



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS SOBRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL
EMBARAZO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL. PALMIRA
DÁVALOS, GUAMOTE, ENERO A JUNIO 2016”**

SANDRA DEL ROCÍO VALENCIA OLALLA

**Trabajo de Titulación modalidad: Proyecto de Investigación y
Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación
Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del
grado de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACION:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: “RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL. PALMIRA DÁVALOS, GUAMOTE, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Doctora Sandra del Rocío Valencia Olalla, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

Dr. Leonel Rodríguez Álvarez

PRESIDENTE

FIRMA

MSc. Lic. Alain Rodríguez Darcout

DIRECTOR DE TESIS

FIRMA

Dra. María Muquinche

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Reinerio Rubio Rojas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Sandra del Rocío Valencia Olalla, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

DRA. SANDRA DEL ROCIO VALENCIA OLALLA
C.I. 0603256298

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, SANDRA DEL ROCIO VALENCIA OLALLA, declaro que presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Cono autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo.**

SANDRA DEL ROCIO VALENCIA OLALLA

Nº. Cédula: 0603256298

DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones recibidas, a mi Madre por ser mi guía y base fundamental de mi éxito, a mi familia por el apoyo constante e incondicional, y a mi hija Sofía que es mi razón de ser.

Sandri

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las todas las bendiciones impartidas y al permitir cumplir una de mis metas.

Gracias a mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado en todo momento.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por la iniciativa de propiciar programas de postgrado que educan a los profesionales que ejercen con organización y relevancia nacional e impacto social educativo.

Mi gratitud eterna a todos mis profesores que con su apoyo, experiencia, paciencia y motivación han aportado que culmine con éxito esta carrera.

A mi tutor que con su experiencia docente supo guiar acertadamente la investigación hasta llegar a su terminación.

Sandri

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	Xi
ABSTRACT.....	Xii
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>.....	4
1.2 Justificación de la investigación.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	9
1.4 Hipótesis.....	9
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes del problema.....	10
2.2 Bases teóricas.....	14
2.2.1 <i>Trastornos hipertensivos del embarazo</i>.....	14
2.2.1.1 <i>Definición</i>.....	14
2.2.1.2 <i>Epidemiología</i>.....	15
2.2.1.3 <i>Etiología</i>.....	15
2.2.1.4 <i>Factores de riesgo</i>.....	16
2.2.1.5 <i>Clasificación</i>.....	19
2.2.1.6 <i>Tratamiento general</i>.....	22
2.2.1.7 <i>Complicaciones</i>.....	22
2.2.2 <i>Mortalidad Materna</i>.....	23
2.2.2.1 <i>Generalidades</i>.....	23
2.2.2.2 <i>Definición y clasificación</i>.....	23
2.2.2.3 <i>Factores de riesgo y causas</i>.....	24
2.2.3 <i>Salud Reproductiva</i>.....	27
2.2.3.1 <i>Definición</i>.....	27
2.2.3.2 <i>Riesgo Reproductivo</i>.....	29
2.2.3.3 <i>Riesgo reproductivo preconcepcional</i>.....	30
2.2.4 <i>Cuidado preconcepcional</i>.....	33
2.2.4.1 <i>Generalidades</i>.....	33

2.2.4.2	<i>Atención Preconcepcional</i>	34
2.2.4.3	<i>Consejería Preconcepcional</i>	37
2.2.4.4	<i>Autocuidado preconcepcional</i>	37
2.2.5	Autocuidado	38
2.2.5.1	<i>Generalidades</i>	38
2.2.5.2	<i>Factores determinantes del autocuidado</i>	41
2.2.5.3	<i>Fomento del autocuidado</i>	43
2.2.6	Conocimientos, actitudes y prácticas	44
2.2.6.1	<i>Estudios de Base CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)</i>	44
2.2.6.2	<i>Conocimiento</i>	46
2.2.6.3	<i>Actitudes</i>	48
2.2.6.4	<i>Prácticas</i>	49
2.2.7	Estrategia de intervención educativa	51
CAPÍTULO III		
3.	METODOLOGÍA	55
3.1	Tipo y diseño de la investigación	55
3.2	Localización y temporalización	55
3.3	Población de estudio	55
3.4	Variables de estudio	56
3.4.1	<i>Identificación</i>	56
3.4.2	<i>Operacionalización</i>	57
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos	59
3.5.1	Características del instrumento	59
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i>	60
3.6	Diseño de la estrategia de intervención educativa	61
3.7	Procedimientos	63
3.8	Procesamiento y análisis de datos	64
3.9	Aspectos éticos	64
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
4.1	Resultados y Discusión	66
CAPÍTULO V		
5.	PROPUESTA	87

CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de mujeres en edad fértil según edad. Palmira Dávalos. 2016.....	67
Tabla 2: Distribución de mujeres en edad fértil según nivel escolar. Palmira Dávalos. 2016.....	68
Tabla 3: Distribución de mujeres en edad fértil según estado civil. Palmira Dávalos. 2016.....	69
Tabla 4: Distribución de mujeres en edad fértil según ocupación. Palmira Dávalos. 2016.....	69
Tabla 5: Distribución de mujeres en edad fértil según religión. Palmira Dávalos. 2016.....	70
Tabla 6: Distribución de mujeres en edad fértil según ingreso económico. Palmira Dávalos. 2016.....	71
Tabla 7: Distribución de mujeres en edad fértil según número de embarazos. Palmira Dávalos. 2016.....	72
Tabla 8: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes patológicos personales. Palmira Dávalos. 2016.....	72
Tabla 9: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedente familiar de trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.....	73
Tabla 10: Distribución de mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento de los trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.....	74
Tabla 11: Distribución de mujeres en edad fértil según actitudes ante el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.....	75
Tabla 12: Distribución de mujeres en edad fértil según opinión sobre los métodos de planificación familiar. Palmira Dávalos. 2016.....	76
Tabla 13: Distribución de mujeres en edad fértil según molestias ocasionadas por los métodos de planificación familiar. Palmira Dávalos. 2016.....	76
Tabla 14: Distribución de mujeres en edad fértil según prácticas de autocuidado ante los trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.....	77
Tabla 15: Distribución de mujeres en edad fértil según método de planificación	78

familiar más usados. Palmira Dávalos. 2016.....	
Tabla 16: Relación entre el conocimiento y las actitudes sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	79
Tabla 17: Relación entre el conocimiento y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	80
Tabla 18: Relación entre las actitudes y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	81
Tabla 19: Relación entre la edad y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	81
Tabla 20: Relación entre el nivel de instrucción y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	82
Tabla 21: Relación entre la escolaridad y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	82
Tabla 22. Relación entre la ocupación y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	83
Tabla 23: Relación entre la religión y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	83
Tabla 24: Relación entre el ingreso económico y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	84
Tabla 25: Relación entre el número de embarazos y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	85
Tabla 26: Relación entre los antecedentes patológicos personales y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	85
Tabla 27: Relación entre los antecedentes patológicos familiares y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.....	86

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres en edad fértil. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, la población fue el universo de 45 mujeres de 15 a 49 años de la comunidad Palmira Dávalos, cantón Guamote, de enero a junio del 2016. Los datos fueron recolectados mediante encuesta con un cuestionario validado por grupo de expertos. Se usó el Chi-Cuadrado para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio con un nivel de significancia del 0.05, y se usó el paquete estadístico SPSS versión 21. Los resultados obtenidos fueron: predominaron las mujeres de 20 a 29 años (33,3%), de instrucción primaria (46,6%), solteras (51,1%), evangélicas (77,7%), amas de casa (46,6%), sin antecedentes patológicos personales (82,2%) ni familiares (57,7%) de trastornos hipertensivos del embarazo. El 100% poseían conocimientos insatisfactorios sobre los trastornos hipertensivos, el 95,5% tenían actitudes positivas frente al riesgo preconcepcional y el 53,3% poseían prácticas de autocuidado adecuadas. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Se concluye que el conocimiento de las mujeres en edad fértil es no satisfactorio sin embargo casi todas tienen actitudes positivas y más de la mitad asumen prácticas de autocuidado adecuadas. El diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los trastornos hipertensivos del embarazo es acertada para la prevención de la morbilidad materna.

Palabras Clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <CONOCIMIENTO EDUCATIVO>, <ACTITUDES COMPORTAMENTALES>, <PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO>, <TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO>, <RIESGO PRECONCEPCIONAL>, <MORBIMORTALIDAD MATERNA>

ABSTRACT

The objective of this present investigation was to determine the relation between the level of knowledge, attitudes and practices on hypertensive disorder during pregnancy in women of reproductive age. A descriptive-correlational study was carried out and the target population was the study universe consisted of 45 women aged about 15-49 from the “Palmira Dávalos” community, Guamote Canton, from January to June 2016. The data were collected through a survey with a questionnaire validated by a group of experts. The Chi-square was applied to determine the relation and significant differences between the variables of study with a level of significance of 0.05, as well as the statistical package SPSS version 21. The results were: women aged 20-29 predominated (33,3%), women with elementary education (46,6%), single women (51,1%), evangelical women (77,7%), housewives (46,6%), women without personal pathological records of hypertensive disorder during pregnancy (82,2%), women without familiar pathological records of hypertensive disorder during pregnancy (57,7%). The 100% of the population had unsatisfactory knowledge about hypertensive disorders during pregnancy, the 95,5% had positive attitudes towards preconception risk, and the 53,3% had adequate practices of self-care. It was not found an association statistically significant between the variables of study. It is concluded that the knowledge in women of reproductive age is not satisfactory, but almost all of them have positive attitudes and more than half have adequate practices of self-care. The design of a strategy of educative intervention about hypertensive disorders during pregnancy is correct to prevent maternal mortality and morbidity.

KEYWORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <EDUCATIVE KNOWLEDGE>, <BEHAVIOURAL ATTITUDES>, <SELF-CARE PRACTICES>, <HYPERTENSIVE DISORDERS DURING PREGNANCY>, <PRECONCEPTION RISKS>, <MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY >

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos del embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna, constituyendo la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo. En el Ecuador, las complicaciones ocasionadas por los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materna (MSP, 2013).

La muerte materna tiene ciertas características específicas, la mayoría de las veces se vincula con una deficiente educación para el uso de los servicios médicos, porque en las gestantes existe una incapacidad o dificultad para reconocer los principales signos de alarma y las complicaciones obstétricas que las lleven a acudir oportunamente a la atención hospitalaria (Mazza, Vallejo y González, 2012).

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementó en el 2013 la Estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), en la cual se plantea la optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos; no obstante, la morbimortalidad materna se mantiene alta, especialmente en ciertas comunidades rurales indígenas (MSP, 2013).

Esta temática cobra importancia en el área de la salud materna dado que el bajo nivel de conocimientos en las mujeres puede causar que no sean conscientes del potencial de su salud y los riesgos relacionados con ésta, lo que puede conducir a la toma de decisiones futuras sin la información necesaria o apropiada, las cuales pueden afectar en un futuro el bienestar de ellas y el de sus hijos. Se ha podido evidenciar que los conocimientos que posee la mujer acerca de sus riesgos en la gestación pueden influir en su participación y responsabilidad de su propia salud y la de su hijo, y así contribuir al desarrollo de prácticas de autocuidado (Fleury, 2009; Laza y Sánchez, 2012).

1.1. Planteamiento del Problema

Las muertes relacionadas al embarazo y al parto representan la primera causa de mortalidad en mujeres en edad fértil, según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren cerca de ochocientas treinta mujeres por estas causas; el noventa y nueve por ciento de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo siendo mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. La mayoría de muertes maternas son consecuencia de complicaciones que se producen durante la gestación y el parto o posterior a ellos, las cuales son potencialmente prevenibles y tratadas. Las principales complicaciones causantes del setenta y cinco por ciento de muertes maternas son las hemorragias graves (en su mayoría posterior al parto), las infecciones (habitualmente tras el parto), las complicaciones en el parto y los abortos peligrosos y los trastornos hipertensivos del embarazo (pre eclampsia y eclampsia) (OMS, 2015).

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte materna a nivel mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, teniendo una incidencia del diez por ciento en las gestantes a término. En Asia y África, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que, en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones (OMS, 2014).

En el Ecuador en el 2014, se registraron ciento sesenta y seis muertes maternas, la razón de mortalidad materna fue 49,16 por 100.000 nacidos vivos. La segunda y tercera causas obstétricas directas de muerte materna fue la eclampsia con dieciocho defunciones e hipertensión gestacional con doce defunciones, alcanzando una razón de mortalidad materna (RMM) de 5,33 y 3.55 respectivamente (INEC, 2015).

La provincia de Chimborazo durante el 2014 reportó 6 defunciones para una razón de 56.00, la décima tercera país (INEC, 2015), siendo el cantón Guamote, uno de los que más aporta. En este cantón ocurrieron cuatro (4) muertes maternas durante el año 2013, dos (2) pertenecían a la parroquia Palmira (50.0%); mientras que, en el 2014, de las tres (3) defunciones maternas ocurridas en el cantón, la parroquia Palmira aportó dos (2),

que representó el 66.7% del total de muertes maternas del cantón. (Distrito de Salud Colta – Guamote, 2015)

En el periodo comprendido del 2000 al 2011, los trastornos hipertensivos del embarazo se encontraron entre las diez primeras causas de morbilidad reportada por egresos hospitalarios del Ecuador (MSP, 2013). En el 2014, los trastornos hipertensivos del embarazo reportaron un total de 9635 casos de egresos hospitalarios, y en Chimborazo un total de 219 casos (INEC, 2015).

En la revisión efectuada en los registros de las defunciones y en el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) del año 2014 del Subcentro de Salud de Palmira se pudo constatar la prevalencia de factores relacionados con la morbimortalidad materna como: la edad, la multiparidad, bajo nivel de instrucción, condición económica desfavorable, dependencia de los padres o del esposo para la toma de decisiones, barreras para llegar a un establecimiento de salud, embarazos no planificados, embarazo oculto, bajo porcentaje de captación precoz del embarazo, baja cobertura de atención prenatal, bajo porcentaje del parto institucional, bajo porcentaje del control postparto y bajo porcentaje de control de mujeres riesgo preconcepcional. Esto evidencia la existencia de un riesgo incrementado en esta población de complicaciones en el embarazo, parto y postparto.

Durante la confección del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), en la realización de las visitas domiciliarias programadas e intercambios realizados con las mujeres de la comunidad Palmira Dávalos, se evidenció el bajo conocimiento que tenían sobre los factores relacionados con los trastornos hipertensivos del embarazo. Por ello, dentro de los problemas identificados con participación comunitaria se plantearon los factores de riesgo de morbimortalidad materna, lo que favorece la adopción de actitudes y conductas entre las mujeres en edad fértil que no son las más adecuadas ante un embarazo, constituyendo riesgos para la ocurrencia de muertes maternas en estas comunidades.

1.1.1. Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres en edad fértil de la comunidad Palmira Dávalos en el período de enero a junio de 2016?

¿Qué necesidades de aprendizaje pueden ser incorporados en una estrategia educativa con acciones de información, educación y comunicación sobre los trastornos hipertensivos del embarazo para la prevención de la morbimortalidad materna en mujeres fértil de la comunidad Palmira Dávalos?

1.2. Justificación de la Investigación

La morbilidad y mortalidad materna en la actualidad son un problema de salud pública que aqueja a todos los países a nivel mundial, no solo a los del tercer mundo, en mayor o menor extensión, por lo que se han convertido en un problema global de gran interés (Jurado, 2014). Se calcula que más de medio millón de mujeres, una mujer por minuto, aproximadamente mueren al año como resultado de las complicaciones durante el embarazo, parto o postparto. Aproximadamente el 99% de todas las muertes por causas derivadas de la maternidad se producen en los países en desarrollo donde el riesgo de morir es 300 veces superior a los países desarrollados (Hueriga, Noriega, y Pantoja, 2010; OMS, 2013).

La maternidad, como evento natural, debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte, sin embargo, la literatura médica especializada establece que cada embarazo implica riesgos y pueden desarrollarse complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre o el producto de la concepción (Gonzaga, Zonana, Anzaldo y Olazarán, 2014).

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores de oro para juzgar el estado de desarrollo de una población, puesto que refleja no solo la condición biológica sino que, es la resultante de la interacción de factores sociales y económicos que inciden en el desarrollo de la población de manera definitiva, por tal razón, la comunidad mundial estableció “mejorar la Salud Materna” dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, teniendo como meta la reducción en un setenta y cinco por ciento de la razón de mortalidad materna entre los años 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva (Uribe, 2009; OMS 2015)

La muerte materna tiene ciertas características específicas, la mayoría de las veces se vincula con una deficiente educación para el uso de los servicios médicos, porque en las gestantes existe una incapacidad o dificultad para reconocer los principales signos de alarma y las complicaciones obstétricas que la lleven a acudir oportunamente a la atención hospitalaria (Mazza, Vallejo y González, 2012).

Dentro de la perspectiva social es posible considerar que las prácticas y las actitudes dependen en gran medida de los conocimientos previos que las personas tienen sobre una situación en particular. Las relaciones que tienen entre sí y las implicaciones que conllevan en el desenvolvimiento de las personas, explican muchos de los comportamientos de una sociedad. En este sentido, teniendo en cuenta el eje lógico “conocimientos-actitudes-prácticas”, es posible suponer que, si se modifica favorablemente el primer componente, podrían obtenerse mejoras en los otros dos (Maldonado, 2004).

Esta problemática ha sido históricamente muy discutida por las ciencias de la conducta, especialmente por la Psicología. La diversidad de factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y finalización de una conducta específica confiere a la misma una gran complejidad. El comportamiento humano es directamente observable, no así los procesos psicológicos que se desencadenan antes, mientras o después de la ejecución del mismo, el conocimiento de dichos factores es un tema fundamental en el ámbito de la psicología.

En este orden de cosas, podemos considerar que la conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales. Por lo que se refiere a los factores psicológicos, podemos diferenciar entre características afectivas (ej. estados de ánimo y emociones) y cognitivas (ej. creencias y expectativas). Por lo que se refiere a los factores sociales (ej. redes y normas sociales), éstos actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta dada. Todos los factores comentados deben ser considerados a la hora de predecir la aparición, el mantenimiento o la extinción de una conducta en un contexto determinado (Carpi y Breva, 2001).

No obstante, de modo muy general, algunos autores centran su atención en la relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, especialmente en los ámbitos relacionados con el autocuidado y el estilo de vida. Las actitudes se encuentran condicionadas entre otras cosas por las percepciones y/o conocimientos (científicos o empíricos) adquiridos a lo largo de la vida, a través de la propia experiencia, la de personas cercanas y por patrones culturales. El tipo de prácticas que realiza una persona está condicionado por la predisposición o postura que adopta ante determinada situación, así como por el conocimiento que posee al respecto. Es posible comprender entonces, la necesidad de cambiar los conocimientos, porque si las prácticas de las

personas no son adecuadas y se desea mejorarlas, resulta plausible que, modificando los conocimientos, podrían cambiarse las actitudes y de esta forma, las prácticas (Maldonado, 2004).

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna, constituyen la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo. En el Ecuador, las complicaciones ocasionadas por los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de morbimortalidad materna (MSP, 2013). En este contexto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementó en el 2013 la Estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), en la cual se plantea la optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos; no obstante, la morbimortalidad materna se mantiene alta, especialmente en ciertas comunidades rurales indígenas (MSP, 2013).

Si bien se realizan esfuerzos con el fin de garantizar el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y oportuno de estos desórdenes, las medidas de promoción y prevención en el nivel primario de salud siguen ocupando un lugar importante en el control de estas enfermedades. En este sentido, el desarrollo y la puesta en marcha de pesquisas activas que garanticen la detección oportuna de personas con factores de riesgo, sobre todo en la etapa preconcepcional, que elevan la probabilidad de padecer estos trastornos durante la gestación, podría constituir una medida efectiva para prevenirlos, actuando sobre los factores de riesgo potencialmente modificables. Por lo cual es necesario establecer estrategias diferenciadas de acuerdo a los factores condicionantes con el objeto de efectuar intervenciones conjuntas con los diferentes actores sociales (Torres, Lardoeyt y Lardoeyt, 2009).

