtuvieron tanto bueno como malo nivel de conocimiento, siendo en este grupo el 13.95% calificado como regular.

El valor p hallado mediante la prueba chi cuadrado, para estas variables (grado de instrucción y nivel de conocimiento), es muy significativo; indicando que si existe asociación entre las variables. ($X^2 = 85.25$; $p < 0.001$)

Las madres con 1 o 2 hijos, tuvieron un nivel de conocimiento bueno en un 31.62%, regular en el mismo porcentaje y malo en un 36.75%; las que tenían de 3 a 4 hijos, calificaron como bueno en un 54.41%, regular en un 18.38 y un 27.21% malo.

Al aplicar la prueba de chi cuadrado, nos indica que existe una asociación muy significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimiento. ($X^2 = 19.16$; $p < 0.001$)

En relación al lugar de procedencia 35.24%, 35.24% y 29.52% de los de Tacna, tuvieron un bueno, malo, y regular nivel de conocimiento, respectivamente; las madres procedentes de Arequipa en un 59.68% tuvieron nivel de conocimiento malo; el 50% de las madres procedentes de Puno y de otros lugares, calificaron con buen conocimiento.

El valor p en este caso nos indica una asociación estadísticamente significativa para las variables lugar de procedencia y nivel de conocimiento. ($X^2 = 54.76$; $p < 0.001$)

En cuanto a la distribución del nivel de conocimiento según la ocupación de la madre, el 40.95% de las que se dedicaban al hogar, su conocimiento fue malo, el 29.52% regular y el mismo porcentaje para el bueno; el 62.63% de las que trabajan como obreras independientes, tuvieron un buen nivel de conocimiento y el 25.25% malo; el 100% de las que se desempeñaban como obreras dependientes tuvieron regular nivel de conocimiento; las profesionales

independientes puntuaron como mal nivel de conocimiento y las profesionales dependientes como bueno en un 100% en ambos casos.

El chi cuadrado para esta tabla cruzada es de 161.15, con un valor $p < 0.001$; esto nos muestra la asociación muy significativa entre estas dos variables. ($\chi^2 = 19.16; p = < 0.001$)

Para presentar los resultados de la relación porcentual y estadística de la actitud de las madres y las características sociodemográficas se hizo la siguiente tabla

Tabla 5. Distribución de la actitud sobre el riesgo cardiovascular según las características sociodemográficas de las madres con niños menores de 15 años del Distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Características Sociodemográficas	Actitud sobre el riesgo cardiovascular						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva		n	%
	N	%	N	%	n	%		
EDAD								
Menor de 20 años	0	0.00	13	100.00	0	0.00	13	100.0
De 20 a 29 años	25	51.02	24	48.98	0	0.00	49	100.0
De 30 a 39 años	37	33.33	37	33.33	37	33.34	111	100.0
De 40 a 49 años	25	29.07	37	43.02	24	27.91	86	100.0
De 50 a 59 años	24	24.24	25	25.25	50	50.51	99	100.0
De 60 a más años	12	100.00	0	0.00	0	0.00	12	100.0
ESTADO CIVIL								
Casada	74	50.00	37	25.00	37	25.00	148	100.0
Divorciada	0	0.00	25	100.00	0	0.00	25	100.0
Separada	24	21.62	37	33.33	50	45.05	111	100.0
Conviviente	25	33.78	37	50.00	12	16.22	74	100.0
Viuda	0	0.00	0	0.00	12	100.00	12	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Primaria completa	37	74.00	0	0.00	13	26.00	50	100.0
Secundaria incompleta	0	0.00	12	100.00	0	0.00	12	100.0
Secundaria completa	37	21.39	75	43.35	61	35.26	173	100.0
Superior incompleta	25	51.02	24	48.98	0	0.00	49	100.0
Superior completa	24	27.91	25	29.07	37	43.02	86	100.0
Total	123	33.24	136	36.76	111	30.00	370	100.0

N° DE HIJOS								
De 1 a 2 hijos	62	26.50	98	41.88	74	31.62	234	100.0
De 3 a 4 hijos	61	44.85	38	27.94	37	27.21	136	100.0
PROCEDENCIA								
Tacna	86	40.95	99	47.14	25	11.90	210	100.0
Arequipa	12	19.35	13	20.97	37	59.68	62	100.0
Puno	25	33.78	0	0.00	49	66.22	74	100.0
Otro	0	0.00	24	100.00	0	0.00	24	100.0
OCUPACION DE LA MADRE								
Su casa	86	40.95	62	29.52	62	29.52	210	100.0
Obrero independiente	25	25.25	62	62.63	12	12.12	99	100.0
Obrero dependiente	12	48.00	0	0.00	13	52.00	25	100.0
Profesional independiente	0	0.00	0	0.00	12	100.00	12	100.0
Profesional dependiente	0	0.00	12	50.00	12	50.00	24	100.0
Total	123	33.24	136	36.76	111	30.00	370	100.0

En cuanto a la actitud mostrada sobre el riesgo cardiovascular, el 100% de las madres menores de 20 años, se mostraron indiferentes; el grupo de madres de 20 a 29 años el 51.02% tuvo actitud negativa y el 48.98% indiferente; el 33.33% se distribuyó entre las tres categorías de la variable actitud en el grupo de 30 a 39 años; el 29.07% de las madres por 40 a 49 años, mostraron actitud negativa, el 43.02% indiferente y el 27.91% positiva; en el grupo de 50 a 59 años, el 50.51% tuvieron actitud positiva; el 100% de las madres mayores de 60 años, tuvieron una actitud negativa.