Esta temática cobra significado en el área de la salud materna por el gran impacto socioeconómico que ocasiona. El bajo nivel de conocimientos de las mujeres puede generar en muchas ocasiones que no sean conscientes del potencial de su salud y los riesgos relacionados con ésta, y pueden conducir en un futuro a la toma de decisiones sin la información necesaria o apropiada, afectando posteriormente el bienestar de ellas y el de sus hijos. Se ha evidenciado que los conocimientos que posee la mujer acerca de sus riesgos durante el embarazo pueden influenciar en su participación y hacerla

responsable de su propia salud y la de su hijo y así contribuir al desarrollo de prácticas de autocuidado (Laza et al., 2012).

Realizar este estudio tiene notable importancia, pues a partir de la determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas que posean las mujeres sobre los factores de riesgo relacionados con los trastornos hipertensivos del embarazo, se diseñará una estrategia educativa con acciones de información, educación y comunicación para propiciar cambios favorables en las actitudes y prácticas frente a un embarazo, que llevará a la prevención de la morbimortalidad materna. Una intervención eficaz e inversión en la maternidad sin riesgo, no solo reduciría la mortalidad materna, sino que también contribuiría a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres (Laza et al., 2012).

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en las mujeres en edad fértil de la comunidad Palmira Dávalos, enero a junio 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en las mujeres en edad fértil.
3. Determinar la relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y algunas variables seleccionadas.
4. Diseñar una estrategia educativa sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres en edad fértil para la prevención de la morbimortalidad materna.

1.4. Hipótesis de Investigación

Existe relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en las mujeres en edad fértil de la comunidad Palmira Dávalos.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema

El abordaje investigativo de la salud reproductiva cobra importancia dado al déficit de conocimientos en las mujeres que pueden generar en la mayoría de casos que no sean conscientes del potencial de su salud y de los riesgos relacionados con esta, y conducir a la toma de futuras decisiones sin la información necesaria o apropiada, decisiones que pueden afectar su bienestar y el de su hijo. Esto se evidenció en un estudio realizado por Fleury en el año 2009, en el que se concluyó que los conocimientos que posea la mujer acerca de sus riesgos durante la gestación pueden influir en su participación y en que esta se sienta responsable de su propia salud y de la de su hijo; contribuyendo así al desarrollo de prácticas de autocuidado.

Souza y colaboradores en el año 2007 realizaron en Brasil un estudio cualitativo en que constataron en un grupo de gestantes con trastornos hipertensivos que a pesar de asistir al control prenatal durante el embarazo y ser informadas sobre la enfermedad y sus complicaciones, mostraron una ignorancia acerca de la alteración, demostrando el desconocimiento sobre la gravedad clínica que les llevó a la hospitalización temprana y al inminente parto pretérmino. Su desenlace se asoció con problemas religiosos, familiares y errores de la misma mujer. De esta forma se concluyó que la calidad de la información provista sobre la enfermedad a las mujeres durante control prenatal fue insuficiente o no coherente a su nivel de comprensión; lo que contribuyó a que las medidas establecidas por estas frente a la gravedad no fue la más adecuada ni aseguró su participación en su autocuidado.

Laza, C., y Sánchez, G. en el año del 2012, realizaron la investigación titulada “Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación”, que tuvo como objetivo mostrar y discutir algunas evidencias relacionadas con el beneficio de los estudios de

“conocimientos, actitudes y prácticas” (CAP). Los estudios CAP son una alternativa para el acercamiento integral del fenómeno complejo de la salud reproductiva, y así entender los comportamientos de las personas con respecto a la salud a través de sus tres elementos. Los resultados de los estudios CAP han sido base fundamental de los diagnósticos para la creación, ejecución y evaluación de programas sanitarios.

En Ecuador, Matías Rocío, en el año 2013, realizó una investigación titulada “Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013”, con los objetivos de determinar la incidencia de preeclampsia en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. El método utilizado fue retrospectivo, descriptivo no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente atendida en el área toco-quirúrgica con diagnóstico de preeclampsia, la muestra fue de 181 casos. En este estudio se concluyó que la preeclampsia en pacientes de 13 a 20 años presentó una baja incidencia en relación con las mayores de 20 años, sin embargo, estaba asociada a factores predisponentes para desencadenarla como etnia mestiza, primigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo. Asimismo, las consecuencias fetales fueron frecuentes en este grupo de edad, como recién nacidos pequeños para la edad gestacional y depresión neonatal. Entre la consecuencia materna más frecuente fue el término del embarazo por cesárea a causa de ésta patología en el 90% de los casos. Finalmente, según a los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes jóvenes en riesgo.

Núñez Diana, en el año 2012, también en Ecuador, realizó una investigación titulada “Factores de riesgo preconceptionales y emergentes en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el Hospital Provincial de Ambato, período enero-noviembre del 2011”, con el objetivo de investigar los factores de riesgo preconceptionales y emergentes en relación con la aparición de Preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación entre 15 a 49 años. La metodología fue descriptivo, transversal, documental y de campo, la muestra fue de 258 pacientes, 146 preeclámplicas y 112 con embarazo normal a partir de las historias clínicas. Los resultados demostraron que entre las pacientes con preeclampsia 63 de 103 fueron adolescentes y 30 de 45 fueron añosas, 99 de las

pacientes pre eclámpicas tuvo controles prenatales adecuados. Las preeclámpticas que residían en el área rural (67.7%) tenían mayor probabilidad de no realizarse un control adecuado del embarazo, las pacientes con embarazo normal tenían una probabilidad de 3,54 veces mayor de presentar preeclampsia si presentaban antecedentes personales de preeclampsia, la probabilidad de que una paciente presentará preeclampsia teniendo antecedente familiar de la enfermedad fue de 2,47, el ácido úrico elevado se encontró en 141 de 146 pacientes preeclámpticas, con diferencias estadísticamente significativas con las pacientes normales, el 52.7% presentó niveles bajos de hemoglobina ($< 11\text{g/dl}$) indicando que la probabilidad de que una mujer con déficit de hemoglobina desarrolle preeclampsia es 5.42 veces mayor que si tiene valores normales; concluyendo que los hallazgos mostraron los principales factores de riesgo de preeclampsia, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitirán detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves.

Moreira Mónica y Morocho Mariana, en el año 2014, en Ecuador, realizaron la investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta externa del hospital materno-infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel sobre el síndrome preeclampsia-eclampsia. Guayaquil, 2014”, seleccionándose una muestra de 164 gestantes menores de edad. El método utilizado fue transversal, cuantitativo y descriptivo. Se obtuvo como hallazgos que nueve de cada diez adolescentes en estado de gravidez tienen instrucción primaria y secundaria no terminada, con dos terceras partes de madres solteras que atraviesan su primer embarazo y un 26% de embarazadas presentaron mayor riesgo de preeclampsia – eclampsia por la presencia de factores de riesgo como etnia, edad, primigestas, bajos niveles de instrucción, antecedentes familiares y por ser madres solteras sin apoyo del padre de su hijo/a; agudizándose el problema por la actitud indiferente al autocuidado durante su embarazo puesto que siete de cada diez adolescentes asistían a las consultas prenatales motivadas por otros, asimismo, las adolescentes se guían por creencias y mitos, realizando prácticas inadecuadas como es el caso de consumir comidas chatarras y bebidas gaseosas, llevando una vida sedentaria, además, se auto medicaban ante un síntoma de inestabilidad en su salud durante la gestación. En conclusión, el bajo nivel de conocimientos, las actitudes de indiferencia y las prácticas inadecuadas, expone a las gestantes adolescentes a un alto riesgo de contraer el síndrome Preeclampsia-Eclampsia,

en especial a las primigestas, por lo que se identificó la necesidad de elaborar una guía para promover el autocuidado sobre el síndrome Preeclampsia-Eclampsia.

Duarte Heidi, en el año de 2009, en Chile, realizó la investigación titulada “Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008”, cuyo objetivo fue conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional y los factores que las condicionan de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal en un consultorio urbano. El método utilizado fue cuantitativo, descriptivo, transversal, a través de la aplicación y/o autoaplicación de encuestas estructuradas a una muestra de 60 mujeres que residen en área urbana, beneficiarias del sistema público de salud. Las variables consideradas fueron prácticas de autocuidado en relación con: nutrición, asistencia a control médico y matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social. Los resultados mostraron que sólo un 10% del grupo de mujeres estudiadas realizan acciones de autocuidado preconcepcional en forma saludable en seis o más de los ámbitos investigados, destacando la dimensión psicosocial destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente, así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%). Se concluyó que la mayoría de las mujeres encuestadas presentan insuficiencia en la capacidad de agencia de autocuidado preconcepcional en por lo menos 5 o más ámbitos, y al considerar estos ámbitos de manera individual, las medidas preconcepcionales presentan un completo déficit, seguido por la nutrición preconcepcional. Ésta investigación responde a la hipótesis que las mujeres no tienen prácticas de autocuidado preconcepcional o si es que las tienen, no son efectivas.

Alvino Jaclyn, en el año de 2015, en Perú, realizó la investigación titulada “Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015”, con el objetivo de identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar. El estudio fue de tipo aplicada, de corte transversal y prospectivo, con diseño descriptivo, la muestra estuvo conformada por 73 usuarias, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se concluyó que el 15.1%

de las usuarias fueron mayores de 35 años, el 23.3% se encontraron en sobrepeso. Al analizar los antecedentes personales patológicos, el 4.1% de las encuestadas refirieron nefropatías; en relación a los antecedentes familiares, el 35.6 % refirió diabetes mellitus; con respecto a los antecedentes ginecológicos obstétricos, el 43.8% son multíparas, el 42.5% de las encuestadas tuvo por lo menos 1 aborto, el periodo intergenésico corto se presentó en el 50.7% de las usuarias. El 71.2% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-19 años. El 49.3% de las pacientes utilizaba como método de planificación familiar las píldoras anticonceptivas. Además, el 64.4% no realiza actividad física.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Trastornos hipertensivos del embarazo

2.2.1.1. Definición

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un conjunto de enfermedades o procesos que tienen en común la existencia del signo de la hipertensión arterial durante el embarazo. El término de hipertensión en el embarazo o estado hipertensivo del embarazo describe a un amplio conjunto de condiciones en las que las cifras de presión arterial fluctúan entre elevación leve de la tensión arterial a hipertensión severa acompañado de daño de órgano blanco y presencia de morbilidad grave materno-fetal (Pillajo y Calle, 2014; MSP, 2013).

La definición de la OMS de la hipertensión arterial se emplea igualmente para la embarazada: tensión arterial (TA) igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por cuatro a seis horas. La presión arterial normal en el embarazo en promedio es de 120/80 mm Hg. El criterio para definir hipertensión gestacional es de una tensión arterial diastólica mayor de 90 mm Hg persistente con al menos otra toma de 4-6 horas de la primera, pero si el parto es inminente o tiene criterios de gravedad se considera un intervalo menor en el

registro. Anteriormente se recomendaba como criterio de diagnóstico un incremento de 30 mm Hg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg de la diastólica inclusive con valores menores de 140/90 mm Hg (MSP, 2013).

Se conocen dos tipos principales de hipertensión durante el embarazo (Pillajo et al., 2014):

- La hipertensión que aparece por primera vez durante la gestación a partir de las 20 semanas, en el trabajo de parto o el puerperio y en la que la presión arterial se normaliza después de terminar la gestación.
- El embarazo que se da en mujeres con hipertensión crónica esencial o secundaria a otra enfermedad.

2.2.1.2. Epidemiología

Los trastornos hipertensivos del embarazo son entidades muy frecuentes que contribuyen en gran medida a la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, complican de 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los componentes de la triada letal, junto con la hemorragia y la infección (Cunningham, Leveno, Hauth, Rouse, y Spong, 2011; Cruz, Batista, Medrano, y Ledea, 2014).

En América Latina y el Caribe el 25,7% de las muertes maternas es causada por la preeclampsia y en Estados Unidos la incidencia ha aumentado de 25% en las dos últimas décadas. A nivel mundial, los trastornos hipertensivos durante el embarazo producen cada año unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales (Nápoles, 2016).

Se presenta más frecuente en mujeres nulíparas (6 -17%) en comparación a la múltipara (2-4%), en mayor porcentaje en la etnia negra más que en blanca, en embarazos gemelares (15-20%), y cursan con nefropatía crónica en un 25% (Beltrán, Benavides, López y Onatra, 2014).

2.2.1.3. Etiología

La etiología de los trastornos hipertensivos del embarazo durante años era desconocida, pero en la actualidad se atribuye con la génesis placentaria anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno probablemente por una

predisposición inmunogenética, con una inadecuada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica. (MSP, 2013; Camacho y Berzaín, 2015).

La patología se determina por la disfunción endotelial del sistema materno y del lecho placentario. En una primera, fase las células trofoblásticas placentarias y las arterias espirales no invaden de manera adecuada la decidua lo que dificulta la transformación necesaria para aumentar el flujo sanguíneo feto-placentaria. En el segundo estadio existe una escasa perfusión placentaria por las de arterias inadecuadamente transformadas, por lo que la placenta no crece y no se desarrolla normalmente produciéndose una estructura placentaria diferente, con morfogénesis defectuosa del árbol veloso. Y la tercera fase se caracteriza por un síndrome de inflamación endotelial-leucocitario sistémico activado por factores liberados de la placenta isquémica, existiendo un incremento en la producción de tromboxano y endotelina, así mismo de la sensibilidad vascular a la angiotensina II y una disminución en la producción de agentes vasodilatadores como el óxido nítrico y prostaciclina (MSP, 2013; Camacho et al., 2015).

2.2.1.4 Factores de riesgo

Dentro de los factores identificados que incrementan el riesgo de desarrollar hipertensión en el embarazo son los siguientes: (De la Cruz, 2013; Terán, 2013)

- Maternos Preconcepcionales:
 - Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años.
 - Raza negra
 - Historia personal y familiar de trastornos hipertensivos del embarazo: preeclampsia y eclampsia.
 - Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad renal, síndrome antifosfolípido primario y otras enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido secundario), trombofilias, dislipidemias, cardiopatías.
- Relacionados con el embarazo en curso:
 - Primigravidez o embarazo de un nuevo compañero sexual.
 - Embarazo múltiple o molar e hidrops fetalis.
- Ambientales:
 - Cuidados prenatales deficientes y bajo nivel socioeconómico.

- Nivel escolar bajo.
- Lugar de residencia rural.
- Estrés

Las edades extremas de la madre de menor de 20 y mayor de 35 años, son uno de los principales factores de riesgo de hipertensión en el embarazo. Las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares lo que facilita la aparición de la preeclampsia. Por otra parte, es frecuente que en las mujeres muy jóvenes se formen placentas anormales, lo que corrobora la teoría de la placentación inadecuada como causa de la preeclampsia (Terán, 2013).

Las mujeres de raza negra tienen un riesgo mayor de desarrollar preeclampsia por ser más frecuente la hipertensión arterial crónica en este grupo humano. Se ha observado que en un 20 y 50 % de las mujeres que padecieron preeclampsia en una gestación anterior presentaron una recurrencia de la enfermedad en su siguiente embarazo (De la Cruz, 2013; Terán, 2013).

La probabilidad de desarrollar preeclampsia está mediada en gran parte por un componente genético heredable, el cual contribuye en un 50 % aproximadamente al riesgo de presentar dicha patología. Las familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer con ha presentado preeclampsia tienen un riesgo de cuatro a cinco veces mayor de padecer la enfermedad cuando se embarazan, así mismo, las familiares de segundo grado tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de padecerla (De la Cruz, 2013).

La presencia de enfermedades crónicas favorece el riesgo de presentar hipertensión en el embarazo. La hipertensión arterial crónica es un factor de riesgo ya que produce una lesión vascular por diversos mecanismos lo que condiciona una oxigenación inadecuada del trofoblasto y colabora en la aparición de la preeclampsia. La obesidad se relaciona frecuentemente con la hipertensión arterial, así mismo, los adipocitos secretan citoquinas (principalmente el factor de necrosis tumoral) que producen daño a nivel vascular lo que empeora el estrés oxidativo, mecanismos que están implicados en el surgimiento de la preeclampsia. En la diabetes mellitus existe una microangiopatía lo cual podría afectar la perfusión uteroplacentaria y así favorecer la generación de la

preeclampsia. En relación a la enfermedad renal crónica (nefropatías) al existir un daño renal importante, se produce frecuentemente hipertensión arterial, y su presencia en la embarazada contribuye con la aparición de la preeclampsia embarazo. Los anticuerpos antifosfolípidos presentes en varias patologías autoinmunes como el síndrome antifosfolípido primario y el lupus eritematoso sistémico, se asocia con mayor riesgo de padecer preeclampsia (De la Cruz, 2013; Terán, 2013).

La primigravidez presenta una susceptibilidad de seis a ocho veces mayor que las multíparas. En la actualidad se reconoce que la preeclampsia es causada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al feto, como resultado de una respuesta inmunológica al contener la unidad fetoplacentaria antígenos paternos que son extraños para la madre huésped, lo que provocaría daño vascular que es el causante directo de la aparición de la patología. En el primer embarazo se presentaría todo este mecanismo inmunológico con la aparición de la preeclampsia, y a la par se desarrollaría el fenómeno de tolerancia inmunológica que evitaría que la enfermedad aparezca en gestas posteriores, pero al mantener el mismo compañero sexual, es así, que el efecto protector de la multiparidad se pierde con el cambio de compañero. Este efecto protector se pierde con el tiempo, aproximadamente a los diez años después de una primera gestación (Terán, 2013).

El embarazo gemelar como la polihidramnios producen sobredistensión del miometrio lo que favorece la presencia de preeclampsia. En el caso del embarazo molar se produce un aumento de tono uterino por un rápido crecimiento de las fibras uterinas lo que predispone la generación de esta patología. Se produce también la disminución del flujo sanguíneo generando hipoxia. En el embarazo gemelar se produce incremento de la masa placentaria por consiguiente un aumento del material genético paterno vinculado con la placenta, lo que favorece que el fenómeno inmuno fisiopatológico típico de la preeclampsia sea más precoz e intenso (De la Cruz, 2013; Terán, 2013).

Múltiples son los estudios que relacionan el bajo nivel socioeconómico y los cuidados prenatales deficientes con la presencia de preeclampsia, puesto que en el caso de las mujeres de bajos recursos económicos que no pueden acceder a un centro salud por su condición por lo que presentan controles prenatales mínimos. En relación al estado civil, cuando una mujer afronta su embarazo sin el acompañamiento de su compañero,

ya sea por separación, muerte o abandono, la puede llevar a un estado de inestabilidad emocional. Una embarazada con un nivel educativo bajo, no tiene el conocimiento necesario sobre los cuidados básicos durante el embarazo, por tal razón no los aplica y no puede detectar complicaciones en su embarazo y parto. El estrés permanente puede producir muchas veces preeclampsia, el estrés produce aumento de la presión arterial por elevación de la ACTH que favorece el incremento de la síntesis de cortisol por las glándulas suprarrenales y este produce un aumento de la tensión arterial. El embarazo sea la primera o no es un acontecimiento estresante por su ambigüedad y ambivalencia (De la Cruz, 2013; Terán, 2013).

2.2.1.5. Clasificación

La clasificación general de los trastornos hipertensivos que recomienda el Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy (2000), y adoptada por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en 2002, es la siguiente (Cruz, et al., 2014):

- a. Hipertensión Gestacional
- b. Síndrome de Preeclampsia y Eclampsia
- c. Síndrome de Preeclampsia superpuesto a hipertensión crónica.
- d. Hipertensión Crónica

a. Hipertensión Gestacional

La hipertensión gestacional se caracteriza por alcanzar cifras de presión arterial de 140/90mmHg o mayor por vez primera después de las 20 semanas de gestación o en las 48 a 72 horas después del parto, y se resuelve alrededor de la semana 12 después del parto, pero sin proteinuria ni alteración de otros sistemas de órganos. Casi la mitad de estas pacientes desarrolla posteriormente preeclampsia con signos como proteinuria y trombocitopenia, o síntomas como cefalea y dolor epigástrico. Algunas de estas mujeres padecerán de diabetes mellitus, hipertensión en embarazos subsiguientes y en etapas tardías de la vida (Hacker, Gambone, y Hobel, 2011; Cruz et al., 2014).

b. Síndrome de Preeclampsia y Eclampsia

Preeclampsia

La preeclampsia es una patología multisistémica, única de la especie humana, que se caracteriza por el incremento de la presión arterial ≥ 140 mmHg presión sistólica o ≥ 90 mm Hg presión diastólica, acompañada de proteinuria en 24h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++ después de la 20 semana de gestación. Ciertas situaciones poco frecuentes pueden causar preeclampsia antes de las 20 semanas, entre las que se encuentran la mola hidatiforme, las gestaciones múltiples, el síndrome antifosfolipídico, las anomalías fetales o placentarias, o la enfermedad renal grave (Cunningham et al., 2011; Cruz et al., 2014).

En el 2013, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, así como la Sociedad Europea de Hipertensión, han emitido nuevos criterios para el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia, entre los cuales, se acordó eliminar la dependencia de la proteinuria para determinar el diagnóstico de preeclampsia, en la cual, en ausencia de la proteinuria es suficiente con la presencia de hipertensión arterial con plaquetopenia (plaquetas menos de 100.000/mL), función hepática alterada (aumento de transaminasa en sangre al doble de su concentración normal), insuficiencia renal (creatinina en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina en sangre en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o aparición de alteraciones cerebrales o visuales. En la preeclampsia severa, la hipertensión es de 160/110 mmHg o más en dos tomas separadas por 4 horas con plaquetopenia, enzimas hepáticas doble de lo normal, dolor severo persistente en hipocondrio derecho o epigastrio, sin respuesta a analgésicos, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar y alteraciones cerebrales o visuales (Pacheco, 2013; Nápoles, 2016).

Con respecto a la prevención de la preeclampsia, se recomienda el uso aspirina en dosis baja diaria (60 a 80 mg) empezando al final del primer trimestre en pacientes con historial de preeclampsia de inicio precoz y parto pretérmino con menos de 35 semanas o en más de una gesta previa. El calcio puede ser favorable para reducir la severidad de la preeclampsia en mujeres con ingesta baja de calcio, pero no en pacientes con adecuada ingesta de calcio. No se recomienda para la prevención de preeclampsia la restricción de la sal y la administración de vitaminas C o E (MSP, 2013; Pacheco, 2013).

El tratamiento definitivo es la terminación del embarazo, y hasta este momento se deberá tratar farmacológicamente las formas graves. En el manejo de la preeclampsia no se recomienda administrar agentes antihipertensivos o sulfato de magnesio con una presión arterial menor de 160/110mmHg; no se indica reposo absoluto (solo en caso de preeclampsia severa); se debe realizar seguimiento fetal con ecografía y otros exámenes antenatales, y adicionar Doppler de la arteria umbilical en presencia de restricción del crecimiento fetal. Se debe finalizar la gestación cuando exista preeclampsia severa con 34 semanas o más previa estabilización materna; en caso de menor edad gestacional el manejo es expectante y se debe realizar en instituciones con cuidados intensivos maternos y neonatales (MSP, 2013; Pacheco, 2013).

Eclampsia

La Eclampsia es la presencia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas en el curso clínico de la preeclampsia, sin estar ocasionados por epilepsia u otros procesos convulsivos. Las convulsiones pueden manifestarse antes del parto, durante este o en las primeras 48 horas posteriores al parto. Se caracteriza por una tensión arterial mayor de 140/90 mmHg en una gestación mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++ (MSP, 2013; Secretaría Distrital de Salud, 2014).

En el manejo de la eclampsia, el sulfato de magnesio es el fármaco de elección para las convulsiones tanto profiláctico como abortivo, se ha evidenciado ser superior a otros anticonvulsivantes y reduce el riesgo de recurrencia, este tratamiento debe ser reservado para formas graves de preeclampsia o eclampsia, y mantener una vigilancia estricta de los signos de intoxicación y de los niveles sanguíneos de magnesio (Cruz et al., 2014).

c. Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

La preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo arterial crónico no proteinúrico después de la semana 20 de gestación y que desaparece después del parto. Se caracteriza por presentar cifras de tensión arterial $\geq 140/90$ mmHg antes de 20 semanas o previa al embarazo y proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación (MSP, 2013).

El riesgo de presentar preeclampsia/eclampsia sobreañadida en embarazadas con hipertensión arterial crónica es de 17-25% frente al 3-5% en las gestantes normotensas. Frecuentemente no se reconoce una causa bien definitiva, sin embargo, dentro de las causas secundarias se encuentran la estenosis de las arterias renales, las colagenopatías, el feocromocitoma, los tumores endocrinos, el síndrome de Cushing, etc. (Cruz et al., 2014).

2.2.1.6 Tratamiento general de los trastornos hipertensivos del embarazo

El tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo es complejo, incluyendo la preeclampsia/ eclampsia, debido a la decisión del inicio del tratamiento y la elección de la paciente a ser tratada, así mismo, selección adecuada del fármaco, siempre teniendo en consideración los efectos adversos sobre el feto (Cruz et al., 2014).

El control de las crisis hipertensivas se lo realiza si la tensión arterial diastólica es mayor a 110mmHg con la utilización de antihipertensivos, también se debe realizar la maduración pulmonar fetal con uso de corticoides en embarazos < de 34 semanas. La prevención de eclampsia se lo realiza con uso de sulfato de magnesio. Se debe decidir la vía de finalización del embarazo, de acuerdo a los signos de agravamiento materno, convulsiones, tensión arterial diastólica \geq a 110mmHg o tensión arterial sistólica \geq a 160mmHg mantenidas pese a tratamiento hasta por 6 horas y oliguria (MSP, 2013).

2.2.1.7 Complicaciones

Las complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial en la gestación incrementan de manera importante la morbimortalidad materno-fetal. El pronóstico fetal es malo en la preeclampsia, cuando se presenta antes de las 34 semanas de gestación, en la eclampsia, y en el síndrome de HELLP. Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa de riesgo de prematuridad, bajo peso al nacimiento, retraso de crecimiento intrauterino y morbimortalidad perinatal, y se relacionan con un aumento de la tasa de cesáreas y estancia hospitalaria. Entre las complicaciones maternas que conllevan alta morbimortalidad materna se encuentran falla renal, la coagulación intravascular diseminada, el hematoma subcapsular, hematoma retroplacentario, la rotura hepática, el

desprendimiento de placenta, desprendimiento de retina, hemorragias, accidentes cerebrovasculares y edema agudo de pulmón (Cruz et al., 2014).

2.2.2. Mortalidad Materna

2.2.2.1. Generalidades

A nivel mundial se estima que cada día mueren 830 mujeres en edad fértil por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99 % de estas muertes ocurren en países en desarrollo, en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, lo cual vincula al desarrollo social de un país (OMS, 2015).

La muerte materna es un problema de Salud Pública y es un claro indicador de inequidad de género, injusticia social y pobreza que sufren las mujeres en la América Latina y el Caribe, particularmente grave en el caso de las mujeres indígenas (Cordero, Luna y Vattuone, 2010; MSP, 2010).

Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, postparto y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables ya que en la actualidad se cuenta con los conocimientos necesarios, la tecnología adecuada y la infraestructura básica para atender los casos más comunes de emergencias obstétricas (Mazza et al., 2012; Gonzaga et al., 2014).

Cada muerte materna evidencia el grado de desarrollo de un país, las deficiencias en el sistema de salud y de protección social, las falencias en la conformación de redes sociales de apoyo, y en ocasiones, las fallas en el vínculo familiar para brindar apoyo oportuno a uno de sus miembros. De igual manera, demuestra las desigualdades económicas y sociales que afronta la mujer embarazada en la sociedad actual (Parada, 2009).

2.2.2.2. Definición y clasificación

La muerte materna se define según la décima clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación, independiente de su duración y el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada con él o agravada por el embarazo o su manejo, que no sea debida a causas accidentales o incidentales. La muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la culminación del embarazo (Mazza et al., 2012).

Las muertes maternas según la causa médica se subdividen en obstétricas y no clasificables. Las causas obstétricas se subdividen en directas e indirectas, todas ellas se pueden a su vez clasificar como evitables o no. Muerte materna obstétrica directa es la que resultante de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y postparto, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de situaciones originados en cualquiera de los anteriores antes mencionados. Muerte materna obstétrica indirecta es la que resulta de una enfermedad existente previa a la gestación o que evoluciona durante la misma, cuyo origen no tiene relación directa con el embarazo, pero pueda ser agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (Mazza et al., 2012; MSP 2013).

Muerte materna no clasificables, o sin relación con la gestación, son debidas por una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención. La muerte materna evitable es la muerte de una mujer en período del embarazo, parto, o postparto que se pudo evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención oportuna y adecuada (MSP, 2013).

2.2.2.3. Factores de riesgo y causas de mortalidad materna

2.2.2.3.1. Factores de riesgo

La mortalidad materna está relacionada con factores de riesgo biológicos, socioeconómicos y ambientales, de los cuales se encuentran la multiparidad, edad, malnutrición, costumbres, analfabetismo, pobreza, atención inadecuada del parto, entre otros. En el área rural es donde ocurre la mayoría de las muertes maternas en comparación con el área urbana, ya que las limitaciones en la primera son más marcadas (MSP, 2010; MIES 2011).

Entre los factores determinantes de la muerte materna se describen a las condiciones de riesgo que se refieren a los factores endógenos de la madre y del producto de la gestación tales como factores biológicos, hábitos y estilos de vida de las madres y su familia, los cuales determinan amenaza para la evolución natural del embarazo, entre los que destacan la condición nutricional (anemia, desnutrición y obesidad), multiparidad, intervalo intergenésico corto, edades extremas (antes de los 20 y después de los 35 años), adolescencia, enfermedades subyacentes como diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, sida, hábito tabáquico, alcohólico y farmacodependencias (Mazza et al., 2012).

La vulnerabilidad es otro factor determinante en la mortalidad materna, el cual es el producto de la carencia o limitación de una condición o conjunto de condiciones protectoras, objeto de los derechos sociales, que debilitan las capacidades de la madre y su familia para anticiparse a los riesgos del embarazo, parto, postparto o nacimiento, crecimiento y desarrollo e incluye aspectos geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y factores sanitarios (Mazza et al., 2012):

1. Geográficos, como la residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, que constituyen una barrera importante para la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud.
2. Socioeconómicos, culturales y educativos que se relacionan no solo con la carencia de dinero, sino con el desempleo, la ausencia o bajo nivel educativo y la carencia de vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento y pobres condiciones sanitarias, falta de una pareja que le brinde apoyo y protección.
3. Sanitarios, referido a debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención.

Los grupos indígenas continúan siendo un sector de la población marginado, en régimen de inequidad y desigualdad, por su propia condición étnica, social o cultural y es el grupo más vulnerable y susceptible por su rezago económico, cultural y educativo. Las causas de la muerte materna indígena responden a un complejo problema de salud pública, el cual resulta de la interacción entre factores económicos; el acceso y la calidad de la atención médica; las creencias y costumbres que rigen el comportamiento de las familias; la dificultad con la que el sistema de salud occidental se relaciona con

las poblaciones indígenas y sus diferencias con el sistema de salud tradicional; y las políticas de estado (Cordero et al., 2010).

Las mujeres fallecen por la combinación de factores económicos, políticos, sociales, ideológicos, culturales y de nivel educativo que les impide tener acceso a métodos de planificación familiar (especialmente de anticoncepción), educación sexual, y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para tener embarazos deseados en las mejores condiciones con una maternidad segura y responsable (Cordero et al., 2010).

La mortalidad materna en países en desarrollo está relacionada con una educación deficiente de la población en el uso oportuno de los servicios médicos ante signos de alarma de las complicaciones obstétricas y, finalmente, se dificulta por la restringida accesibilidad a la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, así también de la calidad limitada de la última (Gonzaga et al., 2014).

La mortalidad materna se asocia con tres retardos o demoras en la atención médica: 1) retardo en la toma de decisión temprana de búsqueda de atención por parte de las mujeres y sus familias, o de la prevención de los embarazos no deseados; 2) demora por falta de acceso universal a la atención obstétrica; que al presentarse una complicación durante el embarazo, parto o posparto se tenga la posibilidad de asistir oportunamente a los servicios de salud, eliminando las barreras de acceso y 3) lograr una calidad óptima en la atención médica, lo cual está relacionada con la capacidad de resolver oportuna y adecuadamente la atención de la emergencia obstétrica que depende de la calidad en la organización como de la calidad técnica/científica de la prestación del servicio. En 1995 MotherCare propuso una cuarta demora que antecede a la decisión de buscar ayuda, el reconocimiento de los signos de peligro (Cordero et al., 2010; Gonzaga et al., 2014).

2.2.2.3.2. Principales causas de mortalidad materna

La gran mayoría de muertes maternas son consecuencia de complicaciones que se presentan durante el embarazo y el parto o después de ellos, de estas complicaciones aparecen frecuentemente durante la gestación, otras pueden estar antes del embarazo, pero se agravan con el embarazo. Las principales complicaciones causantes del 75% de muertes maternas son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las

infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (OMS, 2015).

La hemorragia y la infección son causas importantes de muerte en mujeres en etapa reproductiva y que se corresponden con una intervención tardía, inseguridad, manejo no definitivo, todos relacionados con impericia, falta de recursos, falta de experiencia, ausencia de normas de manejo, falta de supervisión, equipos médico quirúrgicos deficientes y faltos de colaboración, al igual que la falta de cooperación de la paciente, reticencia de la familia o la sociedad (Uribe, 2009).

La pre-eclampsia y eclampsia se relaciona con la falta de control prenatal en cualquiera de sus condicionantes. Constituyen factores determinantes para la vida de la mujer el control de la evolución del embarazo, las condiciones previas de salud de la madre y el manejo del parto y postparto (Uribe, 2009).

Las enfermedades concomitantes como la diabetes, las cardiopatías, la nefropatía, el riesgo de enfermedad trombo-embólica, patologías oncológicas y otras, constituyen un riesgo asociado, pero no siempre definitivo en la evolución del embarazo, dado a los avances actuales en el conocimiento, control, vigilancia y resolución (Uribe, 2009).

2.2.3. Salud Reproductiva

2.2.3.1 Definición

La salud reproductiva (OMS, 1992) se define como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción". De esta manera, el objetivo de la salud reproductiva no es únicamente evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que este se lleve a término en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre, permitiendo así la obtención de un recién nacido saludable (Gutiérrez, 1996; MSES, 2011).

La definición de Salud Reproductiva fue ampliada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, en el párrafo 7.2 del Programa de Acción, en la que la define como “el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva involucra la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad, para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Naciones Unidas, 1994).

El concepto de salud reproductiva incluye la atención preconcepcional, donde los cuidados están orientados tanto a la futura madre como al futuro padre; la atención prenatal; la atención del parto y del recién nacido; y la atención neonatal precoz, periodo comprendido desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido. Por este motivo, cualquier modificación que se desencadene en una de las etapas de la salud reproductiva tendrá repercusión en el futuro del recién nacido, en el de su familia y en la sociedad. Por lo indicado, la salud reproductiva está relacionada íntimamente a la salud del niño menor de 5 años, del niño de 5 a 9 años y del adolescente (10-19 años). Las acciones de salud en estos períodos de la vida van a favorecer a la obtención de un sujeto saludable, el cual unido a otro con la misma característica reiniciará el ciclo reproductivo en las mejores condiciones (Gutiérrez, 1996; Álvarez Sintés y Álvarez Villanueva, 2014).

La salud reproductiva lleva implícito que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decisión acerca de si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia; este último conlleva el derecho de mujeres y hombres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su predilección. Además, el derecho a acceder a servicios adecuados de salud permitiendo a la mujer llevar a término su embarazo de manera segura y partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Cabezas, 2004; MSES, 2011).

La salud reproductiva está determinada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y

alimentación; pero también está condicionada por factores de tipo afectivos, cognitivos y conductuales determinados en forma muy especial por la situación social de la mujer (Gutiérrez, 1996; Cabezas, 2004).

En términos generales, el concepto de salud reproductiva según Gutiérrez (1996) “es el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libre del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad; a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos”. La salud reproductiva favorece a los individuos que en un futuro puedan tener una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo; y así ejercer su derecho a participar en el desarrollo y gocen de los beneficios sociales de la vida.

2.2.3.2 Riesgo reproductivo

El riesgo reproductivo se define como la probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción, el mismo que afectará especialmente a la madre, al feto o al recién nacido, pero igualmente al padre y la familia en general. Es un indicador de necesidad que permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir, con mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. (Gutiérrez, 1997; MSES, 2011; Almarales, Tamayo, y Pupo, 2008).

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la manifestación de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí, que son conocidas como factores de riesgo reproductivo. Los factores de riesgo reproductivo pueden ser causas o señales observables o identificables que se producen antes del acontecimiento que pronostican, de ahí la importancia del enfoque de riesgo reproductivo que permite identificar las necesidades de los sujetos, familias o comunidades, que utilizan la presencia de factores de riesgo como guía para futuras acciones, y así facilitar la redistribución de recurso, el aumento de la cobertura, la referencia y contra-referencia de pacientes, el cuidado de la familia y la asistencia clínica (Gutiérrez, 1997; Cabezas, 2004; Almarales et al., 2008).

De acuerdo con el concepto de Salud Reproductiva, la aplicación del enfoque de riesgo en la prevención del daño en el proceso de reproducción debe empezar antes de la concepción, el cual se denomina riesgo preconcepcional. Durante la gestación y el parto se designa como riesgo obstétrico; y desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se nombra riesgo perinatal. El enfoque de riesgo reproductivo unifica los tres conceptos ofreciendo una perspectiva más coherente e integrador: Riesgo reproductivo = riesgo preconcepcional + riesgo obstétrico + riesgo perinatal (Gutiérrez, 1997; Cabezas, 2004).

2.2.3.3 Riesgo reproductivo preconcepcional

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se designa a la probabilidad que tiene de sufrir daño las mujeres en edad reproductiva no gestante (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. El propósito es clasificar a la mujer en edad fértil, entre 15 y 49 años, no gestante de acuerdo al riesgo que en un futuro embarazo ocasionaría en la salud de ella, el feto o el recién nacido (Gutiérrez, 1997; Herrear, Oliva, y Domínguez, 2004; Almarales et al., 2008).

Son numerosos los factores de riesgo reproductivo preconcepcional, los cuales varían entre los países y entre las diferentes regiones de los mismos como son el analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, etc. Sin embargo, existen factores que son universales, que independientemente de la condición social o del área geográfica en que residen persisten entre las mujeres. Entre estos se encuentran cuatro que son los más reconocidos (Gutiérrez, 1997; Herrear et al., 2004; Arenas y Vásquez, 2011; Villaquiran y Escobar, 2013):

- La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Existe mayor riesgo en una gestante cuando es menor de 18 años o mayor de 35 años. Los extremos de la edad reproductiva son considerados indicadores de riesgo por el incremento de la probabilidad de complicaciones como bajo peso al nacer, amenaza y trabajo de parto prematuro, restricción en el crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional y complicaciones en el trabajo de parto. La gestante menor de 15 años

presenta una alta frecuencia de nacimientos pretérmino que disminuyen acorde avanza la edad de la madre, con tendencia al aumento sobre los 40 años.

- Paridad, el riesgo es mayor en la primera gestación o después de la tercera gestación, en otras literaturas refieren que después de la quinta gestación.
- Intervalo intergenésico, tiene riesgo mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años. Esta condición se asocia frecuentemente con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.
- Antecedente de mala historia obstétrica, el riesgo es mayor cuando la mujer previamente ha presentado abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, trastornos hipertensivos del embarazo, etc.

Existen otros factores de riesgo preconcepcional que clasifican con solo su presencia a la mujer como alto riesgo preconcepcional, entre los cuales se encuentran: insuficiencia cardíaca, hipertensión crónica, psicosis, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia pulmonar (tuberculosis avanzada), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (Down y otras), baja estatura de la mujer (menor de 140cms.), dos o más cesáreas, siete o más embarazos y otras (Gutiérrez, 1997; Herrear et al., 2004).