El valor p fue menor de 0.001, lo que nos indica que existe una asociación estadísticamente muy significativa entre las variables edad y actitud. ($\chi^2 = 89.93; p \leq 0.001$)

En el grupo de casadas, el 50% tuvo una actitud negativa, y el 25% actitud indiferente y positiva; el 100% de las divorciadas, tuvieron actitud indiferente; el 45.05% de madres separadas, tuvo una actitud positiva, el 33.33% indiferente y el 21.62% negativa; el 50% de las madres convivientes, tuvieron una actitud indiferente, el 33.78% actitud negativa y el 16.22% positiva; las madres que eran viudas mostraron una actitud positiva en el 100% de casos.

Al utilizar la prueba estadística de chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables, encontramos que hay significancia estadística entre la actitud y el estado civil. ($\chi^2 = 111.78; p < 0.001$)

El 74% de las madres con primaria completa, tuvieron una actitud negativa respecto al riesgo cardiovascular; el 100% de las madres con secundaria incompleta, tuvieron una actitud indiferente; en las que tenían secundaria completa, el 21.39% mostraron una actitud negativa, el 43.35% indiferente y el 35.26% positiva; el 51.02% de las madres con estudios superiores incompletos, mostraron una actitud negativa; en cuanto a las madres con estudios superiores completos, el 27.91% tuvieron una actitud negativa, el 29.07% indiferente y un 43.02% positiva.

Se encontró un valor p muy significativo, lo que indica asociación estadística para el grado de instrucción y la actitud sobre los factores de riesgo cardiovasculares. ($\chi^2 = 103.57; p < 0.001$)

Las madres con 1 a 2 hijos menores de 15 años, mostraron en un 26.50% una actitud negativa, el 41.88% indiferente y el 31.62% positiva; el grupo de madres con 3 a 4 hijos, tuvieron una actitud negativa en el 44.85% de los casos, indiferente en un 27.94% y positiva en el 27.21% de los casos.

Al evaluar con la prueba de chi cuadrado las variables, se encontró que existe una asociación estadísticamente muy significativa. ($\chi^2 = 13.83; p < 0.001$)

De las madres procedentes de Tacna, el 40.95% mostraron una actitud negativa, el 47.14% indiferente y el 11.90% positiva; las procedentes de Arequipa,

mostraron en el 19.35% una actitud negativa, en el 20.97% indiferente y en el 59.68% positiva; las madres procedentes de Puno, en un 33.78% tuvieron una actitud negativa, y en un 66.22% positiva; en cuanto a las madres de otros lugares, el 100% mostraron una actitud indiferente.

El lugar de procedencia y la actitud resultaron tener una asociación estadísticamente muy significativa. ($\chi^2 = 159.70$; $p < 0.001$)

Las madres que solo estaban en su casa, mostraron una actitud negativa en el 40.95% de los casos, indiferente en el 29.52% y positiva en el mismo porcentaje; las que eran obreras independientes, en un 62.63% mostraron una actitud indiferente; el 52% de las obreras dependientes, tuvieron una actitud positiva; el 100% de las profesionales independientes, mostraron una actitud positiva y el 50% de las profesionales dependientes se distribuyeron entre las actitudes indiferente y positiva.

La asociación entre la ocupación de la madre y la actitud, fue estadísticamente muy significativa. ($\chi^2 = 92.42$; $p < 0.001$)

El objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres, esto se plasmó en la tabla 6

Tabla 56. Distribución del nivel de conocimiento y la actitud sobre el riesgo cardiovascular

Nivel de conocimiento	Actitud de riesgo cardiovascular						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Bueno	25	6.75	61	16.49	62	16.76	148	40.00
Regular	61	16.49	26	7.03	12	3.24	99	26.76
Malo	37	10.00	49	13.24	37	10.00	123	33.24
Total	123	33.24	136	36.76	111	30.00	370	100.0

$X^2 = 57.86; p = 0.001$

Fuente. Elaboración propia

Al comparar las dos principales variables de nuestro estudio, obtuvimos que el 6.75% de la población estudiada tuvo una actitud negativa pero un nivel de conocimiento bueno; el 16.49%, de madres mostraron una actitud negativa, pero regular nivel de conocimiento; el 10% mostraron un conocimiento malo y actitud negativa. En cuanto a las madres que tuvieron una actitud indiferente y buen nivel de conocimiento, esto corresponde al 16.49%; el 7.03% tuvieron un regular conocimiento e indiferente actitud; y el 13.24% de la población estudiada, corresponde a una actitud indiferente y nivel de conocimiento malo. La actitud positiva con nivel de conocimiento bueno, se obtuvo en el 16.76% de madres; actitud positiva con nivel regular, se evidenció en el 3.24% y el 10% actitud positiva y nivel de conocimiento malo.

Al evaluar mediante la prueba de chi cuadrado la asociación entre las dos variables principales del estudio; encontramos que existe significancia estadística para dicha relación. ($p < 0.001$).

DISCUSIÓN

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de morbimortalidad actualmente, está dentro de las enfermedades conocidas como crónicas no transmisibles, y junto con la obesidad, el cáncer y la diabetes tipo 2, representan la mayor causa de mortalidad en el mundo. Las investigaciones que permiten ver cómo la población en general se comporta y conoce las enfermedades, son la principal arma que tienen las autoridades para estructurar o afianzar las estrategias sanitarias de medicina preventiva.

La tercera parte de la población estudiada son madres de familia entre 30 a 39 años, con algún hijo menor de 15 años; el 40% estuvieron casadas, casi el 50% tiene secundaria completa, son procedentes de Tacna en aproximadamente el 60%, tienen de 1 a 2 hijos en casi el 65% de los casos y 6 de cada 10 mujeres se dedican al hogar. Estas características pueden tener semejanza con el estudio de Notara et al y Mazloomi et al (5,11); ya que en estos trabajos se entrevistaron a familias y padres respectivamente. La principal diferencia es que a los participantes se les dividió en grupos teniendo en cuenta la presencia de enfermedad o riesgo cardiovascular y en la presente tesis, se realizó la entrevista en hogares sin tener en cuenta este parámetro.

El nivel de conocimiento fue categorizado en malo en 1 de cada 3 madres; regular en aproximadamente 2 de cada 10 y bueno en algo menos del 50%. La actitud evaluada en la población, fue definida en poblaciones homogéneas en las tres categorías, negativa, indiferente y positiva. Estos hallazgos si bien no fueron en una población equivalente, ya que en el trabajo de Notara et al (5), se realizó preguntas a todos los miembros de la familia (principal limitación de este estudio); aquí hallaron que el núcleo familiar bien constituido si se relacionaba con mejor conocimiento y mejor comportamiento frente al riesgo cardiovascular. Saboya Más (52), también realizó un trabajo sobre conocimientos y halló que el nivel regular fue el más frecuente entre los adultos

jóvenes (30 a 39 años), este hallazgo se contrapone a lo hallado en el estudio, ya que se encontró que el nivel de conocimiento regular se distribuye entre el 20% y 25%. Por otro lado, Areiza M et al (53), evidenció que menos del 45% de la población con una media de edad de 62 años (mayor que la población de la presente tesis), tenía un adecuado conocimiento, lo cual se asoció significativamente con la práctica de actividad física.

Se relacionaron las diferentes características sociodemográficas obtenidas con el nivel de conocimiento; obteniendo que, los extremos de la población, es decir, madres menores de 20 años y mayores de 60 años, tuvieron bajo nivel de conocimiento. Esto puede coincidir con el hallazgo de Kilkenny et al (9), ya que indicaron que las personas con mayor riesgo, lo que se puede interpretar que pueden ser mayores, presentaban menor nivel de conocimiento que otros grupos. En el presente trabajo de investigación también se halló que, entre las madres de 50 a 59 años se reportó el mejor nivel de conocimiento con 6 de cada 10 madres con este rango de edad; entre las demás categorías de edad, los porcentajes se dividieron equitativamente. Este hallazgo del grupo comprendido entre 50 a 59 años, también lo reportó Awal en el 2014 (10), en que encontró que esta edad exactamente, consistía en un predictor de mejor nivel de conocimiento independientemente de tener o no factores de riesgo cardiovascular asociados en la población de estudio.

No existió un patrón porcentual en cuanto al grado de instrucción y al estado civil; sin embargo, las madres con mayor número de hijos tuvieron mejor conocimiento acerca del riesgo cardiovascular y las madres procedentes de Puno y otros lugares fueron las que mejor puntaje tuvieron en este test. Además, 1 de cada 4 madres que se dedicaban al hogar, obtuvieron nivel de conocimiento bajo y los obreros independientes fueron los que mejores conocimientos tenían en más del 50% de los casos. No se encontraron estudios que compararan la procedencia, ni comparación de otras variables sociodemográficas. Sin embargo, Vardavas et al (8), encontró que las

intervenciones, que son una recomendación que haremos más adelante en el trabajo, si mejoran el conocimiento de estas enfermedades crónicas.

En cuanto a la actitud, es importante señalar que las madres mayores de 60 años, mostraron una actitud negativa respecto al tema; así como la relación significativa que existe entre la actitud y el lugar de procedencia, las madres que venían de Arequipa y Puno mostraron una actitud positiva en el 40% y 50%. Finalmente se evidenció que los profesionales tanto dependientes como independientes, tuvieron una mejor actitud.