La malnutrición en mujeres gestantes frecuentemente se asocia con la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo y partos pretérminos. La evidencia demuestra que un índice de masa corporal menor de 18.5 es un predictor de bajo peso al nacer y de restricción en el crecimiento intrauterino en el feto cuando la mujer se embaraza. En relación a la obesidad, las complicaciones principales se relacionan con trastornos hipertensivos del embarazo y la hipertensión arterial, pero también pueden observarse prematuridad y bajo peso del recién nacido (Herrear et al., 2004; Villaquiran et al., 2013)

La presencia de antecedentes familiares en la primera generación (padre, madre o hermanos) constituye un riesgo debido a que la trasmisión heredo familiar incrementa las posibilidades de daño si la gestación sucediera. Son considerados factores de riesgo: antecedente de hipertensión arterial, antecedente de madre o hermana que padecieron pre eclampsia y/o eclampsia, antecedente de diabetes gestacional, embarazo gemelar, tuberculosis (Villaquiran et al., 2013).

La ocupación es uno de los factores sociales preconceptionales que están asociadas con un incremento de resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, parto de pretermito, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos), entre estas condiciones se encuentran el trabajar más de diez horas por día, permanecer de forma continua de pie por más de seis horas, exposición a tóxicos químicos (agentes anestésicos, solventes y pesticidas). Se debe aconsejar a la mujer que en el momento de quedar embarazada cambie sus labores (Alvino, 2015).

Los estilos de vida son factores ambientales preconceptionales que pueden determinar una serie de riesgos desfavorables para las mujeres en edad reproductiva, la identificación y modificación de estos hábitos puede beneficiar a las mujeres y su futuro embarazo. Dentro de los más destacados se menciona el consumo de sustancias adictivas.

El hábito de fumar, activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre, se asocia con infertilidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, riesgo de parto pre término, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. El consumo de alcohol es sumamente teratogénico y no existe una dosis considerada segura para su uso en el embarazo, se relaciona con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta; el consumo excesivo de alcohol precozmente en la gestación puede producir el síndrome del alcohol fetal. El consumo de drogas ilegales afecta al embarazo negativamente, el uso de cocaína durante la gestación se vincula anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y restricción del crecimiento intrauterino. La marihuana presenta efectos parecidos a los producidos por el tabaco. El consumo de café, té o bebidas gaseosas debe ser de uso moderado, puesto que su uso a altas dosis en el primer trimestre del embarazo se ha relacionado con aborto espontáneo y a lo largo del embarazo son capaces de provocar bajo peso al nacer (Arenas y Vásquez, 2011; DNMI, 2013; Alvino, 2015).

Las situaciones sociales adversas o conductas personales (o de pareja) inadecuadas instituyen un factor de riesgo para la gestación y el producto, entre las que se puede señalar al embarazo no planificado, embarazo no aceptado, madre soltera,

promiscuidad, pareja inestable, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, entre otros. Un embarazo no planificado puede obstaculizar el desarrollo social, educativo y económico de la madre, y arriesga a que su producto nazca con amplias desventajas biopsicosociales (Duartes, 2009).

Es fundamental indicar que el riesgo indica únicamente una probabilidad, es decir, no se tiene la seguridad que ello sucederá, sino que las posibilidades de sufrir un daño serán más altas en el proceso de reproducción de lo que sería para otra mujer que no manifestara estos factores de riesgo. Por tal motivo, es importante para el sector de la salud actuar antes de la concepción, tratando de eliminar, modificar o cuando menos controlar los factores de riesgo preconcepcional (Gutiérrez, 1997; Fescina, De Mucio, Díaz, Martínez, Serruya y Durán, 2011).

Las mujeres que tienen un alto riesgo preconcepcional presentarán probablemente un alto riesgo obstétrico en el caso de quedar embarazadas, y así mismo, tienen mayor posibilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción. Por tal razón, es necesario actuar en la etapa preconcepcional con el objetivo de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para ofrecerles una atención de mayor complejidad (Gutiérrez, 1997; Herrear et al., 2004).

2.2.4 Cuidado preconcepcional

2.2.4.1. Generalidades

El cuidado preconcepcional es un componente primordial y crítico en la atención de las mujeres en edad reproductiva, teniendo como propósito la identificación de riesgos y el desarrollo de actividades orientadas a su modificación. Permite identificar oportunamente condiciones de morbilidad y estilos de vida considerados riesgo para la madre, el feto y el recién nacido, contribuyendo a un buen resultado perinatal (Fescina, 2011; Villaquiran et al., 2013).

El cuidado preconcepcional se determina por el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que conducen a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas apropiadas para mitigar o eliminar los dichos riesgos. Por lo que se necesitan acciones coordinadas entre las mujeres, los profesionales de salud de distintas disciplinas, los servicios de salud organizados en redes integrales y complementarias y otros actores que atiendan los acontecimientos relacionados con riesgos sociales, laborales o ambientales. Desde un punto de vista de salud pública, se debe concientizar a las personas y a sus familias de que el embarazo necesita una preparación biopsicosocial (MSPS, 2014).

El cuidado preconcepcional debe comenzar en las edades más tempranas de la mujer. Las actitudes hacia el cuidado preconcepcional influyen factores como: edad de la persona; estilo, estado y prioridades de vida; y su historia reproductiva. La mujer debe conocer ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud que impactarán en la evolución de una futura gestación, en el desarrollo intrauterino y extrauterino de su hijo. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar sobre los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos (MSPS, 2014; Alvino, 2015).

2.2.4.2. Atención Preconcepcional

La atención preconcepcional se define como el conjunto de acciones en salud para identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y para los de un embarazo; incluyen actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pueden afectar en un futuro el proceso de gestación que busca optimizar el resultado perinatal y materno (MSES, 2011; MSPS, 2014).

La atención preconcepcional es parte de la atención primaria, secundaria y terciaria, como intervención de carácter individual y preventivo. Son aspectos importantes en la atención preconcepcional la detección de mujeres con riesgo reproductivo y el cuidado preconcepcional, los cuales pueden reducir la morbimortalidad materna y perinatal, especialmente aquella derivada de causas indirectas (MSES, 2011; MSPS, 2014).

La atención preconcepcional es una consulta médica que tiene por finalidad detectar y evaluar las condiciones biológicas, las conductas sociales o hábitos presentes en una mujer o en una pareja, para detectar aquellas situaciones que podrían convertirse en riesgo durante la gestación, agravarse como consecuencia de ella y afectar la salud o la vida de la madre y el feto. Una vez que se detecta estos riesgos se procede a las intervenciones de salud aconsejadas (Durán y Gonzáles, 2001; MSPS, 2014). El objetivo de la atención preconcepcional es reducir los riesgos biopsicosociales y del ambiente para que una futura gestación se desarrolle en las mejores circunstancias, tanto para la mujer, la familia y el hijo que deseen engendrar (Duarte, 2009).

La consulta preconcepcional planificada se debe realizar en un intervalo de un año antes del embarazo y personalizada, la utilidad de la consulta no se limita a las mujeres con antecedentes de enfermedad o de embarazo previo complicado, sino también pueden beneficiarse todas las mujeres aparentemente sanas y sin factores de riesgo no descubiertos que puedan afectar a su reproducción. El periodo preconcepcional es el momento idóneo para la mujer y su familia para promocionar cambios de hábitos y fomentar conductas saludables por ser receptivas a las acciones educativas. Asimismo, el contacto con la futura gestante permite iniciar precozmente la quimioprofilaxis (Durán et al., 2001; Roviralta, Rodríguez, Valdez, Lorenzo, Reynoso y López, 2013).

La consulta preconcepcional se divide en (Durán et al., 2001; Sánchez, González, Aparicio y Ezquerra, 2005; Roviralta et al., 2013):

- Evaluación del riesgo preconcepcional que incluye:
 - Historia clínica con énfasis en los antecedentes personales (detección y/o seguimiento de enfermedades crónicas, antecedentes reproductivos, exposición a riesgos ambientales), familiares y reproductivos.
 - Exploración física
- Exploraciones complementarias
- Desarrollo de acciones educativas de salud y la realización de intervenciones socio-sanitarias.

La evaluación del riesgo preconcepcional debe realizarse a todas las mujeres que asisten a la consulta preconcepcional. Las herramientas básicas son la historia clínica y la exploración física. Es fundamental en la consulta preconcepcional hacer énfasis sobre

los antecedentes personales. Se debe obtener información sobre los antecedentes menstruales, obstétricos (complicaciones en embarazos previos), uso de contraceptivos, conductas sexuales y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. Así mismo, se debe obtener información acerca de la historia social, los hábitos y el estilo de vida de la mujer; la exposición a medicamentos o productos químicos produce del 3% al 6% de las anomalías en el embrión o feto, el tiempo de exposición establece el tipo e importancia de la anomalía. Se debe indagar acerca de la información sobre los antecedentes de enfermedades en los miembros de la familia, y ofrecer consejo genético si ellos, su descendencia o parientes contiguos han padecido anomalías cromosómicas, defectos del tubo neural u otros defectos al nacer, retraso mental o fibrosis quística (Sánchez et al., 2005; Roviralta et al., 2013).

Cuando la mujer es mayor de 35 años se debe informar sobre el riesgo de anomalías cromosómicas en la descendencia y de las posibilidades de diagnóstico prenatal en el caso de iniciar un embarazo. En la mujer con una enfermedad crónica, el período preconcepcional es el mejor momento para comenzar la asistencia para un futuro embarazo, esto ofrece información a la mujer sobre los riesgos que supone el embarazo para la evolución de su enfermedad y la enfermedad sobre el resultado del embarazo, permitiendo tomar decisiones sobre su futura reproducción. Entre las enfermedades crónicas que se benefician de la consulta preconcepcional se encuentra: asma, diabetes mellitus, enfermedad intestinal inflamatoria, trastorno bipolar, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, nefropatías, enfermedades tiroideas, enfermedades tromboembólicas, hipertensión arterial, infección por el virus de la hepatitis B, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y tuberculosis (Sánchez et al., 2005; Fescina, 2011).

Posterior a una exploración física básica se debe recomendar la medición de peso, talla, índice de masa corporal (IMC), toma de tensión arterial (TA) y anamnesis sobre vacunas recibidas. La Sociedad Española de Ginecología (SEGO) recomienda a todas las mujeres la realización de determinación de hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, glucemia y proteinuria; citología vaginal (mediante triple toma) y cribado de rubéola, toxoplasmosis (discutido) y sífilis, además, serología de lúes, rubéola, hepatitis B y C, VIH (bajo conocimiento informado) (Sánchez et al., 2005; Roviralta et al., 2013).

2.2.4.3. Consejería preconcepcional

La consejería preconcepcional tiene como finalidad identificar factores de riesgo a priori, que corresponden a las variables demográficas y de salud, que pueden estar relacionados con resultados adversos tanto en la madre como en el feto y el recién nacido. Una vez que se detectan los factores de riesgo se debe ofrecer información a la mujer y posteriormente educar sobre los daños asociados con estos y la intervención a realizar, lo que garantiza una buena calidad en la atención y el fomento de auto cuidado (Durán et al., 2001; Villaquiran et al., 2013).

La consejería preconcepcional es un proceso de comunicación personal con participación conjunta entre el prestador de salud y la mujer u hombre o la pareja, con el cual se les ofrece los elementos necesarios para tomar una decisión voluntaria, consciente e informada sobre el beneficio del deseo de la procreación de los hijos e hijas a partir de su estado de salud; además, informarles cómo prorrogar este plan de vida si las condiciones de salud no son las apropiadas en el momento de la consejería. La consejería debe aplicarse según las características de la población como el enfoque de género, etnia, cultura, etapa de la vida y situación socioeconómica (Duartes, 2009; Alvino, 2015).

La educación preconcepcional requiere que los proveedores de salud manejen la misma información en relación al cuidado preconcepcional y se discutan de manera habitual como mínimo los siguientes temas: planeación de la familia, prevención del embarazo no deseado, espaciamiento de los hijos, evaluación del peso óptimo, estado de inmunización contra enfermedades infecciosas, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos (Donoso y Oyarzún, 2013; MSPS, 2014).

2.2.4.4. Autocuidado preconcepcional

Las mujeres deben ser motivadas y educadas para el autocuidado primordialmente para el ejercicio de sus derechos en salud sexual y reproductiva, y para diseñar un plan de vida reproductivo, enfocado en la expectativa de decidir y en el momento que concierna de tener o no hijos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Un plan de vida reproductivo involucra la capacidad de gozar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la probabilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a conseguir información que facilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que perjudique la integridad y la salud, así mismo el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, estado civil, etnia, clase, u orientación sexual, considerando sus necesidades específicas, según su ciclo vital (Naciones Unidas, 1995).

Todas las mujeres en edad reproductiva deben tener en cuenta las herramientas para reconocer y actuar de forma proactiva frente a (MSPS, 2014):

- Antecedentes familiares y hereditarios.
- Enfermedades crónicas.
- Riesgo cardiovascular y alteraciones metabólicas.
- Conductas saludables frente a la actividad física y la dieta.
- Alternativas para evitar los embarazos no planeados con el uso de métodos anticonceptivos.
- Exposición a agentes teratogénicos o tóxicos.
- Riesgos laborales (biológico, físico, estrés, sobrecarga laboral y otros).

2.2.5. Autocuidado

2.2.5.1. Generalidades

El autocuidado se trata de las prácticas cotidianas y las decisiones sobre estas, que una persona, familia o grupo efectúa para cuidar de su salud; responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas frecuentes de la cultura a la que pertenecen. Frente a los

riesgos a la salud reproductiva las prácticas de autocuidado actúan como factores protectores. Estas prácticas son destrezas aprendidas en el transcurso de la vida, voluntarias, que tienen como objetivo promover conductas positivas, fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad (Tobón, 2005; OPS, 2006).

El autocuidado ha sido desde los albores de la humanidad una función inherente e indispensable del ser humano para su interacción con el resto de los seres vivos. Es el resultado del crecimiento del individuo en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su medio. Constituye una estrategia importante en la protección de la salud y prevención de la enfermedad por su gran potencial en influir positivamente en la forma de vivir de las personas (Tobón, 2005).

Las prácticas para el autocuidado se corresponden de manera general con: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos, entre otros (Tobón, 2005).

El autocuidado es considerado también como parte del estilo de vida, los cuales son patrones de conducta que manifiestan la manera de interactuar de las personas con su medio social, estos patrones aparecen a partir de conductas que se repiten en situaciones diversas que la persona afronta en su diario vivir, lo efectúa influenciada por su propio modelo de valores, los de otros individuos y por los acontecimientos económicos y políticos que determinan el medio en que se desarrolla. El autocuidado se manifiesta de tres maneras entre los estilos de vida: como hábitos diarios rutinarios de vida que perjudican la salud (rutinas sedentarias, fumar, beber, rutinas sedentarias etc.); como conductas que conscientemente buscan conservar la salud; y como conductas que responder a las manifestaciones de la enfermedad (OPS,2006).

En su relación con el estilo de vida de los seres humanos se presentan dos tipos de prácticas, las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. En la calidad de vida de las personas influyen tanto factores protectores y factores de riesgo.

Los factores protectores son los aspectos internos o externos a la persona que facilitan conservar o incrementar los niveles de salud. Los factores de riesgo son los eventos que incrementan o crean la posibilidad de provocar daño o de enfermarse (Tobón, 2005).

Las personas como respuesta a los factores protectores desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud como el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, la adopción de una dieta saludable, entre otras. Los individuos frente a los factores de riesgo adoptan prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse como saneamiento ambiental, higiene, vacunación, entre otros. Las prácticas protectoras se refieren a la promoción de la salud y las prácticas preventivas se relacionan con la prevención de la enfermedad (Tobón, 2005).

El autocuidado permite a las personas convertirse en resultado de sus propias actuaciones, es decir, es un proceso voluntario del sujeto para consigo mismo, que implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida vinculada a las experiencias cotidianas, la cual se apoya en un sistema formal como el de salud, e informal con el apoyo social (Tobón, 2005; Escobar, Franco y Duque, 2011).

El autocuidado posee un carácter social e implica cierto nivel de conocimiento y elaboración de un saber y, además, da lugar a interrelaciones. Para que el autocuidado se presente se requiere de cierto grado de desarrollo personal mediado por un fortalecimiento permanente del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia (Tobón, 2005; Escobar et al., 2011).

El autoconcepto es un conjunto de creencias sobre sí mismo y se presentan en la conducta, que se aproximan más a la realidad a medida que el individuo estudie a profundidad sus propias características. Al tener un autoconocimiento mayor facilita un conocimiento más objetivo de sí mismo, constituyendo el primer paso para la autoaceptación. El autoconcepto se relaciona con dos características: la autoimagen y la autoeficacia. La autoimagen es la representación mental de la propia imagen corporal, en tanto que la autoeficacia es el reconocimiento de las capacidades que se tiene para obtener lo que se propone (Tobón, 2005).

La autoestima o autovaloración es la valoración que cada persona tiene de sí mismo con relación a sus caracteres intelectuales, emocionales, espirituales y físicos; se muestra como un sentimiento (positivo o negativo) del ser a partir de eventos precisos, del cual se aprende, cambia y se mejora. La autoestima se origina del autoconcepto que se tiene de sí mismo, se desarrolla a partir de las opiniones de los demás, y puede estar influenciada por factores internos. Una autoestima adecuada, relacionada a un concepto positivo de sí mismo, fomentará el autocuidado, desarrollará la capacidad de sus habilidades e incrementará el nivel de seguridad personal, es el principio de una salud mental y física adecuada (Tobón, 2005; Duartes, 2009).

La autoaceptación es el reconocimiento a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones; permite asumir y aceptar constructivamente las características que difícilmente pueden ser modificadas. El autocontrol es la capacidad que se tiene para controlar las decisiones. El control es primordial sobre las decisiones alrededor del autocuidado e intervienen el control interno y externo. El control interno se relaciona con las creencias de la persona y el potencial de influir en el medio y en el rumbo de la propia salud, se incluyen aquí a los determinantes personales. El control externo es todo lo que proviene del medio externo al individuo, como la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación (Tobón, 2005).

La resiliencia según Grotberg (1996) es la “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”, de este modo, la resiliencia demuestra cómo es posible afrontar las oportunidades del desarrollo humano pese a la adversidad, y se convierte en un proceso personal donde se involucran aspectos internos (autoestima, buen humor, seguridad, empatía, etc.) y condiciones del medio (económico, familiar, social, político, cultural). La resiliencia es fundamental en el autocuidado al facilitar a los individuos actuar de forma más sana frente a las dificultades de la calidad de vida (Tobón, 2005).

2.2.5.2. Factores determinantes del autocuidado

La toma de decisiones relacionadas al estilo de vida está determinada por factores internos y externos, cuando estos factores interactúan de forma beneficiosa se obtiene una buena calidad de vida. Los factores internos se refieren a los conocimientos y la

voluntad mientras que los factores externos son las condiciones para lograr una calidad de vida (Tobón y García, 2004).

Los factores internos dependen de la persona y determinan de manera directa al autocuidado, se corresponde esencialmente con los conocimientos y la voluntad. Los conocimientos definen en gran parte la adopción de prácticas saludables al permitir a los individuos a tomar decisiones informadas y seleccionar prácticas beneficiosas o de riesgo en relación al cuidado de su salud; pero estas determinaciones no obedecen únicamente de la educación y la información sino también a la intervención de varios factores internos y externos (Tobón et al., 2004).

En relación a la voluntad, es esencial comprender que cada individuo posee un historial de vida con creencias, valores, aprendizajes y motivaciones diferentes, razón por la cual cada persona tiene una *clave para la acción* distinta en relación a cada uno de sus hábitos y a los demás. La *clave para la acción* es un evento que activa en la persona estructuras mentales y emocionales que conducen a reconsiderar un hábito, una creencia o costumbre, estas modificaciones se pueden dar por hechos varios (una enfermedad, una muerte, un comercial, una opinión o una catástrofe) y pueden *disparar* un cambio, lo que explica que las personas reaccionen de manera diferente a la educación masiva (Tobón, 2005).

Generalmente las personas presentan conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo que se evidencia al fomentar comportamientos de riesgo cuando tienen conocimientos saludables, movidos por diversos determinantes de la conducta. Se denominan *paradojas comportamentales* a los conflictos que ocurren entre la prioridad en salud de los individuos y los comportamientos deseados por el sistema de salud, y entre el conocimiento de las personas sobre riesgos determinados y la conducta adoptada frente a estos (Tobón, 2005; Uribe, 2006).

Con respecto a los determinantes personales se debe tener en consideración dos aspectos: las actitudes y los hábitos. Las actitudes son el resultado del convencimiento íntimo que conlleva a una persona proceder a favor o en contra ante una concreta situación; se relaciona con los valores, los principios y la motivación, donde la voluntad del cambio juega un notable rol. Los hábitos son la instauración de patrones

comportamentales por su repetición, es decir, son la repetición de una conducta que la persona internaliza como respuesta a una condición precisa (Tobón et al., 2004).

Los factores externos o ambientales son los aspectos que hacen posible o no el autocuidado de los individuos, conciernen a los determinantes de tipo cultural, familiar, social, político, ambiental y económico. Entre estos factores se encuentran los de tipo (Tobón, 2005; Uribe, 2006):

- Cultural: en relación a la manera que la cultura define el autocuidado hay que considerar que la obtención de nuevos conocimientos y la adopción de prácticas nuevas se les dificulta a los individuos por los comportamientos que están fuertemente enraizados en un sistema de tradiciones culturales y de creencias.
- De género: las prácticas de autocuidado han tenido un sesgo en la sociedad, el cual han originado diferentes formas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres, esto puede deberse al realizar una división sexual en el trabajo y al ubicar a hombres y mujeres en una ubicación social dada por la cultura, lo que provocó que surjan asignaciones y maneras diversas del cuidado en el transcurso del ciclo de la vida, es así que a los hombres se les asigno los cuidados coherentes con el mantenimiento del orden público o la aplicación de la fuerza física, mientras que a las mujeres lo referente a los cuidados del quehacer diario concernientes con la alimentación, al cuidado del cuerpo y todo lo indispensable para proteger y conservar el cuerpo en un medio sano, es decir surge el rol de cuidadora de la mujer.
- Científico y tecnológico: desde el punto de vista ecológico, las innovaciones relacionadas en el campo de salud y en general todo lo que corresponde con la vida (planeta y universo), tiene la posibilidad de cuidar la propia salud ya que se comparte un universo que se encuentra en interrelación continua.
- Físico, económico, político y social: para el autocuidado y optar por prácticas saludables es necesario el apoyo político con el establecimiento de políticas públicas saludables, contar de recursos físicos mínimos como infraestructura sanitaria y la participación social, se requieren de compromisos intersectoriales y sociales.

2.2.5.3. Fomento del autocuidado

Los objetivos del fomento del autocuidado en las personas es la búsqueda por parte del personal de salud del incentivo del cambio de las personas de una actitud pasiva en

relación al cuidado de su salud a una actitud activa, implicando que tomen la iniciativa y actúen en la búsqueda del bienestar esperado; así mismo, se intenta obtener cambios de actitudes, hábitos y costumbres frente al cuidado individual y la del colectivo (Tobón, 2005).

Las herramientas para el fomento del autocuidado brindan a las personas y a los grupos las oportunidades para obtener una mejor calidad de vida, estas herramientas son similares de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; y establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social (Tobón et al., 2004).

El autocuidado al tener un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, ha sido abordado por diversos campos profesionales incluyendo el área de la salud y el área social, constituyendo su investigación interdisciplinaria. Así mismo, el fomento del autocuidado precisa de un enfoque humanista, por cual es imprescindible partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como el resultado de los cuidados que uno mismo se permite a sí mismo y a los demás (Tobón, 2005; Uribe, 2006).

La promoción del autocuidado es una estrategia esencial para buscar el bienestar integral en el diario vivir y conseguir así el desarrollo humano. El autocuidado es una práctica que implica líneas de crecimiento donde los individuos deben trabajar diariamente para obtener un desarrollo equilibrado y armónico, estas líneas de crecimiento favorecen el desarrollo integral y se corresponden con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del individuo por medio del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (Uribe, 2006).

2.2.6. Conocimientos, actitudes y prácticas

2.2.6.1. Estudios de Base CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)

Los estudios Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) son evaluaciones que miden los conocimientos, actitudes y prácticas humanas en relación a una situación o tema particulares, o los cambios que se suceden posterior de una intervención concerniente a los mismos. Estos estudios ofrecen un marco general de los conocimientos, actitudes y prácticas de una comunidad determinada en relación a un tema social concreto (salud, participación ciudadana, educación, etc.) para la aplicación de un programa de intervención en relación a dichos aspectos y el cual tiene como objetivo orientar y mejorar la calidad de vida (Ramírez, 2014; Vásconez, 2014).

La metodología CAP se originó en el año de 1950 como instrumento diagnóstico para medir el nivel de oposición evidente en diversos grupos poblacionales frente a la idea y organización de la planificación familiar, así mismo para obtener información acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la planificación familiar para posterior ser usados en la realización e implementación de programas de salud (Vásconez, 2014).

Las encuestas CAP investigan el modo por el cual el conocimiento (C), actitudes (A) y prácticas (P) se transforman en comportamientos o estilos de vida en una población y como esta posee conductas individuales y colectivas. Cada encuesta está diseñada para un problema y un contexto específicos, presentan características como diseño sencillo, datos cuantificables, exposición de resultados concisa, generalización de muestras pequeñas a poblaciones más grandes, diligencia de implementación, facilidad para capacitar a los encuestadores y comparabilidad cultural. Este tipo de encuestas utiliza menos recursos y son más rentables que otros métodos de investigación social debido a que están altamente enfocados y tienen un alcance limitado (Ramírez, 2014; Vásconez, 2014)

En la actualidad, los estudios CAP tienen un uso popular y amplio en prácticas dirigidas al manejo de la salud, además proveen información en relación al conocimiento de las personas sobre ciertos temas, como se sienten, y cómo se comportan ante ellos. Así mismo, los estudios CAP muestran a la luz los factores sociales, culturales y económicos que afectan a la salud y la implementación de iniciativas en salud pública. Son la base fundamental de los diagnósticos porque brindan información a instituciones u organizaciones encargados de la creación, ejecución y evaluación de programas de

promoción de la salud, cuyo objetivo es la de comprender mejor la manera de actuar de las personas y así desarrollar de manera eficaz programas sanitarios (Ramírez, 2014; Vásconez, 2014)

Se han identificado como determinantes del comportamiento de la salud a los conocimientos, experiencias, influencia social, hábitos, autoconfianza, motivación, actitudes y posibilidades de cambio. Algunos autores manifiestan que el conocimiento es fundamental para influir en la actitud que conduce a modificaciones en la salud, pero otros modelos proponen que existe una vía más compleja que dirige a cambios en el comportamiento de la salud, como son las experiencias y la influencia social que producen modificaciones en la actitud resultando cambios en el comportamiento de la salud (Laza et al., 2012; Ramírez, 2014).

A pesar de ello, los estudios CAP se tornan significativos en el campo de la salud reproductiva a causa del déficit de conocimiento que presentan las mujeres, lo que puede ocasionar en la mayoría de los casos que no sean conscientes del potencial de su salud y de los riesgos concernientes con esta, y de esta forma acarrear en un futuro a la toma de decisiones sin la información adecuada, las cuales pueden afectar el bienestar tanto de ellas y de sus hijos.

2.2.6.2. Conocimiento

El conocimiento es todo lo que se adquiere por medio de la interacción con el medio, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente de manera única para cada sujeto. Los conocimientos que se dispone se relacionan de alguna manera a determinados procesos, fenómenos, acciones y tipos de actividad de las personas. Por ende, el conocimiento no es innato, es la suma de los acontecimientos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje de la persona (Flores y Ylatoma, 2012)

Mario Bunge define al conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, basándose en esto el conocimiento se clasifica en conocimiento científico y conocimiento vulgar. El conocimiento científico se lo describe como un contenido racional, analítico, objetivo,

sistemático y verificable a través de la experiencia; y en cambio al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación (Céspedes, 2010; Arrasco y Gonzales, 2012;).

Desde el punto de vista pedagógico, el conocimiento se lo define como una experiencia que comprende la representación vivida de un suceso, es la facultad del propio pensamiento y de percepción, que incluye al entendimiento y a la razón. Filosóficamente, según Salazar Bondy el conocimiento es como el acto y el contenido, lo determina como acto porque es la aprehensión (proceso mental y no físico) de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; y como contenido porque asume que se adquiere por los actos de conocer, producto de la operación mental de conocer, y este conocimiento se puede obtener, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico (Céspedes, 2010; Arrasco et al., 2012).

El ser humano es un constructor ilimitado de conocimiento debido a la permanente interacción entre él y la realidad a la que está circunscrito, esto le ofrece la oportunidad de generar nuevas ideas acerca de los acontecimientos que le rodean, y estas ideas a su vez evolucionan de acuerdo a los adelantos tecnológicos y científicos que van originando nuevos conocimientos. La salud es el goce de un alto grado de bienestar mental y social, razón por la cual el conocimiento que el ser humano que posee ve influir en la toma de decisiones relacionadas con su salud (Arrasco et al., 2012).

El ser humano puede captar un objeto en tres etapas diferentes y al mismo tiempo por tres niveles distintos estrechamente vinculados (Arrasco et al., 2012; Flores et al., 2012):

- El conocimiento descriptivo, se refiere en la captación de un objeto a través de los sentidos (imágenes captadas por la vista), y así poder almacenar en la mente las imágenes de las cosas con color, figura y dimensiones. Los principales órganos de los sentidos usados por los individuos son los ojos y los oídos.
- El conocimiento conceptual o empírico, consiste en la captación de un objeto dentro de un amplio contexto, definidos con claridad y sin estructuras ni límites. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales.

- El conocimiento teórico, se trata de representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales.

Para la investigación dada la complejidad del proceso de apropiación y elaboración personal del conocimiento, se prefiere asumirlo a partir de las parcelas de información significativa que sobre un tema específico es capaz de reproducir un individuo a partir de las impresiones de los datos recolectados y procesados, ya que el conocimiento tiene como fuente la información misma, aunque es un producto posterior y surge a partir de ella. (Rendón, 2005)

2.2.6.3. *Actitudes*

La actitud se la define como una forma de ser, una tendencia aprendida no innata y estable, que puede modificarse al reaccionar frente a un objeto (individuo, grupo, situación, entre otros) de modo favorable o desfavorable. Es una variante intermedia entre una situación y la respuesta a esta, que permite explicar el por qué una persona sometida a un estímulo elija adoptar un tipo de práctica específica (Ramírez, 2014).

A partir de 1918 de la incursión por los sociólogos norteamericanos W. Thomas y F. Znaiecki a la investigación de las actitudes, su estudio ha pasado por diversas etapas y se han generado numerosas definiciones, es así que Berkowitz en 1972 propone distribuir en categorías las definiciones de actitud sustentadas en tres características (Vargas. 2007):

- Las que consideran que actitud es una evaluación o una reacción afectiva: sentimientos favorables o desfavorables hacia un objeto
- Las que sustentan como elemento fundamental de la actitud la tendencia a actuar de cierto modo.
- Las que consideran una combinación de tres componentes en la actitud: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. Este planteamiento es el que más se usa en la actualidad para el estudio de las actitudes.

Algunos autores señalan que las actitudes se aprenden y permanecen implícitas, que aparentemente se adquieren de igual forma como otras actividades internas aprendidas. Además, a la par, son predisposiciones a responder, que se diferencian de otros estados

semejantes al predisponer una respuesta evaluativa, es decir, las actitudes se describen como tendencias de acercamiento o evitación. En cambio, otros autores definen a la actitud como el conjunto de categorías de las personas que evalúan un dominio de estímulos, que lo establecen a medida que conocen dicho dominio al interactuar con otras personas y lo relacionan con diversos subconjuntos dentro de aquel dominio, con diferentes niveles es de afecto positivo o negativo (Vargas, 2007).

A pesar de las numerosas interpretaciones sobre el significado de actitud existen varias áreas que presentan un acuerdo esencial. El primer consenso general manifiesta de que una actitud es una *predisposición a responder a un objeto*, y no la conducta efectiva hacia él, esto es, disposición a conducirse, constituyendo una de las cualidades características de la actitud. Un segundo acuerdo esencial es que la actitud es *persistente* pero no significa que sea inmutable; la alteración de las actitudes, especialmente de las que se mantienen vigorosamente, requiere una fuerte presión por lo que la persistencia de las actitudes favorece marcadamente a la consistencia de la conducta. La tercera concordancia señala que la actitud *produce consistencia en las manifestaciones conductuales*, la actitud da inicio a la consistencia entre sus diversas manifestaciones que toma la forma de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento de aproximación o de evitación del objeto. Por último, la actitud tiene una *cualidad direccional*, no implica simplemente la creación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que tiene una característica motivacional (Vargas, 2007).

Para el estudio se considera las actitudes como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas; partiendo de que, para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto, al estar formada por las percepciones y creencias hacia la realidad generada sobre la base de la información que tenemos de ello, de ahí la relevancia de los conocimientos en su formación. (Young, K y Flügel, JC, 1997)

2.2.6.4. Prácticas

Las prácticas se definen por algunos autores como comportamientos y acciones observables del ser humano en respuesta a un estímulo, por tanto, las prácticas son reacciones u actuaciones repetidas de una persona a su objeto actitudinal (cualquier cosa, persona, grupo o abstracción susceptible de evaluación), a la par son descritos por otros como hábitos que se instauran una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del quehacer diario de un individuo en diversos aspectos de su vida y están influenciados por la cultura, valores de la persona, emociones, acciones, ética, ejercicio de la autoridad, persuasión, coerción y genética (Vargas, 2007; Arrasco et al., 2012; Laza et al., 2012).

La relación directa entre los individuos y su objeto actitudinal por una práctica de una actividad específica interviene en la generación de conocimientos e influye en este al mostrar la manera de cómo realizar algo. Así también, las actitudes adquiridas con anterioridad facilitan u dificultan los procesos por los cuales las prácticas y los conocimientos originan nuevas actitudes, lo que influye en las personas en su disposición o indisposición de efectuar prácticas específicas o sobre el desarrollo de las mismas (Vargas, 2007).

La relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas, o sea, como los primeros llegan a influir sobre las últimas es uno de los problemas más complejos y estudiados en la psicología. Existen varias teorías que tratan de explicar la concreción en acciones observables de la información y las predisposiciones. De manera general los autores coinciden en que, aunque existan conocimientos suficientes y actitudes favorables, la probabilidad de llevarla a cabo va a depender, entre otros factores, de la percepción de control por parte del individuo sobre su conducta.

Así, la percepción de que puede llevar con éxito la conducta se basa en la creencia de que será posible hacerlo sin grandes riesgos y con la seguridad de eficiencia, sin lo cual difícilmente se manifestará la conducta, aunque poseamos una actitud muy favorable hacia ella. La percepción de control, está conformado, tanto por variables internas (percepción de capacidad, habilidad de acción), como por variables externas (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, cooperación, etc.). La inclusión de este tercer determinante ayuda a mejorar el pronóstico de la conducta, la percepción de

control actúa directa o indirectamente sobre la conducta, modificándola o inhibiéndola (Carpi et al., 2001).

2.2.7. Estrategia de intervención educativa

Las nuevas conceptualizaciones del proceso salud enfermedad propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) representaron un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y de las inversiones necesarias para lograrlo. Desde los inicios las sucesivas reformas sanitarias que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud (APS) como base del sistema sanitario, se ha destacado por la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el abordaje de la salud y la enfermedad poblacional.

En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población, así como de la relevancia que tienen los aspectos cognitivo motivacionales en la toma de decisiones informadas sobre la salud por los individuos.

Apreciar la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento

socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, definiéndose generalmente como: “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas” (González, 2014)

Para ello se requiere tener claridad en el estado que se quiere lograr y traducirlo en metas, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados, atravesados por muchas otras variables, una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones.

En la literatura (Valentín, 2004; Jordán, Pachón, Blanco, Achiong, 2011; Sanabria, 2007) se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los

logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

La OMS también ha enfatizado que la Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la APS, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que haga posible y efectivo el cambio en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. Pero para ello parte necesariamente de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades, constituyendo las estrategias o programas de intervención educativa unas de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud desarrolla las oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria de la población, incluyendo la mejora de los conocimientos y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo establecido conscientemente que tiene como finalidad responsabilizar a los individuos con la defensa de la salud propia y colectiva. La educación para la salud es parte del proceso asistencial y como tal, transversaliza la atención integral desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La educación para la salud permite la transmisión de información al tiempo que fomenta la motivación y el desarrollo de las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades, por ello requiere

para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública.

Las intervenciones en salud, por tanto, se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. La salud dependerá del nivel de implicación individual y colectiva, en la situación familiar, grupal y cultural, del nivel de información tanto como de la disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar a nivel individual, además de la existencia a nivel institucional de una cobertura de atención que asegure la salud pública en sus distintos niveles a toda la sociedad.

De modo que se entenderá como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa” (Jordán et al., 2011)

Es evidente que la elaboración de programas o estrategias educativas tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo como proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que debe ser constatado evaluando los datos pertinentes antes y después de la intervención, establecida sobre una metodología didáctica a seguir.

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (Metodología en la educación sanitaria 2004.)

Para este trabajo se asumirá el diseño sistematizado por Jordán (2011) en su estudio “Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud (2002).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de investigación

Clasificación de la investigación: Se realizó una investigación aplicada (Artiles, Iglesias, y Barrios, 2008).

Nivel de investigación: Descriptivo, porque estuvo dirigido a evaluar el nivel de conocimiento sobre los trastornos hipertensivos del embarazo, las actitudes frente al riesgo preconcepcional y las prácticas de autocuidado.

Tipo de estudio: Correlacional de corte transversal.

Correlacional, porque permitió relacionar las variables: nivel de conocimiento sobre los trastornos hipertensivos del embarazo con las actitudes frente al riesgo preconcepcional y prácticas de autocuidado.

Transversal, porque se estudió a las variables durante un tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo y en el cual no se dio un seguimiento posterior.

3.2. Localización y temporalización

Se realizó el estudio en la comunidad Palmira Dávalos de la parroquia Palmira del cantón Guamote. Distrito Colta Guamote. Provincia Chimborazo, en el período de enero a junio de 2016.

3.3. Población de estudio

Estuvo constituida por la población de mujeres en edad fértil de la comunidad Palmira Dávalos. Se trabajó con el universo conformado por 45 mujeres.

Criterios de inclusión:

- Mujeres comprendidas en el grupo etáreo de 15 a 49 años de edad.

- Dar su consentimiento informado para participar en este estudio.
- Residir de forma permanente en la comunidad.

Criterios de exclusión:

- Presentar alguna enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual.

Criterio de salida:

- Abandono del estudio por cualquier causa.

3.4. Variables de estudio

3.4.1. Identificación

Variables dependientes:

- Conocimientos
- Actitudes
- Prácticas

Variables independientes:

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Ingreso económico
- Número de embarazos
- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares de trastornos hipertensivos del embarazo

3.4.2. Operacionalización

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	10 – 19 20 – 29 30 – 39 40 – 49	Se refiere a los años cumplidos	Proporción de mujeres en edad fértil por grupos de edad
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Según último año de educación culminado	Proporción de mujeres en edad fértil según nivel de instrucción
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión estable Divorciada Viuda	Según condición conyugal	Proporción de mujeres en edad fértil según estado civil
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Estudia Trabaja	Según labor que realiza	Proporción de mujeres en edad fértil según la ocupación
Religión	Cualitativa nominal	Ninguna Católica Evangélica Otra	Se refiere las creencias religiosas que profesa	Proporción de mujeres en edad fértil según religión
Ingreso económico	Cuantitativa continua	Más de 83,56 dólares (no pobreza) De 47,09 a 83,56 dólares (pobreza) Menos de 47,09 dólares (pobreza extrema)	Es una medida de bienestar económico que capta todos los ingresos corrientes disponibles del hogar y los asigna proporcionalmente para el número de miembros de la familia.	Proporción de mujeres en edad fértil según Ingreso económico
Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 y más	Se refiere al número de embarazos que ha tenido (incluye abortos y partos)	Proporción de mujeres en edad fértil según número de embarazos
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal	Tiene No tiene	Se refiere a los antecedentes patológicos personales referidos	Proporción de mujeres en edad fértil según antecedentes

				patológicos personales
Antecedente familiar de trastornos hipertensivos del embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Tiene No tiene No sabe	Se refiere a la historia de trastornos hipertensivos del embarazo en familiares de primer y segundo grado de consanguinidad	Proporción de mujeres en edad fértil según antecedente familiar de trastornos hipertensivos del embarazo
Conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Proporción de mujeres en edad fértil según conocimientos sobre trastornos hipertensivos del embarazo
Actitudes	Cualitativa nominal dicotómica	Actitud positiva Actitud negativa	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la valoración sobre los trastornos hipertensivos del embarazo Actitud positiva: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas Actitud negativa: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Proporción de mujeres en edad fértil según las actitudes sobre los trastornos hipertensivos del embarazo
Prácticas	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a las prácticas de autocuidado sobre los trastornos	Proporción de mujeres en edad fértil según prácticas de autocuidado sobre los

			<p>hipertensivos del embarazo</p> <p>Adecuada: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>Inadecuada: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>trastornos hipertensivos del embarazo</p>
--	--	--	--	--

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la encuesta. Se usó un cuestionario como instrumento de recolección de datos el cual fue elaborado por la investigadora y sometido a la consideración de expertos. Se realizó la prueba piloto con veinte mujeres de características parecidas a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, cuya finalidad fue valorar su nivel aceptación y las dificultades que existieron para dar solución. Se trató que la información recolectada se encontrará dentro de los objetivos de la investigación, sea confiable, válida y diversa.