Por último, en el presente trabajo de investigación encontramos asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento y actitud sobre los factores de riesgo cardiovascular respectivamente. Esto es similar a lo que Areiza M. et al (53) encontraron en cuanto al conocimiento y en ese caso también se asoció el conocimiento a la práctica de actividad física. Algo importante es que se encontraron estudios en diferentes poblaciones que evaluaban conocimiento y actitud sobre los factores de riesgo cardiovascular; sin embargo, ninguno que hayamos podido encontrar en la búsqueda relacionó estas variables, los estudios sólo se limitaron a describir los resultados (8,9,51,52,53).

CONCLUSIONES

El mayor grupo de madres según la edad fue el de 30 a 39 años, seguida del de 50 a 59 años (30% y 26.76% respectivamente); el 40% de las madres eran casadas, la mayoría tenía secundaria completa (46.76%); con 1 a 2 hijos (63.24%); la procedencia en un 56.76% fue de Tacna; y la madre se dedicaba a los quehaceres del hogar (56.76%).

El conocimiento de las madres fue malo en un 33.24%, regular en un 26.76% y bueno en el 40% de los casos.

La actitud fue negativa en el 33.24% de los casos, en un 36.76% indiferente y positiva en el 30% de la población estudiada

Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento de las madres.

Existe asociación muy significativa entre las variables sociodemográficas (edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia, ocupación de la madre) y la actitud sobre los factores de riesgo cardiovascular en la población estudiada.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la actitud y el nivel de conocimiento sobre el riesgo cardiovascular en las madres con hijos menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva

RECOMENDACIONES

1. El haber encontrado relación estadísticamente significativa en el presente estudio, indica que los determinantes sociales como la edad, el lugar de procedencia y la ocupación; juegan un papel preponderante en la información que puedan buscar las personas y la actitud con la que reflexionan acerca de las enfermedades cardiovasculares. Un estudio intervencionista en donde se imparta educación sobre el tema y se evalúe desarrollo de enfermedades cardiovasculares podría fortalecer la información obtenida en este trabajo de investigación.
2. Las variables sociodemográficas como edad de la madre, grado de instrucción, estado civil y ocupación; constituyen un importante indicador en cuanto a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles; se debe instaurar o mejorar las políticas de difusión en el primer nivel de atención para así reducir la brecha en el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.
3. El nivel de conocimiento fue menor del 50% de la población total y fue en grupos como madres jóvenes, profesionales y viudas donde se reflejaron resultados negativos. Esto indica que se requiere elaborar una estrategia orientada a grupos de población específica, realizar educación a través del primer nivel de atención para madres jóvenes, a cuidadores y/o niñeras, porque en un hogar con una madre profesional, es quien se hace cargo de la alimentación del niño; y que el soporte psicológico que se le brinda a la madre que pierde a su pareja, sea también orientado en parte a la prevención de enfermedades crónicas.
4. La actitud negativa se evidenció en grupos especiales de la población en estudio, madres casadas, con primaria completa, mayores de 60 años y/o procedentes de Tacna. Con esta información se podría llevar a cabo diferentes campañas de concientización sobre los peligros de las

enfermedades crónicas, para empezar a cambiar la actitud en nuestra población, y estos resultados no son ajenos a lo que dicen otras investigaciones, que somos la primera ciudad con obesidad infantil a nivel nacional.

5. La distribución porcentual similar que se encontró entre la actitud y el nivel de conocimiento, indica que la modificación de uno, conlleva a la modificación del otro. Por tal motivo, el realizar educación activa principalmente en el primer nivel de atención en el tema no sólo de enfermedades cardiovasculares, sino de enfermedades crónicas, las cuales se inician con los malos hábitos en la infancia y perduran por el poco conocimiento de los padres o mala actitud de los mismos; y se evidencian en los niños que se vuelven adultos, es algo en lo que se debería invertir tanto esfuerzo de los profesionales de la salud y presupuesto por parte de las autoridades competentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shommu NS, Turin TC. Knowledge Translation for Cardiovascular Disease Research and Management in Japan. *J Atheroscler Thromb* [Internet]. 1 de septiembre de 2017;24(9):877-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28757537>
2. OMS. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. Washington, D.C.: OPS, 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51482?locale-attribute=es>
4. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. World Health Organization (in Collaboration with the World Heart Federation and World Stroke Organization), Geneva. 2011. [Last accessed on 2017 Nov 30].
5. WHO | Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. WHO. [citado 6 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
6. Notara V, Antonogeorgos G, Kordoni M-E, Sakellari E, Prapas C, Velentza A, et al. Family characteristics and children's knowledge of cardiovascular risk factors. *Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc* [Internet]. diciembre de 2018;60(12):1081-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30290032>
7. WRITING GROUP MEMBERS, Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, et al. Heart disease and stroke statistics--2010