3.5.1. Características del instrumento

El cuestionario se estructuró en dos partes, una parte inicial que recogió datos de las variables biosociodemográficas y otra que contempló una encuesta sobre conocimientos sobre los trastornos hipertensivos del embarazo, actitudes frente al riesgo preconcepcional y prácticas de autocuidado que fueron valorados por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple.

El conocimiento fue evaluado mediante el sistema de puntuación simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

Para las actitudes y las prácticas se aplicó una escala tipo Likert, el sistema de puntuación empleado fue a través de la sumatoria de la puntuación obtenida según la opción de respuesta considerando las actitudes positivas y las prácticas adecuadas el 60% o más de estas, actitudes negativas y prácticas inadecuadas cuando se responde correctamente menos del 60 % de los ítems según el caso (Anexo A).

3.5.1.1. Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre trastornos hipertensivos del embarazo. Se seleccionaron 6 jueces expertos, todos docentes universitarios: 2 especialistas en Ginecología y Obstetricia, 1 Psicólogo y 3 especialistas en Medicina General Integral.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de *Moriyama (1968)*, el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que la encuestada entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Se realizó el estudio piloto en veinte mujeres con características parecidas a las del grupo de investigación y que no formaron parte del estudio para adecuar los elementos de comprensión del cuestionario. Posteriormente cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

A continuación, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems

fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

En la validación de contenido, se encontró que el 33,3% de los ítems obtuvo todas las calificaciones de mucho, el 66,7% restante fue corregido y sometido nuevamente a la valoración de los expertos. Posterior a la segunda revisión el 75% obtuvo todas las calificaciones de mucho, por lo que el 25% fue reformulado y evaluado nuevamente por los expertos que manifestaron su acuerdo con la totalidad de los ítems (Anexo B).

3.6. Diseño de la estrategia de intervención educativa

Un programa educativo en salud es en términos generales, y como primera aproximación, prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes).

El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el nivel de conocimientos y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje de las distorsiones sobre trastornos hipertensivos del embarazo en un grupo de mujeres con el propósito de lograr modificaciones en sus

actitudes hacia el fenómeno de estudio y fomentar prácticas de autocuidado que propicien su prevención.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción: Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se estableció el contexto de la problemática a resolver, las ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia desde el punto de vista filosófico, sociológico y pedagógico.
- Se identificó la información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje expresadas en forma de pensamientos distorsionados sobre trastornos hipertensivos del embarazo en este caso.
- Se definieron los riesgos presentes en las mujeres de estudio que pueden ocasionar el desarrollo de trastornos hipertensivos del embarazo y de acuerdo con las informaciones encontrada sirvió de justificación de la estrategia.

2. Fase de programación: Diseño de la estrategia.

- Se definieron los objetivos generales y específicos que permitieran la transformación de las mujeres en estudio desde su estado real hasta el estado deseado de menor distorsión de sus pensamientos sobre trastornos hipertensivos del embarazo.
- Se eligió la metodología a seguir en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes en la comunidad de Palmira Dávalos, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible llevar a cabo el programa educativo que permita modificar de forma consciente y duradera la situación inicial cumpliendo los objetivos.
- Se describió cómo se aplicará, en qué lugar, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, quienes serán los responsables y los participantes.
- Se diseñaron las acciones concretas en formas de temas a desarrollar, auxiliados mediante técnicas afectivas participativas que permitieran optimizar los procesos de comunicación destinados a influir sobre las mujeres de forma sostenible.

- Se estableció el sistema de evaluación de los procesos, las actividades y los resultados logrados con la aplicación del programa educativo.

La estrategia de intervención educativa quedó constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo algunas técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos y su contexto de vida.

Los temas seleccionados se agruparon por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo. La evaluación de la estrategia educativa incluyó tres formas: para la evaluación de los resultados se aplicará el mismo instrumento utilizado para el diagnóstico inicial, para la evaluación de las actividades emplearemos la técnica del PNI al finalizar cada encuentro, y para la evaluación del proceso se utilizará una encuesta tipo escala Likert que incluirá los aspectos metodológicos fundamentales relacionados el éxito del programa educativo desarrollado.

3.7 Procedimientos

La investigación fue dividida en varias etapas: En un primer momento, se estableció un intercambio con las mujeres que formaron parte del estudio, las cuales recibieron una explicación sobre la finalidad del estudio y de la confidencialidad de la información, protegiendo sus identidades, lo que quedó plasmado por el consentimiento informado.

Se aplicó el cuestionario al grupo de estudio, constituido por un formulario de datos para caracterizar las variables biosociodemográficas dando salida al primer objetivo específico; y un cuestionario dividido en tres partes que contempló preguntas tipo test para evaluar los conocimientos, identificar las actitudes y determinar las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo para dar salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a confeccionar la base de datos que permitió realizar el procesamiento estadístico para identificar si existió alguna relación significativa entre

los conocimientos, las actitudes y las prácticas, y entre estas y las variables seleccionadas lo que dio salida al tercer objetivo del estudio.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos se establecieron los elementos diagnósticos necesarios para diseñar la estrategia de intervención educativa para la prevención de los trastornos hipertensivos del embarazo en el grupo de mujeres estudiado, que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como los indicadores de ejecución y evaluación de impacto que dieron salida al cuarto objetivo del estudio.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron incluidos en una base de datos creada al efecto para aplicar las pruebas estadísticas mediante el programa SPSS versión 21.0. Se empleó la prueba estadística Chi-Cuadrado (χ^2) de Pearson para determinar asociación e independencia entre las variables dependientes e independientes o la prueba exacta de Fisher (F) cuando el más del 20% de las frecuencias esperadas fueron inferiores a 5; utilizando un nivel de significación del 0.05. La descripción de los resultados se realizó frecuencias y porcentajes y se muestran en tablas para su mejor representación y comprensión.

3.9. Aspectos éticos

Se tuvieron en cuenta todos los aspectos éticos establecidos para la investigación con seres humanos. Se aplicaron los principios bioéticos de respeto a la autonomía de las personas, de beneficencia – no maleficencia en la búsqueda del máximo beneficio y reducir al mínimo los riesgos y de justicia tratando a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y protegiendo a los más vulnerables. Así mismo, se cumplieron los requisitos establecidos en las pautas internacionales para este tipo de investigación, en especial la obtención del consentimiento informado, previa evaluación del nivel de comprensión de los sujetos de investigación se explicaron los objetivos y la

metodología de la investigación teniendo en cuenta factores culturales y de vulnerabilidad, se constató la comprensión y se ofreció tiempo para aclarar dudas y tomar la decisión de participar sin coacción, y se obtuvo mediante un formulario firmado como prueba de su consentimiento informado. En el caso de las mujeres menores de edad se obtuvo también el consentimiento de los padres o tutores legales. Se ofreció garantías de la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la utilización de la información recolectada solo con fines científicos del estudio de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (Anexo C).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Discusión

En el estudio predominaron las mujeres entre 20 y 29 años con el 33,3% como se aprecia en la Tabla N° 1, lo cual se explica por constituir el grupo dominante en la población según el Análisis Situacional de Salud del Subcentro de Salud de Palmira (MSP, 2015) y del Censo de población y viviendas de la Provincia Chimborazo según el Fascículo Provincial (INEC, 2012). Estos resultados se asemejan a los encontrados en la investigación de Pillajo y colaboradores en el 2013 acerca de *“Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva en embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de gineco-obstetricia. Santa Rosa – El Oro. Año 2011 – 2013”* donde se observó que las mujeres que presentaron trastornos hipertensivos del embarazo tenían como media de edad los 24,74 años.

Se coincide con Guallpa y Singuenza (2013) en un estudio realizado en Cuenca sobre *“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, mayo – julio 2012”* donde encontraron que el grupo de edad predominante fue de 23 a 27 años (37,75%), también con los obtenidos en el trabajo de Ticona y colaboradores (2013) sobre *“Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú”* donde la edad promedio fue de 28 años y con los de Molina y Torres (2016) en *“Presencia de una adecuada red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en gestantes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito que cuentan con el área de atención gineco-obstetra, Hospital General Dr. Enrique Garcés; Maternidad Isidro Ayora y Hospital Pablo Arturo Suárez”* donde los grupos de edades predominantes fueron de 20 a 25 años (38,59%) y de 26 a 30 años (27,83%).

No se asemejan en cambio a los resultados de Moreira y Morocho (2014) en el trabajo titulado “*Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta externa del hospital materno-infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel sobre el síndrome preeclampsia-eclampsia. Guayaquil, 2014*” donde predominaron las adolescentes entre 16 y 19 años (63%) ni con los de titulado “*Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, junio – setiembre 2012*” de Flores y Ylatoma (2012) donde el grupo etáreo de 20 a 34 años tuvo una representación del 54,8%.

Tabla 1: Distribución de mujeres en edad fértil según edad. Palmira Dávalos. 2016.

Edad	Nº	%
10 – 19 años	14	31,100
20 - 29 años	15	33,300
30 – 39 años	11	24,400
40 – 49 años	5	11,100
Total	45	100,000

En la Tabla N° 2 se observa un ligero predominio de las mujeres con una escolaridad primaria (46,7%) sobre las que tienen una escolaridad secundaria (42,2%) lo que pudiera tener explicación en las características socioeconómicas de la población encuestada en condiciones geográficas complejas, de tipo rural, alejada y dispersa. La literatura asocia generalmente el nivel de instrucción bajo con menor nivel de información y mayores dificultades para comprender los mensajes educativos derivados de una intervención sanitaria bajo el supuesto de la exposición a las creencias y mitos asociados a un tema específico.

Los resultados de la investigación no coinciden con el Fascículo Provincial de Chimborazo (INEC, 2012) donde la escolaridad promedio fue superior de 8,1 grados, equivalente a primer año de bachiller, ni con los estudios ya citados de Flores y Ylatoma (2012) donde el nivel de instrucción fue la secundaria (45,2%), ni con Ticona y colaboradores (2013) donde el 94% tenía una escolaridad de secundaria, ni con

Guallpa y Singuenza (2013) donde el 52,5% también tenía escolaridad secundaria. Si coinciden con los trabajos de Moreira y Morocho (2014) y con Molina y Torres (2016) donde prevaleció el nivel de instrucción primaria en el 46% y el 32,4% de las muestras utilizadas por ellos respectivamente.

Tabla 2: Distribución de mujeres en edad fértil según nivel escolar. Palmira Dávalos. 2016.

Nivel de instrucción	N°	%
Ninguno	4	8,900
Primaria	21	46,700
Secundaria	19	42,200
Superior	1	2,200
Total	45	100,000

Existió un predominio leve de las mujeres solteras con el 51,1% en el estudio como se muestra en la Tabla N° 3, lo cual puede tener explicación por ser una población mayoritariamente joven a pesar de las costumbres y tradiciones de los habitantes que las lleva a contraer relaciones estables en edades relativamente tempranas. Esta distribución de la muestra tampoco coincide con el Fascículo Provincial de Chimborazo (INEC 2012) donde predominaron las mujeres casadas 46,5% y las solteras solo representaron el 37,7%.

Tampoco coinciden los resultados con la mayoría de los estudios encontrados en la literatura consultada: en Flores y Ylatoma (2012) el 77,4% de las mujeres participantes eran convivientes en unión libre, en Molina y Torres (2016) el 46,55% de las mujeres también vivían en unión libre, y en Guallpa y Singueza (2013) resultaron casadas en el 69,5%. Solo se encontró similitud con el trabajo de Moreira y Morocho (2014) donde el 65% de las mujeres eran solteras pero esta investigación fue realizada en adolescentes de Guayaquil.

Tabla 3: Distribución de mujeres en edad fértil según estado civil. Palmira Dávalos. 2016.

Estado civil	Nº	%
Soltera	23	51,100
Casada	22	48,900
Total	45	100,000

En la Tabla N° 4 se observa el amplio predominio de las mujeres amas de casa en el 46,7% de la muestra, lo que pudiera explicarse por varias razones, la situación geográfica y el escaso desarrollo socioeconómico de estas comunidades y las pocas opciones de trabajo, las arraigadas tradiciones y costumbres también marcadas por el sexismo en la distribución de roles en la familia, y también por el bajo nivel de escolaridad que pudiera reducir más las posibilidades de encontrar un empleo remunerado, se realiza la observación que el amplio predominio de las mujeres amas de casa no significa absolutamente que estas no realicen labores en la agricultura domestica además de las tareas del hogar, pero por estas actividades no reciben remuneración alguna.

Solo dos de los estudios consultados exploraron la variable ocupación, coincidiendo con el de Ticono y colaboradores (2013) donde las mujeres amas de casa fueron el 53%, y no coinciden con el de Gualpa y Singueza (2013) donde el 54,2% de las fémimas se desempeñaba como empleadas privadas, en este trabajo se hace referencia a la disponibilidad de tiempo de la mujer trabajadora pues habitualmente tienen doble jornada laboral al tener que encargarse también de las labores domésticas luego del empleo, lo cual las hace dedicar poco tiempo a sí mismas y sus necesidades.

Tabla 4: Distribución de mujeres en edad fértil según ocupación. Palmira Dávalos. 2016.

Ocupación	Nº	%
Ama de casa	21	46,700
Estudiante	11	24,400
Trabaja	13	28,900
Total	45	100,000

Como se muestra en la Tabla N° 5 existió una amplia prevalencia de la religión evangélica, comportamiento típico de estas zonas rurales y transmitido de generación en generación. Según encuestas realizadas por el INEC y presentadas bajo el título “*Primeras estadísticas oficiales sobre filiación religiosa en Ecuador*” en agosto de 2012 los datos analizados demuestran que el 91,95% de la población afirma tener una religión, de los cuales el 80,4% pertenece a la religión católica, el 11,3% Evangélica, 1,29% Testigos de Jehová y el restante 6,96% pertenecen a otras religiones, por lo que los resultados obtenidos no coinciden con este comportamiento para el país. No se encontró ningún estudio que incluyera esta variable en sus análisis en relación con la salud reproductiva, aunque se conoce que muchas de las creencias religiosas están íntimamente relacionadas con las posiciones esencialistas en sexualidad, que abogan por la abstinencia, las relaciones dentro del matrimonio, la suspicacia hacia el uso de los métodos de planificación familiar no naturales y especialmente la prohibición del aborto, todas estas normativas morales de un fuerte impacto sobre el comportamiento de hombres y mujeres en esta área de la vida.

Tabla 5: Distribución de mujeres en edad fértil según religión. Palmira Dávalos. 2016.

Religión	N°	%
Católica	10	22,200
Evangélica	35	77,800
Total	45	100,000

En el estudio prevalecieron las mujeres cuyas familias tienen un nivel de ingreso económico superior a los 83,56 dólares (55,6%) como se aprecia en la Tabla N° 6, lo cual las ubica fuera de los umbrales de pobreza, aunque en su mayoría son ingresos bajos e inestables posiblemente relacionado igualmente con las condiciones de vida de estas comunidades y el nivel educacional predominante. Solo el estudio de Ticona y colaboradores (2013) refiere un predominio del 45% de las mujeres incluidas en su investigación con ingresos medios. No se encontraron otros trabajos en la literatura revisada que incluyeran la variable ingresos económicos en relación con la salud reproductiva.

Según el INEC en los resultados de la “Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo” (ENEMDU) del 2015, las tasas de pobreza a nivel nacional se ubicaron en 22,35% en comparación al 24,75% de un año atrás, y la pobreza extrema fue de 7,43% frente al 8,56% en el mismo periodo del año anterior, utilizando las recomendaciones internacionales para su medición donde US\$ 83,56 y US\$ 47,09 mensuales por persona son los límites respectivamente. A diferencia de estos datos en el estudio el 13,3% de las mujeres encuestadas tienen ingresos por debajo del límite de pobreza.

Tabla 6: Distribución de mujeres en edad fértil según ingreso económico. Palmira Dávalos. 2016.

Ingreso económico	Nº	%
Más de 83,56 dólares	25	55,600
Entre 47,09 y 83,56 dólares	14	31,100
Menos de 47,09 dólares	6	13,300
Total	45	100,000

La Tabla N° 7 muestra que la mayoría de las mujeres del estudio no han tenido aun ningún embarazo (40,0%) lo que se relaciona con las edades predominantemente jóvenes y su estado civil. Así mismo se encontró que la edad promedio del primer embarazo fue de 19,8 años, lo que nos sitúa ante otra problemática importante de esta comunidad que es el embarazo en la adolescencia y en una edad de riesgo para los trastornos hipertensivos del embarazo (THE).

Los resultados que son más similares a la investigación fue el realizado por Moreira y Morocho (2014) en adolescentes embarazadas en Guayaquil donde el 56% presentaba su primera gestación, el 32% estaba en su segunda y un 12% ya presentaba 3 o más embarazos. En el resto de las investigaciones revisadas las mujeres, a pesar de tener edades similares a las de nuestro estudio, eran multíparas el 63,36% en el trabajo de Molina y Torres (2016), el 51,7% en el de Guallpa y Singuenza (2013) y 45,2% en el de Flores y Ylatoma C (2012).

Tabla 7: Distribución de mujeres en edad fértil según número de embarazos. Palmira Dávalos. 2016.

Número de embarazos	Nº	%
Ninguno	18	40,000
1 – 2	12	26,700
3 – 4	7	15,600
5 y mas	8	17,800
Total	45	100,000

Se encontró que entre las mujeres participantes en la investigación no tiene antecedentes patológicos personales en el 82,2% como se observa en la Tabla N° 8, lo cual está en relación con los grupos de edades predominante, jóvenes donde la plenitud física y mental es característico. Sin embargo, llamo la atención que de los antecedentes personales referidos llamo la atención que el 4,4% (2) mujeres tuvieron “presión alta durante el embarazo” anterior. Los resultados coinciden con los encontrados por Molina y Torres (2016) en Quito donde el 95,2% de las mujeres refirieron no tener antecedentes patológicos personales, también con Moreira y Morocho (2014) que encontraron que el 66% no tenía antecedentes patológicos personales y en el resto la HTA representó el 26% de los referidos, y también coincidió con Flores y Ylatoma (2012) donde el 77,4% de las mujeres participantes no tenían antecedentes patológicos personales.

Tabla 8: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes patológicos personales. Palmira Dávalos. 2016.

Antecedentes patológicos personales	Nº	%
Tiene	8	17,800
No tiene	37	82,200
Total	45	100,000

Según los antecedentes patológicos familiares de THE predominaron entre las mujeres aquellas que no tenían ninguno (57,8%), lo que evidencia que este factor de riesgo está disminuido en la muestra de estudio participante en la investigación. Los datos coinciden con Molina y Torres (2016) donde el 95,2% de las mujeres no refirió APF y no coinciden con Moreira y Morocho (2014) donde el 86% de las adolescentes no saben si tenían antecedentes patológicos familiares.

Tabla 9: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedente familiar de trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.

Antecedente familiar de THE	Nº	%
Tiene	6	13,300
No tiene	26	57,800
No sabe	13	28,900
Total	45	100,000

La Tabla N° 10 muestra que el 100% de las mujeres estudiadas tuvieron conocimientos no satisfactorios sobre los THE, lo cual era un resultado esperado dada las circunstancias de vida y educación antes referidas y la propia inexperiencia con la gestación dada su juventud, lo que también puede haber condicionado pocos contactos con el sistema de salud y la posibilidad de recibir anteriormente información científica sobre este tema.