- update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 23 de febrero de 2010;121(7):e46-215. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20019324/>
8. Alcalay R, Alvarado M, Balcazar H, Newman E, Ortiz G. Evaluation of a Community-Based Latino Heart Disease Prevention Program in Metropolitan Washington D.C. *Int Q Community Health Educ* [Internet]. 1 de octubre de 1999 [citado 10 de diciembre de 2019];19(3):191-204. Disponible en: <https://doi.org/10.2190/ED8T-V0MM-VYJR-PDXV>
 9. Vardavas CI, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Niaounaki D, Linardakis MK, Kafatos AG. Smoking habits of Greek preschool children's parents. *BMC Public Health* [Internet]. 14 de junio de 2007 [citado 6 de diciembre de 2019];7:112. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904208/>
 10. Kilkenny MF, Dunstan L, Busingye D, Purvis T, Reyneke M, Orgill M, et al. Knowledge of risk factors for diabetes or cardiovascular disease (CVD) is poor among individuals with risk factors for CVD. *PLoS ONE* [Internet]. 28 de febrero de 2017 [citado 10 de diciembre de 2019];12(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330511/>
 11. Awad A, Al-Nafisi H. Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* [Internet]. 4 de noviembre de 2014;14:1131. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367768>
 12. Mazloomi SS, Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH, Baghianimoghadam B, Mazidi M, Mozayan MR. A study of the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the women referred to health centers for cardiovascular disease (CVDs) and their risk factors.

- Health Care Women Int [Internet]. enero de 2014;35(1):50-9.
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367768>
13. Longmuir PE, Boyer C, Lloyd M, Yang Y, Boiarskaia E, Zhu W, et al. The Canadian Assessment of Physical Literacy: methods for children in grades 4 to 6 (8 to 12 years). BMC Public Health [Internet]. 11 de agosto de 2015;15:767. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26260572>
14. Aminde LN, Takah N, Ngwasiri C, Noubiap JJ, Tindong M, Dzudie A, et al. Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. BMC Public Health [Internet]. 05 de 2017;17(1):545. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28583117>
15. Awad A, Al-Nafisi H. Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. BMC Public Health [Internet]. 4 de noviembre de 2014 [citado 5 de diciembre de 2019];14(1):1131. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1131>
16. Hong YM. Atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. Korean Circ J. enero de 2010;40(1):1-9.
17. McGill HC, McMahan CA, Herderick EE, Malcom GT, Tracy RE, Strong JP. Origin of atherosclerosis in childhood and adolescence. Am J Clin Nutr. 2000;72(5 Suppl):1307S-1315S.
18. Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. Circulation [Internet]. 8 de noviembre de 2011;124(19):2145-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22064958/>
19. Notara V, Antonogeorgos G, Prapas C, Velentza A, Kordoni M-E, Manifava E, et al. Gender impact on children's knowledge and

- perceptions regarding cardiovascular disease risk factors: A school-based survey in Greece. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 6 de diciembre de 2019];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6089039/>.
20. National Heart, Lung and Blood Institute, NIH [Internet]. Atherosclerosis. 2018. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/atherosclerosis>.
21. MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Atherosclerosis. 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000171.htm>.
22. World Health Organization [Internet]. Obesidad, WHO. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>.
23. Weker H. [Simple obesity in children. A study on the role of nutritional factors]. *Med Wieku Rozwoj* [Internet]. marzo de 2006;10(1):3-191. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16733288>
24. WHO | The first session of the Conference of the Parties to the

WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. WHO. [citado 6 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/fctc/cop/en/>
25. Kokkevi A, Terzidou M, Politikou K, Stefanis C. Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de febrero de 2000;58(1-2):181-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10669070/>
26. Kyrlesi A, Soteriades ES, Warren CW, Kremastinou J, Papastergiou P, Jones NR, et al. Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health* [Internet]. 8 de enero de 2007;7:3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17207291/>

27. O'Donnell CJ, Elosua R. Cardiovascular Risk Factors. Insights From Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol Engl Ed [Internet]. 1 de marzo de 2008 [citado 10 de diciembre de 2019];61(3):299-310. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/en-cardiovascular-risk-factors-insights-from-articulo-13117552>
28. Kannel WB, Castelli WP, Gordon T. Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease. New perspectives based on the Framingham study. Ann Intern Med. enero de 1979;90(1):85-91.
29. Grau M, Subirana I, Elosua R, Solanas P, Ramos R, Masiá R, et al. Trends in cardiovascular risk factor prevalence (1995-2000-2005) in northeastern Spain. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol [Internet]. octubre de 2007;14(5):653-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17925624>
30. Kannel WB, Sorlie P, Gordon T. Labile hypertension: a faulty concept? The Framingham study. Circulation [Internet]. junio de 1980;61(6):1183-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7371131>
31. Kannel WB, Dawber TR, McGee DL. Perspectives on systolic hypertension. The Framingham study. Circulation [Internet]. junio de 1980;61(6):1179-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7371130>
32. O'Donnell CJ, Ridker PM, Glynn RJ, Berger K, Ajani U, Manson JE, et al. Hypertension and borderline isolated systolic hypertension increase risks of cardiovascular disease and mortality in male physicians. Circulation [Internet]. 4 de marzo de 1997;95(5):1132-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9054841>

33. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* [Internet]. 1 de noviembre de 2001;345(18):1291-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11794147>
34. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 14 de diciembre de 2002;360(9349):1903-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12493255>
35. Cigarette smoking and cardiovascular diseases: report of the American Heart Association. *Circulation* 1960;22 Suppl 12:160-6.
36. Doyle JT, Dawber TR, Kannel WB, Heslin AS, Kahn HA. Cigarette smoking and coronary heart disease. Combined experience of the Albany and Framingham studies. *N Engl J Med* [Internet]. 19 de abril de 1962;266:796-801. Disponible en: Cigarette smoking and cardiovascular diseases: report of the American Heart Association. *Circulation* 1960;22 Suppl 12:160-6.
37. Doyle JT, Dawber TR, Kannel WB, Heslin AS, Kahn HA. Cigarette smoking and coronary heart disease. Combined experience of the Albany and Framingham studies. *N Engl J Med* [Internet]. 19 de abril de 1962;266:796-801. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13887664>
38. Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. *JAMA* [Internet]. 24 de noviembre de 2004;292(20):2495-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15562129>

39. Goldschmid MG, Barrett-Connor E, Edelstein SL, Wingard DL, Cohn BA, Herman WH. Dyslipidemia and ischemic heart disease mortality among men and women with diabetes. *Circulation* [Internet]. marzo de 1994;89(3):991-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8124839>
40. Wilson PW, McGee DL, Kannel WB. Obesity, very low density lipoproteins, and glucose intolerance over fourteen years: The Framingham Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. noviembre de 1981;114(5):697-704. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7304597>
41. Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* [Internet]. diciembre de 1988;37(12):1595-607. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3056758>
42. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M, American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. septiembre de 2005;28(9):2289-304. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16123508>
43. Brahams D. Postoperative monitoring in patients with muscular dystrophy. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 28 de octubre de 1989;2(8670):1053-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2572792>
44. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* [Internet]. octubre de 1990;132(4):612-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2144946>

45. Mora S, Cook N, Buring JE, Ridker PM, Lee I-M. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. *Circulation* [Internet]. 6 de noviembre de 2014;116(19):2110-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17967770>
46. Pate RR, Davis MG, Robinson TN, Stone EJ, McKenzie TL, Young JC, et al. Promoting physical activity in children and youth: a leadership role for schools: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Physical Activity Committee) in collaboration with the Councils on Cardiovascular Disease in the Young and Cardiovascular Nursing. *Circulation* [Internet]. 12 de septiembre de 2006;114(11):1214-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16908770>
47. Engeland A, Bjørge T, Sjøgaard AJ, Tverdal A. Body mass index in adolescence in relation to total mortality: 32-year follow-up of 227,000 Norwegian boys and girls. *Am J Epidemiol* [Internet]. 15 de marzo de 2003;157(6):517-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12631541>
48. Jee SH, Sull JW, Park J, Lee S-Y, Ohrr H, Guallar E, et al. Body-mass index and mortality in Korean men and women. *N Engl J Med* [Internet]. 24 de agosto de 2006;355(8):779-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16926276>
49. Kannel WB, LeBauer EJ, Dawber TR, McNamara PM. Relation of body weight to development of coronary heart disease. The Framingham study. *Circulation* [Internet]. abril de 1967;35(4):734-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6024013>
50. Baker JL, Olsen LW, Sørensen TIA. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* [Internet].

6 de diciembre de 2007;357(23):2329-37. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057335>

51. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* [Internet]. 2 de diciembre de 2003;139(11):930-2. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14644896>
52. Gutiérrez OAA, Bastidas YM, Díaz BIC. Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo cardiovascular en personal administrativo de la Universidad Surcolombiana en el año 2013. 2013;84.
53. Saboya Más D. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y conocimiento sobre complicaciones en adultos jóvenes. *Cuid Salud Kawsayninchis*. 2017;3(1):257-66.
54. Areiza M, Osorio E, Ceballos M, Amariles P. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Rev Colomb Cardiol*. abril de 2018;25(2):162-8.

ANEXOS

Anexo N°01

CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR(14)

EDAD:

1. < de 20 años
2. 20 a 29 años
3. 30 a 39 años
4. 40 a 49 años
5. 50 a 59 años
6. 60 a mas años

ESTADO CIVIL:

1. Casada
2. Divorciada
3. Separada
4. Conviviente
5. Viuda

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

1. Sin instrucción
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Superior completa
7. Superior incompleta

NUMERO DE HUJOS MENORES DE 15 AÑOS:

1. 1 a 2 hijos
2. 3 a 4 hijos
3. 5 a más hijos

LUGAR DE PROCEDENCIA:

1. Tacna
2. Arequipa
3. Puno
4. Lima
5. Otro _____

OCUPACION DEL PADRE:

1. Su casa
2. Obrero independiente
3. Obrero dependiente
4. Profesional independiente
5. Profesional dependiente
6. Sin ocupacion

OCUPACION DE LA MADRE:

1. Su casa
2. Obrero independiente
3. Obrero dependiente
4. Profesional independiente
5. Profesional dependiente
6. Sin ocupacion

Anexo N°02

POR FAVOR MARQUE (√) LA RESPUESTA QUE REFLEJA MÁS APROPIADAMENTE SU OPINIÓN

PARTE 01

¿Cuál de los siguientes crees que son tipos de enfermedades cardiovasculares?