Según una revisión realizada por Laza y colaboradores en el 2012 acerca de *“Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación”*, expusieron que el bajo nivel de conocimientos en las mujeres sobre temas de salud pueden causar que ellas no sean conscientes del potencial y los riesgos relacionados con ésta, y conducir a la toma de decisiones sin la información necesaria lo que en un futuro puede afectar el bienestar de ellas y el de sus hijos. Asimismo, se evidenció en un estudio realizado por Fleury en el 2009 (citado por Laza et al., 2012) que los conocimientos que poseía una mujer acerca de los riesgos en el embarazo influenciaban en su participación y le hacían responsable de su propia salud y la de su hijo, contribuyendo al desarrollo de prácticas de autocuidado.

Así también, Souza y colaboradores en el año 2007 (citado por Laza et al., 2012) constataron en un grupo de gestantes con trastornos hipertensivos que a pesar de asistir al control prenatal en el embarazo y ser informadas de la enfermedad y sus complicaciones, mostraron una ignorancia acerca de la entidad, indicando el desconocimiento sobre la gravedad que les llevó a la hospitalización temprana y al inminente parto pretérmino, de esta manera se evidencio que la calidad de la información brindada de la enfermedad a las mujeres durante control prenatal fue

insuficiente o no coherente a su nivel de comprensión; lo que contribuyó a que las medidas establecidas por estas frente a la gravedad no fue la más adecuada ni aseguró su participación en su autocuidado.

Los resultados fueron similares a los encontrados por Moreira y Morocho (2014) en adolescentes en Guayaquil, de las cuales el 89% no ha oído hablar del síndrome de preeclampsia-eclampsia y el 94% no sabía cuáles eran sus síntomas y signos. En los otros estudios revisados se encontraron resultados que difieren a los nuestros, como Gonzáles (2016) en su estudio “*Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*” donde las féminas mostraron un nivel de conocimiento medio (48,7%) en general, aunque un 64,1% reconoció como signo de alarma la hinchazón de la cara, manos y pies y el 53,2% reconoce el dolor de cabeza intenso o permanente.

Tampoco coinciden con Gualpa y Singuenza (2013) donde las mujeres presentaron un nivel de conocimiento alto (75,5%) sobre el control prenatal, ni con Molina y Torres (2016) donde las gestantes con diagnóstico de preeclampsia tuvieron un nivel de conocimiento alto (79,28%) sobre los signos y síntomas de alarma de esta patología, aunque el 98,75% desconocían sus factores de riesgo; ni con los ya citados de Flores y Ylatoma (2012) donde el 51,6% mostró un nivel de conocimientos alto sobre signos y síntomas de alarma del embarazo, ni con Ticona y colaboradores (2013) donde el 93% de las mujeres sí reconoció los signos de alarma del embarazo.

Tabla 10: Distribución de mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento de los trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.

Nivel de conocimiento	Nº	%
Satisfactorio	0	0,000
Insatisfactorio	45	100,000
Total	45	100,000

La Tabla N° 11 nos permite apreciar que el 95,6% de las mujeres tuvieron una actitud positiva hacia el riesgo de THE a pesar de tener conocimientos insatisfactorios, la

explicación de este comportamiento puede estar relacionada con las influencias derivadas de la escuela y los medios de comunicación como instancias socializadoras, donde a pesar de las arraigadas costumbres, tradiciones o creencias de origen religioso, el progreso científico y social van poco a poco imponiéndose en la mentalidad de las mujeres más jóvenes, para quienes el control de la natalidad y el cuidado de la salud, especialmente durante el embarazo va ganando espacios.

Con respecto a las actitudes se encontraron mayores coincidencias con la literatura científica revisada, Flores y Ylatoa (2012) encontraron actitudes positivas en el 96,8% de las gestantes encuestadas, Ticoma y colaboradores (2013) también encontró actitudes positivas en el 100% de las mujeres encuestadas, Gualpa y Singueza (2013) constataron actitudes positivas en el 89,75% de la muestra utilizada, y Molina y Torres (2016) hallaron predominantemente actitudes positivas (53,15%) aunque en un porcentaje algo menor. No así, Moreira y Morocho (2014) quien encontró que prevalecieron las actitudes negativas en el 74% de las adolescentes de su estudio, y Gonzales (2016) quien encontró un predominio de actitudes indiferentes ante los signos y síntomas de alarma del embarazo en la investigación realizada en Perú.

Tabla 11: Distribución de mujeres en edad fértil según actitudes ante el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.

Actitudes	N°	%
Positivas	43	95,600
Negativas	2	4,400
Total	45	100,000

La opinión predominante sobre los medios anticonceptivos confirma la preminencia de las actitudes positivas en las mujeres estudiadas pues el 51,1% de estas considera que “es la mejor opción para no tener hijos”, aunque aún se aprecian otras consideraciones muy relacionadas con mitos o creencias inadecuadas como se aprecia en la Tabla N° 12, de origen popular, religioso o desde la socialización de género. No se encontraron otros estudios que detallaran esta información en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil.

Tabla 12: Distribución de mujeres en edad fértil según opinión sobre los métodos de planificación familiar. Palmira Dávalos. 2016.

Opinión sobre los MPF	Nº	%
Pueden causar enfermedades o cáncer	11	24,400
No son efectivos	5	11,100
Dios dispondrá el número de hijos	3	6,700
La cantidad de hijos depende del padre	3	6,700
Es la mejor opción para no tener hijos	23	51,100
Total	45	100,000

Del análisis de la Tabla N° 13 se pueden destacar varios elementos: en primer lugar que la mayoría de las mujeres estudiadas refieren que no han tenido aun relaciones sexuales (28,9%) lo que se relaciona con las edades, estado civil y religión predominantes, también que una parte importante de ellas refiere molestias como consecuencias del uso de los métodos anticonceptivos (MAC), la más frecuentes es “cambios de humor o del carácter” (26,7%) lo que, dependiendo de la gravedad percibida o de la interferencia en sus relaciones interpersonales, especialmente de pareja, pudiera condicionar actitudes negativas o practicas no adecuadas hacia su uso. Otro elemento a destacar es que un segmento no despreciable de las mujeres refiere no usar ningún MAC (11,1 %) lo que constituye una vulnerabilidad importante con relación a la gestación no deseada y sus riesgos asociados. Tampoco se encontraron otros estudios que detallaran esta información en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil.

Tabla 13: Distribución de mujeres en edad fértil según molestias ocasionadas por los métodos de planificación familiar. Palmira Dávalos. 2016.

Molestias de los MPF	Nº	%
Dolor de cabeza	3	6,600
Nauseas	6	13,300
Aumento o disminución de peso	3	6,600
Ausencia de regla	2	2,200
Sangrado abundante y doloroso	4	8,800
Varices en las piernas	1	2,200
Molestias sexuales	1	2,200
Cambios de humor o del carácter	12	26,700
Ninguna	7	15,600
No he utilizado	5	11,100
No he tenido relaciones sexuales	13	28,900

En las mujeres del estudio se encontró que sus prácticas ante el riesgo de THE eran mayoritariamente adecuadas (53,3%) como se observa en la Tabla N° 12. En la literatura revisada se describe que las prácticas de autocuidados dependen de múltiples factores, como toda conducta el conocimiento y las actitudes descansan en su base, pero sin tener una influencia directa sobre estas pues otras variables median entre ellos, como la percepción de riesgo, las motivaciones, la autoeficacia, etc., por ello este comportamiento en las mujeres estudiadas es posible, pues a pesar de tener conocimientos inadecuados tienen actitudes positivas hacia el fenómeno estudiado.

El comportamiento de las prácticas de autocuidado en las mujeres en el embarazo difiere en los estudios revisados lo cual es atribuible a los diferentes factores que pueden determinar estos comportamientos en poblaciones específicas. Así, en el estudio de Moreira y Morocho (2014) en las adolescentes predominaron prácticas no saludables (54,1%) pues el 90,62% no practicaba ejercicios físicos, el 48% comía pocas frutas y vegetales, el 53% comía fritos con frecuencia, el 45% a veces iba al control y el 46% se automedicaba con frecuencia; y en el trabajo de González (2016) solo el 34% de las mujeres asistía con celeridad al centro de salud ante signos y síntomas de alarma y un 19,2% reconocía que no asiste. Con estos estudios no existieron semejanzas.

Por otra parte, Molina y Torres (2016) reportaron prácticas adecuadas en el 93,39% de las mujeres con diagnóstico de preclamsia en Quito, Guallpa y Singuenza (2013) encontraron practicas adecuadas en el 77,8% de las gestantes, pues el 92% acudía a controles periódicos, el 60,75% tenía todas las vacunas y el 93% había adoptado estilos de vida más saludable; y Ticoma y colaboradores (2013) encontraron prácticas de autocuidado en el 86% de su muestra de estudio. En estos últimos trabajos, aunque predominan las practicas adecuadas como en la investigación, los porcentos son muy superiores, por lo que los resultados tampoco son similares a ellos.

Tabla 14: Distribución de mujeres en edad fértil según prácticas de autocuidado ante los trastornos hipertensivos del embarazo. Palmira Dávalos. 2016.

Prácticas	N°	%
Adecuadas	24	53,300
Inadecuadas	21	46,700
Total	45	100,000

La Tabla N° 15 muestra, que casi un tercio de las mujeres del estudio que refieren no tener relaciones sexuales (28,9%) y de las que tienen vida sexual activa, otro tercio utiliza el implante (28,9%) como método anticonceptivo lo que explicaría las molestias referidas por ellas; así mismo, es de destacar que el 17,7% utiliza los métodos naturales (ritmo) lo estaría en relación con las creencias religiosas dominantes y un 11,1% de las mujeres con vida sexual activa refieren no utilizar ningún método de planificación familiar. No se encontraron otros estudios que detallaran esta información en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil.

Tabla 15: Distribución de mujeres en edad fértil según método de planificación familiar más usados. Palmira Dávalos. 2016.

Antecedente familiar de THE	N°	%
T de cobre	3	6,700
Método del ritmo	8	17,700
Implante	13	28,900
Ninguno	5	11,100
Aun no tengo relaciones sexuales	13	28,900
Ligadura	3	6,700
Total	45	100,000

En el estudio debido a la distribución de las frecuencias observada no se pudo establecer correlación estadística entre las variables conocimientos, actitudes y prácticas hacia los THE. No obstante, las Tablas 16, 17 y 18 permiten apreciar la distribución de estas frecuencias interrelacionadas.

En la relación entre el conocimiento y las actitudes ante los THE (Tabla N° 16) se apreció que el 100% de las mujeres del estudio con actitudes positivas tenían conocimientos no satisfactorios sobre los THE, esta aparente incoherencia puede explicarse desde varias concepciones psicológicas, una de las utilizadas es la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva de Festinger (1957) que hace referencia a la tensión o desarmonía interna del sistema de ideas, creencias y emociones (cogniciones) que percibe una persona cuando tiene al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o cuando un comportamiento entra en conflicto con sus creencias, o sea, el término se refiere a la percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas,

todo lo cual puede impactar sobre sus actitudes, de las cuales lo cognitivo es solo son un componente.

Los aspectos afectivos que se movilizan vitalmente alrededor del embarazo y las creencias y prácticas aprendidas por imitación, aprendizaje social, incluidos en las costumbre y tradiciones pudieran explicar este comportamiento. En la literatura revisada solo se encontró un estudio que pudo establecer correlación entre estas dos variables, en la investigación de González (2016) la relación entre los conocimientos y las actitudes ($p=0,000$) fue estadísticamente significativa.

Tabla 16: Relación entre el conocimiento y las actitudes sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Conocimientos	Actitudes			
	Positiva		Negativa	
	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	0	0,000	0	0,000
No Satisfactorio	43	100,000	2	100,000
Total	43	100,000	2	100,000

La relación entre los conocimientos y las prácticas sobre los THE también mostró que el 100% de las mujeres, tanto con prácticas adecuadas como no adecuadas, tuvieron conocimientos no satisfactorios. Como ya se ha dicho anteriormente, la diversidad de factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y finalización de una conducta específica confiere a la misma un carácter complejo; varias son las variables que se citan en la literatura como intermediarias entre las actitudes y las practicas, explicando que no existe una relación directa y lineal entre ellas.

A saber, la situación específica y las variables personológicas, pueden matizar el comportamiento en ocasiones, muchas de las acciones pueden basarse principalmente en los sentimientos, manteniendo un contacto mínimo con las ideas o conocimientos previos acerca del objeto. También las consecuencias que se derivan de los actos inciden en la probabilidad de que se ejecute una conducta en un futuro (autoeficacia, percepción de control), en este sentido, las respuestas emocionales desencadenadas y la

forma en que los individuos las afrontan resultan cruciales a la hora de predecir el comportamiento. No obstante, los factores cognitivos también pueden resultar determinantes en las conductas, sobre todo en aquellas que no han de realizarse de modo inmediato y requieren sostenibilidad en el tiempo, de aquí la importancia de comprender esta relación e incluir todos estos elementos en las acciones dirigidas a modificar actitudes y prácticas de salud (Carpi y Breva, 2001).

Tabla 17: Relación entre el conocimiento y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Conocimientos	Prácticas			
	Adecuadas		Inadecuadas	
	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	0	0,000	0	0,000
No Satisfactorio	24	100,000	21	100,000
Total	24	100,000	21	100,000

En la relación entre las actitudes y las prácticas ante los THE como se observa en la Tabla N° 18, existió un comportamiento similar tanto las mujeres con prácticas adecuadas (95,8%) como en las que tenían prácticas inadecuadas (95,2%). Aunque esta relación se supone más directamente establecida, la actitud no es la única variable que tiene que tomarse en consideración para explicar el comportamiento. Según Fishbein y Ajzen (1975) en su Teoría de Acción Razonada varios factores anteceden y explican el comportamiento humano, concretamente, uno estrictamente individual, como es la intención conductual y otro de carácter social, que hace referencia al contexto socio-cultural del individuo, acuñado como norma subjetiva, en ambos casos, vienen determinadas por cada una de las creencias que la persona posee hacia el objeto (sea cosa, persona, fenómeno, situación) y la evaluación que se haga de cada una de esas creencias. Esta evaluación es el componente afectivo de la actitud y determina la motivación y la fuerza de la intención de conducta. (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen 1989; Morales, Reboloso y Moya 1994 citados por Carpi y et al., 2001)

Tabla 18: Relación entre las actitudes y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Actitudes	Prácticas			
	Adecuadas		Inadecuadas	
	Nº	%	Nº	%
Positivas	23	95,833	20	95,238
Negativas	1	4,167	1	4,762
Total	24	100,000	21	100,000

Dado el comportamiento de los datos obtenidos y la distribución de frecuencias de los conocimientos y las actitudes, solo tuvo sentido explorar una supuesta asociación entre las prácticas sobre los THE y un grupo de variables seleccionadas, como se muestra a continuación.

En la Tabla N° 19 se muestra la relación entre la edad y las prácticas sobre THE, apreciándose que predominaron las prácticas inadecuadas en el grupo de 20 a 29 años (38,1%) y las prácticas adecuadas en los grupos entre 10 – 19 años y 30 – 39 años (ambas con 33,3%), se piensa que el predominio de prácticas inadecuadas en estas edades puede estar asociado a una falsa sensación de control y seguridad que puede tener la mujer después de varias gestaciones y las creencias asociadas al adecuado estado de salud percibido durante la juventud, por otra parte el predominio de prácticas adecuadas al inicio y final de la vida reproductiva puede deberse a las influencias recibidas por diversas vías sobre los mayores riesgos asociados. No se observó relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla 19: Relación entre la edad y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Edad	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
10-19	8	33,3	6	28,6	0,267
20-29	7	29,2	8	38,1	
30-39	8	33,3	3	14,3	
40-49	1	4,2	4	19,0	
Total	24	100,0	21	100,0	

La Tabla N° 20 nos presenta la relación entre el nivel de escolaridad y las prácticas sobre THE, en este caso prevalecieron las prácticas adecuadas en las mujeres con una instrucción primaria (50,0) y las inadecuadas en las bachilleres (52,4%), este comportamiento contrario a lo esperado según la literatura, pero se puede encontrar una explicación en el hecho de que estas poblaciones han estado poco expuestas a las influencias de la educación sanitaria y modificar creencias y actitudes en personas menos instruidas resulta más fácil que en aquellas que ya han estado expuestas a otras influencias educativas.

Tabla 20: Relación entre el nivel de instrucción y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Nivel de instrucción	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Ninguno	3	12,5	1	4,8	0,438
Primaria	12	50,0	9	42,9	
Bachiller	8	33,3	11	52,4	
Superior	1	4,2	0	0,0	
Total	24	100,0	21	100,0	

La relación entre el estado civil y las prácticas sobre THE arrojó que las mujeres solteras tenían prácticas inadecuadas (57,1%) mientras que las casadas tenían prácticas adecuadas (54,2%) respectivamente, como se observa en la Tabla N° 21. Este comportamiento puede estar asociado a los pensamientos sobre la posibilidad real de llegar a concebir en un periodo de tiempo relativamente corto por parte de las solteras y una escasa percepción del riesgo preconcepcional, lo que por el contrario pudiera no ocurrir en las mujeres que tienen una relación estable y reconocida buscando formar una familia. No se encontró relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla 21: Relación entre la escolaridad y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Estado civil	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Soltera	11	45,8	12	57,1	0,449
Casada	13	54,2	9	42,9	
Total	24	100,0	21	100,0	

En la Tabla N° 22 se observa que la relación entre la ocupación y las prácticas sobre THE fue predominantemente en las mujeres amas de casa donde se encontraron tanto las prácticas inadecuadas (52,4%) como las adecuadas (41,7%) lo que puede estar asociado a la influencia de otras variables y no precisamente de la ocupación. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 22: Relación entre la ocupación y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Ocupación	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Ama de casa	10	41,7	11	52,4	0,393
Estudiante	5	20,8	6	28,6	
Trabaja	9	37,5	4	19,0	
Total	24	100,0	21	100,0	

La relación entre la religión y las prácticas sobre THE se observa en la Tabla N° 23 mostrando que las prácticas inadecuadas predominaron en las mujeres evangélicas (95,2%) y las prácticas adecuadas en la mujeres católicas (37,5%), sin pretender entrar a debatir las cuestiones religiosas, se suelen entender a las religiones evangélicas como mas rigurosas en cuanto a las normas y su cumplimiento, ambas en las temáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción tienen posiciones bien definidas, que si para algunos pueden entenderse desde lo moral, desde las ciencias muchas veces constituyen obstáculos para avanzar en estas temáticas. Tampoco se encontró asociación estadística entre estas variables.

Tabla 23: Relación entre la religión y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Religión	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Católica	9	37,5	1	4,8	0,012
Evangélica	15	62,5	20	95,2	
Total	24	100,0	21	100,0	

Como se aprecia en la Tabla N° 24 en la relación entre el ingreso económico y las prácticas sobre THE predominaron las prácticas adecuadas en las mujeres con ingresos superiores a 83,56 dólares (62, 5%) y las practicas inadecuadas en las mujeres con ingresos entre 47,09 y 83,56 dólares (52,3%), este comportamiento tendría explicación en la supuesta relación entre los ingresos económicos y el nivel de instrucción o la profesión, lo que garantizaría condiciones de vida suficientes para poder cumplir las indicaciones asociadas con un estilo de vida saludable. No se encontró relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla 24: Relación entre el ingreso económico y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Ingreso económico	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Más de 83,56	17	70,8	8	38,1	0,295
De 47,09 a 83,56	3	12,5	11	52,3	
Menos de 47,09	4	16,7	2	9,6	
Total	24	100,0	21	100,0	

En cuanto a la relación entre el número de embarazos y las practicas sobre THE como se aprecia en la Tabla N° 25 predominaron las practicas adecuadas en las mujeres que han tenido de 1 a 2 embarazos (45,8%), mientras las practicas inadecuadas prevalecieron en aquellas que aún no han tenido ninguno (57,1%), este resultado puede comprenderse según las necesidades que surgen en las madres en sus primeros embarazos de proteger la descendencia y el aumento de la percepción de riesgo asociado a la posibilidad de tener otro hijo y el temor de que este no sea sano, sin embargo las mujeres multíparas podrían haber disminuido la percepción de riesgo como consecuencia de los múltiples embarazos lo que psicológicamente les daría una sensación de confianza. No se observó una relación estadística significativa entre las variables mencionadas.