		1 Si	2	3 No lo se
--	--	-------------	----------	-------------------

			No	
P01_1	Enfermedad coronaria	1	2	3
P01_2	Enfermedad cerebrovascular	1	2	3
P01_3	Enfermedad arterial periférica	1	2	3
P01_4	Cardiopatía reumática	1	2	3
P01_5	Cardiopatía congénita	1	2	3
P01_6	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.	1	2	3

¿Cuál de las siguientes opciones cree que puede poner a alguien en alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares?

		Si	No	No lo se
P01_7	Fumar	1	2	3
P01_8	Dieta poco saludable como las dietas ricas en grasas saturadas, colesterol y sal.	1	2	3
P01_9	Inactividad física (falta de ejercicio)	1	2	3
P01_10	Obesidad	1	2	3
P01_11	Estrés	1	2	3
P01_12	Antecedentes familiares positivos de enfermedad cardiovascular.	1	2	3
P01_13	Niveles altos de colesterol	1	2	3
P01_14	Hipertensión	1	2	3
P01_15	Diabetes	1	2	3

P1 ¿Qué es a enfermedad cardiovascular?

- 1 Enfermedad que afecta arterias, venas, corazón y otros órganos
- 2 Es una inflamación del corazón
- 3 Una infección de las arterias y venas que puede afectar órganos importantes como corazón y cerebro

P2 ¿Cuál de las siguientes es una enfermedad cardiovascular?

- 1 Infarto de corazón, trombosis en el cerebro
- 2 Osteoporosis, triglicéridos altos
- 3 Pancreatitis, diabetes

- 4 Hipertensión arterial, anemia

P3 ¿Considera que Riesgo cardiovascular es?

- 1 La probabilidad elevada de presentar una enfermedad cardiovascular
- 2 La muerte de una parte del tejido producida por el taponamiento de una arteria de corazón
- 3 La probabilidad disminuida de presentar una enfermedad cardiovascular

P4 ¿Cuáles de estos son riesgos cardiovasculares?

- 1 Diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, colesterol y triglicéridos aumentados en sangre
- 2 Infarto del corazón, anemia, diabetes, leucemia
- 3 Trombosis en el cerebro, gastritis, diabetes

P5 ¿Cuál de los siguientes riesgos cardiovasculares no se pudo modificar?

- 1 Edad, sexo, raza, herencia familiar
- 2 Obesidad, diabetes, sedentarismo, sexo
- 3 Hipertensión arterial, alcoholismo, edad, tabaquismo

P6 ¿Cuál de los siguientes riesgos cardiovasculares se puede modificar con acciones que realice la persona?

- 1 Obesidad, diabetes, sedentarismo, hipertensión arterial
- 2 Edad, sexo, raza, herencia familiar, alcoholismo
- 3 Obesidad, diabetes, sexo, sedentarismo, herencia familiar

PARTE 02: ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD

CARDIOVASCULAR

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2 = En desacuerdo
- 3= Medianamente en desacuerdo
- 4 = Deacuerdo.
- 5= Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
El consumir exageradamente azucres predispone a una diabetes que conlleve a una enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4	5
El consumo no excesivo de sal predispone a padecer de hipertensión arterial que conlleve a una enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4	5
El consumo de bebidas alcohólicas puede llevar a enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4	5
Usted no tiene una alimentación saludable.	1	2	3	4	5
El fumar puede llevar a padecer una Enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4	5
El consumir frutas y verduras no previenen una enfermedad cardiovascular.	1	2	3	4	5
Realizar ejercicio puede prevenir una Enfermedad Cardiovascular.	1	2	3	4	5
Se debe mantener un estilo de vida saludable pero soy una persona que no lo hace	1	2	3	4	5

Anexo N°03

Tabla 6. Distribución de respuestas sobre conocimiento de enfermedades cardiovasculares de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

¿Conoce si las siguientes son enfermedades cardiovasculares?	n	%
Enfermedad coronaria		
Si	197	53.24
No	74	20.00
No sabe	99	26.76
Enfermedad cerebrovascular		
Si	296	80.0
No	25	6.76
No sabe	49	13.24
Enfermedad arterial periférica		
Si	296	80.0
No	25	6.76
No sabe	49	13.24
Cardiopatía reumática		
Si	160	43.24
No	99	26.76
No sabe	111	30.00
Cardiopatía congénita		
Si	271	73.24
No	37	10.00
No sabe	62	16.76
Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar		
Si	247	66.76
No	61	16.49
No sabe	62	16.76
Total	370	100.0

Sobre si las madres reconocen las enfermedades que pertenecen al grupo de ECV, se evaluó mediante preguntas de si se consideraba o no como enfermedad cardiovascular la alternativa mencionada; en ese sentido, el 53.24% indicó que la enfermedad coronaria si pertenecía a este tipo de patologías, el 20% que no y el 26.76% no sabía la respuesta; el 80% consideró dentro de este grupo a la enfermedad cerebrovascular y a la enfermedad arterial periférica, el 6.76% no lo hizo y el 13.24% no sabía la respuesta en ambos casos; la cardiopatía reumática fue considerada en un 43.24%, el 26.76% como que no lo es y un 30% no sabía la respuesta; las cardiopatías congénitas, fueron consideradas como enfermedades cardiovasculares en un 73.24%, el 10% como que no lo era y el 16.76% no sabía la respuesta; en relación a la trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, el 66.76% consideró que si es una enfermedad cardiovascular, el 16.49% que no y el 16.76% no sabía la respuesta.

Tabla 7. Distribución de respuestas sobre conocimiento de factores de riesgo cardiovascular de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Factores de riesgo cardiovascular (conocimiento)	N	%
Fumar		
Si	333	90.00
No	97	10.00
No sabe	0	0.00
Dieta poco saludable (altas en grasas saturadas, colesterol y sal)		
Si	370	100.0
No	0	0.00
No sabe	0	0.00
Inactividad física (falta de ejercicio)		
Si	345	93.24
No	25	6.76
No sabe	0	0.00
Obesidad		
Si	345	93.24
No	25	6.76
No sabe	0	0.00
Estrés		
Si	259	70.00
No	74	20.00
No sabe	37	10.00
Antecedentes familiares positivos de enfermedad cardiovascular		
Si	296	80.00
No	62	16.76
No sabe	12	3.24

Tabla 18 (continuación). Distribución de respuestas sobre conocimiento de factores de riesgo cardiovascular de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Niveles altos de colesterol		
Si	333	90.0
No	25	6.76
No sabe	12	3.24
Hipertensión		
Si	333	90.00
No	97	10.00
No sabe	0	0.00
Diabetes		
Si	296	80.00
No	37	10.00
No sabe	37	10.00
Total	370	100.0

Los factores de riesgo se evaluaron de manera similar al punto anterior, las madres consideraban, no consideraban o no sabían si era un factor de riesgo. El fumar lo consideraron en un 90% que si era, y el 10% que no; una dieta poco saludable, fue considerada en un 100% como factor de riesgo; respecto a la inactividad física un 93.24% consideró que si, y un 6.76% que no; iguales porcentajes obtuvo la obesidad y un 70% consideró que el estrés era un factor de riesgo.

Tabla 8. Distribución de respuestas sobre conocimientos de riesgo cardiovascular de las madres de niños menores de 15 años del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2020

Conocimiento de riesgo cardiovascular	n	%
¿Qué es una enfermedad cardiovascular?		
Enfermedad que afecta arterias, venas, corazón y otros órganos	222	60.00
Es una inflamación del corazón	25	6.76
Una infección de las arterias y venas que pueden afectar órganos importantes como el corazón y cerebro	123	33.24
¿Cuál de las siguientes es una enfermedad cardiovascular?		
Infarto de corazón, trombosis en el cerebro	308	83.24
Osteoporosis, triglicéridos altos	0	0.00
Pancreatitis, diabetes	12	3.24
Hipertensión arterial, anemia	50	13.51
¿Considera que riesgo cardiovascular es?		
La probabilidad elevada de presentar una enfermedad cardiovascular	185	50.00
La muerte de una parte del tejido producida por el taponamiento de una arteria del corazón	136	36.76
La probabilidad disminuida de presentar una enfermedad cardiovascular	49	13.24
¿Cuáles de estos son riesgos cardiovasculares?		
Diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, colesterol y triglicéridos aumentados en sangre	222	60.0
Infarto del corazón, anemia, diabetes, leucemia	111	30.0
Trombosis en el cerebro, gastritis, diabetes	37	10.0
¿Cuál de los siguientes riesgos cardiovasculares no se pueden modificar?		
Edad, sexo, raza, herencia familiar	272	73.51
Obesidad, diabetes, sedentarismo, sexo	74	20.00
Hipertensión arterial, alcoholismo, edad, tabaquismo	24	6.49
¿Cuál de los siguientes riesgos cardiovasculares se pueden modificar?		
Obesidad, diabetes, sedentarismo, hipertensión arterial	308	83.24
Edad, sexo, raza, herencia familiar, alcoholismo	13	3.51
Obesidad, diabetes, sexo, sedentarismo, herencia familiar	49	13.24
Total	370	100.0

Posteriormente se hicieron seis preguntas sobre el riesgo cardiovascular. La primera pregunta sobre la definición de una enfermedad cardiovascular, el 60% respondió correctamente, el 6.76% piensa que es una inflamación y el 33.24% respondió que es una infección de arterias y venas; respecto a cuáles se consideraban ejemplos de enfermedades cardiovasculares, el 83.24% indicó que el infarto y la trombosis en el cerebro, el 3.24% consideró como ejemplos la pancreatitis y la diabetes, y el 13.51% a la hipertensión arterial y la anemia; respecto a la definición de riesgo cardiovascular, el 50% respondió correctamente, el 36.76% considera que es la muerte de un tejido por obstrucción arterial y el 13.24% considera que es la probabilidad disminuida de presentar una enfermedad cardiovascular. Los riesgos cardiovasculares fueron identificados en un 60% correctamente; el 73.51% identificó correctamente los factores de riesgo cardiovasculares no modificables; y el 83.24% lo hizo con los modificables.