Tabla 25: Relación entre el número de embarazos y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

Número de embarazos	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Ninguno	6	25,0	12	57,1	0,478
1 a 2	11	45,8	1	4,8	
3 a 4	2	8,4	5	23,8	
Más de 5	5	20,8	3	14,3	
Total	24	100,0	21	100,0	

En la relación entre los antecedentes patológicos personales y las prácticas sobre los THE predominaron tanto las prácticas adecuadas como las inadecuadas en las mujeres que no tienen antecedentes con el 87,5% y el 76,2% respectivamente, como se aprecia en la Tabla N° 26, lo que responde a la distribución de la muestra según los antecedentes de salud. Tampoco se encontró relación estadística entre estas variables.

Tabla 26: Relación entre los antecedentes patológicos personales y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

APP	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Tiene	3	12,5	5	23,8	0,434
No tiene	21	87,5	16	76,2	
Total	24	100,0	21	100,0	

La relación entre los antecedentes patológicos familiares y las prácticas sobre THE se muestran en la Tabla N° 27 donde se observa que tanto las prácticas adecuadas con el 62,5%, como las inadecuadas con el 52,3%, predominaron en las mujeres del estudio que no tenían tales antecedentes, este comportamiento de los datos puede atender a que este grupo tuvo la mayor distribución de mujeres.

Tabla 27: Relación entre los antecedentes patológicos familiares y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de edad fértil. Palmira Dávalos. 2016.

APF	Prácticas				P
	Adecuada		Inadecuada		
	No	%	No	%	
Tiene	5	20,8	1	4,9	0,562
No tiene	15	62,5	11	52,3	
No sabe	4	16,7	9	42,8	
Total	24	100,0	21	100,0	

CAPÍTULO V

5. Propuesta de Intervención Educativa

5.1. Introducción

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores de oro para juzgar el estado de un pueblo, puesto que es el resultado de la interacción de factores sociales y económicos que influyen en el desarrollo de la población de forma definitiva, razón por la cual, la comunidad mundial estableció dentro de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (Uribe, 2009; OMS 2014).

Se ha evidenciado que el bajo nivel de conocimientos de las mujeres puede ocasionar que no sean conscientes del potencial de su salud y los riesgos relacionados con ésta, conduciendo consecutivamente a la toma de decisiones sin la información apropiada, afectando en un futuro el bienestar de ellas y el de sus hijos, es así, que los conocimientos que posee la mujer sobre sus riesgos durante el embarazo pueden influenciar en su participación y hacerla responsable de su propia salud y la de su hijo, y así, contribuir al desarrollo de prácticas de autocuidado (Laza et al., 2012).

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte materna a nivel mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y el Ecuador no es una excepción, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad materna (OMS, 2014; INEC, 2015). Se han realizado esfuerzos con el objetivo de garantizar el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y oportuno de estos desórdenes, las medidas de promoción y prevención en el nivel primario de salud siguen ocupando un lugar importante en el control de estas enfermedades. Por tal razón, el desarrollo y la puesta en marcha de pesquisas activas en la detección oportuna de personas con factores de riesgo, sobre todo en la etapa preconcepcional van elevar la probabilidad de padecer estos trastornos durante la gestación, podría constituir una medida efectiva para prevenirlos, actuando sobre los factores de riesgo potencialmente modificables. Por lo cual es necesario establecer estrategias diferenciadas de acuerdo a los factores condicionantes con el objeto de

efectuar intervenciones conjuntas con los diferentes actores sociales (Torres, Lardoeyt y Lardoeyt, 2009).

5.2. Fundamentos

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad.

Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconiza un protagonismo integral y dialéctico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de

integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte materna a nivel mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y el Ecuador no es una excepción, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad materna.

Una estrategia educativa para lograr prevenir la morbimortalidad materna en las mujeres en edad fértil relacionada con los trastornos hipertensivos del embarazo es de suma importancia, en un ambiente donde el nivel de conocimiento de los trastornos hipertensivos del embarazo es insatisfactorio juntamente con la presencia de factores de riesgo aumentan la probabilidad para la generación de estos desórdenes. El instrumento que se presenta a continuación, plantea alternativas para lograr el compromiso y la atención individual de cada participante, así como el compromiso social sobre la temática.

5.3. Diagnóstico educativo:

Como resultado del análisis de las principales dificultades en las respuestas al instrumento aplicado se encontró que el conocimiento sobre los trastornos hipertensivos del embarazo es insatisfactorio, que a pesar que las actitudes son positivas valoraciones negativas del uso de los métodos de planificación familiar basadas en mitos y creencias erróneas, lo que se refleja en que existen practicas inadecuadas en casi la mitad de las mujeres en edad fértil de la comunidad de Palmira Dávalos.

Las principales necesidades de aprendizaje identificadas son:

1. Concepto y clasificación
2. Manifestaciones clínicas y complicaciones frecuentes
3. Factores de riesgo
4. Prácticas de autocuidado preconcepcional
5. Importancia del control médico periódico del embarazo
6. Autoestima y autoeficacia

Para su abordaje se cuenta con el profesional de la salud necesario, preparado en medicina familiar y comunitaria con una labor de impacto sobre la comunidad objeto de intervención, la motivación y participación creciente, consciente y activa de la población y sus líderes formales e informales, que han puesto a disposición del presente estudio la Casa Comunal de la comunidad Palmira Dávalos con los recursos necesarios para efectuar las sesiones y los medios de enseñanza, materiales educativos y demás insumos necesarios disponibles.

5.4. Objetivos

Objetivo general:

Modificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo mediante acciones educativas que favorezcan su prevención en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de la comunidad de Palmira Dávalos.

Objetivos específicos:

- Incrementar el nivel de conocimiento sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en las mujeres en edad fértil mediante los elementos teóricos necesarios.
- Fortalecer el papel motivador de las actitudes positivas sobre el comportamiento.
- Promover el intercambio de experiencias personales con relación a las prácticas de autocuidado para mejorar la autoeficacia.
- Facilitar el desarrollo de habilidades como la autoestima que permitan la sostenibilidad en el tiempo del autocuidado de la mujer.

5.5. Límites:

Tiempo: Para la aplicación de la estrategia de intervención se contempla la organización del universo de las mujeres en edad fértil en dos grupos de 22 y 23 integrantes en cada uno; por lo que la intervención de seis sesiones tendrá una hora de duración con cada grupo y una frecuencia semanal, por un período de tres meses.

Lugar: Los encuentros serán realizados en la Casa Comunal de la comunidad Palmira Dávalos.

Beneficiarios: De forma directa se beneficiarán las 45 mujeres en edad fértil que forman parte del estudio y de forma indirecta sus familias, sus descendientes y la comunidad.

5.6. Estrategia:

La estrategia de intervención se efectuará con acciones de tipo instructivo-educativas, teniendo en consideración la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, las participantes, el periodo de cumplimiento y la forma de evaluación, que culminará con las orientaciones generales para la realización de la misma.

Se realizará con una metodología activa – participativa para promover el desarrollo de las capacidades de las partícipes tanto individuales como grupales, incentivando el trabajo independiente, el grupal, la participación activa, creadora y consciente. Se empleará el taller como forma organizativa docente (FOD). Asimismo, el lugar de la reunión será accesible y adecuado para todas las participantes, así como la fecha y hora se establecerá previamente y de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentarán de manera amena, sencilla, comprensible y precisa. Además, se profundizará los temas que lo requieran. Se utilizará como recursos didácticos las láminas, diapositivas, videos y material necesario para los talleres para de esa manera influenciar en el nivel afectivo, cognitivo y conductual de los participantes.

5.7. Actividades:

Las actividades que se propondrán son capacitaciones que se desarrollará en la comunidad de Palmira Dávalos bajo la modalidad de talleres en los siguientes temas:

Tema 1: Introducción al Programa Educativo. Generalidades de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Frecuencia: 1 vez por semana

Responsable: Posgradista

Tema 2: Principales síntomas y complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Responsable: Posgradista.

Tema 3: Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Responsable: Posgradista.

Tema 4: Prácticas de autocuidado preconcepcional

Frecuencia: 1 vez a la semana.

Responsable: Posgradista y nutricionista.

Tema 5: Importancia del control médico periódico del embarazo. Autoestima y Autoeficacia.

Frecuencia: 1 vez a la semana

Responsable: Posgradista

Tema 6: Conclusiones: Aplicación de la encuesta final.

Frecuencia: final de la intervención

Responsable: Posgradista

5.8. Recursos:

Humanos: Posgradista de Medicina Familiar y Técnico de Atención Primaria.

Materiales: Salón de la Casa Comunal, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores

Financieros: El centro de salud y los líderes de la comunidad se han comprometido en facilitar los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad por lo que no se requerirá financiamiento externo.

5.9. Cronograma:

Se establecerá en función de los objetivos, de las actividades programadas siguiendo todos los elementos del proceso didáctico:

ACTIVIDADES	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Introducción y generalidades	T					
Síntomas y complicaciones		T				
Factores de riesgo			T			
Importancia control médico, autoestima y autoeficacia				T		
Prácticas de autocuidado					T	
Conclusiones y evaluación final						T

5.10. Evaluación:

La evaluación de la estrategia se efectuará teniendo en consideración: resultados, actividades y procesos.

- Evaluación de resultados: se realizará tipo pre-test y post-test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial al menos dos semanas después de terminada la intervención.
- Evaluación de actividades: se realizará al final de cada sesión con la aplicación de la técnica PNI desarrollada por Edward de Bono, lo que permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.
- Evaluación de proceso: se utilizará una encuesta diseñada al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador, la cual será aplicada de forma individual o grupal durante la última sesión del programa a modo de conclusiones.

5.11. Orientaciones metodológicas:

Sesión N°1

Tema: Introducción al Programa Educativo

Objetivos:

Enseñanza: Motivar a los miembros del grupo para lograr la participación activa lo que les permita la construcción colectiva del conocimiento.

Aprendizaje: Identificar los elementos teóricos generales sobre los trastornos hipertensivos del embarazo.

Contenidos:

- Finalidad del programa educativo.
- ¿Qué son los trastornos hipertensivos del embarazo?
- ¿Cuáles son sus causas?

Desarrollo:

Introducción: Se realizará los principales resultados de la presentación de la investigación a modo de motivación inicial.

Actividad principal: Se abordarán los elementos teóricos fundamentales sobre los trastornos hipertensivos del embarazo.

Cierre: se realizará un breve resumen de lo abordado durante la sesión dando tiempo para preguntas y respuestas, se aplicará el PNI y se precisará la fecha del próximo encuentro.

FOD: Taller

Tiempo: 60 minutos

Recursos: Humanos, trípticos, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcador

Responsable: Dra. Sandra Valencia

Evaluación: se aplicará la técnica PNI de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema.

Sesión N^a 2

Tema: Principales síntomas y complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Objetivos:

Enseñanza: Explicar los signos de alarma de los trastornos hipertensivos del embarazo para lograr su reconocimiento por las mujeres.

Aprendizaje: Reconocer los principales síntomas y signos que presentan los trastornos hipertensivos del embarazo.

Contenidos

- Signos y Síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo.
- Consecuencias y complicaciones trastornos hipertensivos del embarazo.

- Signos de alarma de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Desarrollo:

Introducción: Se realizará un breve recuento de la sesión anterior y se recordará las características y definiciones introducidas en la actividad precedente.

Actividad principal: Por medio de una lectura dirigida se inicia la sesión por parte de la investigadora, sobre las manifestaciones clínicas y de las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Cierre: Se aplicará la técnica de Lluvia de Ideas, se les solicitará a las participantes que mencionen las manifestaciones clínicas y complicaciones, que escriban en la pizarra y expliquen los daños que generan para ellas.

FOD: Taller

Tiempo: 60 minutos

Recursos: Humanos, trípticos, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcador

Responsable: Dra. Sandra Valencia

Evaluación: PNI

Sesión N° 3

Tema: Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo

Objetivos:

Enseñanza: Explicar los factores de riesgos potenciales de los trastornos hipertensivos del embarazo y las formas de su prevención

Aprendizaje: Identificar los principales factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo en las mujeres de edad fértil.

Destacar los factores protectores de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Contenidos:

- ¿Qué es un factor de riesgo?
- Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo:
 - Factores preconcepcionales
 - Factores relacionados con el embarazo
 - Factores ambientales
- ¿Qué es un factor protector?
- ¿Cómo prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo?

Desarrollo:

Introducción: Se realizará un breve recuento de la sesión anterior y se recordará las características y definiciones introducidas en la actividad precedente.

Actividad principal: Se solicitará la colaboración voluntaria de algunas de las participantes para que narren las creencias que sobre el embarazo existen en la comunidad. A continuación, la investigadora explicará cuales son los principales factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo. Para lograr la consolidación de conocimientos se buscará la asociación de los riesgos con las creencias descritas y se aplicará una técnica participativa de “Dibujos generadores de reflexión” que consiste en utilizar una serie de dibujos de acuerdo al tema, los cuales se deben exponer a la vista de las participantes y luego se debe plantear interrogantes que permitan que los mismos analicen, reflexionen y saquen sus propias conclusiones.

Cierre: Se aplicará una técnica “La pelota preguntona” en la que la investigadora escribe en su cuaderno un listado de preguntas que se va evaluar, posteriormente explica a las participantes que se lanzará la pelota a una de ellas y la que reciba debe responder a la pregunta, al responder la persona lanzará la pelota a otra persona que vea conveniente, quien responderá a otra pregunta y así sucesivamente, hasta agotar todas las preguntas elaboradas. Se precisará cuando será el próximo encuentro.

FOD: Taller

Tiempo: 60 minutos

Recursos: Humanos, trípticos, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores, material didáctico, pelota.

Evaluación: PNI

Sección No. 4

Tema: Prácticas de autocuidado preconcepcional

Objetivos:

Enseñanza: Explicar la importancia del autocuidado en la mujer de edad fértil.

Aprendizaje: Identificar las principales prácticas de autocuidado preconcepcional.

Contenidos:

- ¿Qué es el autocuidado?
- ¿Qué es la salud reproductiva?
- Prácticas de autocuidado:
 - Actividad física
 - Nutrición

- Salud reproductiva
- Salud mental

Desarrollo:

Introducción: Se realizará un breve recuento de la sesión anterior y se recordará las características y definiciones introducidas en la actividad precedente.

Actividad principal: Se mostrará un video que aborde los aspectos fundamentales de los temas a abordar, posteriormente con una técnica participativa se realizará el debate grupal del material audiovisual presentando propiciando la participación activa de todas las participantes lo que garantizará su comprensión. La investigadora actuará como moderadora aclarando los elementos que no sean abordados correctamente.

Cierre: Se aplicará la técnica "El Mundo", que consiste en colocar una participante en el centro de un círculo formado por las otras. Ella dice un hábitat (aire, tierra o agua) y señala alguna participante, que debe mencionar un animal que pertenezca a ese medio y una práctica de autocuidado, seguidamente dirá la palabra "Mundo" y todas cambiarán de asiento, la que quede de pie o no conteste adecuadamente pasa al centro de la rueda.

FOD: Taller

Tiempo: 60 minutos

Recursos: Humanos, trípticos, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores, pancarta de cartulina, material audiovisual.

Evaluación: PNI

Sección No. 5

Tema: Control médico periódico del embarazo. Autoestima y Autoeficacia.

Objetivos:

Enseñanza: Fomentar el desarrollo de una autoestima y autovaloración adecuadas en la mujer de edad fértil.

Aprendizaje: Reconocer la importancia del control médico periódico como una práctica de autocuidado.

Contenidos:

- Atención preconcepcional.
- Autoestima y Autoeficacia

Desarrollo:

Introducción: Se realizará un breve recuento de la sesión anterior y se recordará las características y definiciones introducidas en la actividad precedente.

Actividad principal: Se iniciará la sesión con la intervención de la investigadora quien explicará la importancia del control médico periódico preconcepcional y durante el embarazo. A continuación se utilizará la técnica participativa “Antes y ahora” con el objetivo de fomentar la autoestima y la autovaloración adecuadas que permitan reforzar la percepción de autoeficacia de la mujer para realizar las prácticas de autocuidado, para ello se pedirá que cada una realice un ejercicio introspectivo que les permita destacar los aspectos personales (conocimientos, actitudes y practicas) en los que ha mejorado con el paso del tiempo, especialmente durante el transcurso del curso, ya sean grandes o pequeñas cosas. La investigadora deberá propiciar que todo el grupo destaque las cosas positivas sucedidas a esa persona, percibiendo que su situación ha mejorado aún sin proponerlo y que, si va con una actitud más positiva puede mejorar mucho más.

Cierre: Para finalizar la sesión y reforzar los contenidos se utilizará otra técnica afectivo participativa llamada “Manos, corazón y cabeza” para ello colocándonos en un círculo cada mujer le dirá a la que tiene a su lado las cualidades positivas que, sobre sus habilidades manuales, sus sentimientos y su intelecto ha logrado descubrir durante el curso. La actividad termina con un gran abrazo colectivo.

FOD: Taller

Tiempo: 60 minutos

Recursos: Humanos, trípticos, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores, pancarta de cartulina, trípticos

Evaluación: PNI

Sesión No. 6

Tema: Conclusiones

Objetivos:

Enseñanza: Retroalimentar los contenidos fundamentales abordados durante el curso propiciando una evaluación de los mismos

Aprendizaje: Sintetizar los contenidos fundamentales abordados durante el curso para la prevención de los trastornos hipertensivos del embarazo

Contenidos:

- Resumen del programa
- Evaluación del proceso

Actividades:

Introducción: Se empleará la técnica de animación de "Secreto Colectivo", el autor motiva a los participantes a evacuar sus dudas sobre cualquiera de los temas abordados, para ello sentadas en círculo una de las participantes comienza por decir en secreto una pregunta a la persona que tiene sentada a su derecha y así sucesivamente, hasta que la investigadora pide detenerse y la última que escucho deberá responder sin decir la pregunta; entonces a partir de la respuesta el resto deben adivinar la pregunta.

Actividad Fundamental: Se aplicará el cuestionario diseñado para evaluar el desarrollo del curso-taller

Cierre: se realizará la técnica de animación "El Regalo y Utilidad" donde las participantes sentadas en forma de círculo, dando un regalo a la compañera situada a su derecha sin que la que se encuentra a su lado izquierdo sepa cuál es, después se mencionará de izquierda a derecha una utilidad del objeto entregado y dará las gracias diciendo además con una frase que utilidad le encontró a esta intervención educativa.

FOD: Taller

Tiempo: 60 minutos

Recursos: Humanos, trípticos, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcador.

CONCLUSIONES

En la comunidad de Palmira Dávalos prevalecen las mujeres con edades comprendidas entre 20 a 29 años, con nivel de instrucción primaria, solteras, amas de casa, de religión evangélica, con un ingreso económico superior a 83,56 dólares, que no han tenido embarazos y sin antecedentes patológicos personales ni familiares relacionados con los trastornos hipertensivos del embarazo.

Predominan los conocimientos insatisfactorios sobre de los trastornos hipertensivos del embarazo, a pesar de ello casi todas tienen actitudes positivas y más de la mitad asume prácticas de autocuidado adecuadas.

No existe correlación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las actitudes, ni entre los conocimientos y las prácticas, ni entre las actitudes y las prácticas, así mismo tampoco entre las prácticas y las variables biosociodemográficas estudiadas.

Se ha diseñado una estrategia de intervención educativa sobre la base del diagnóstico educativo de los conocimientos, las actitudes y las practicas sobre los trastornos hipertensivos del embarazo para prevenir la morbimortalidad materna.

RECOMENDACIONES

Socializar los resultados del presente estudio a las autoridades, líderes comunitarios, decisores del sector salud y educación para contribuir a la prevención de la morbimortalidad materna por trastornos hipertensivos del embarazo.

Implementar la estrategia educativa diseñada sobre trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres en edad fértil de la comunidad de Palmira Dávalos para incrementar sus conocimientos, sensibilizar a la población sobre la gravedad de los estos y el beneficio de las prácticas de autocuidado preconcepcionales.

Realizar programas de capacitación para el personal de salud que mejoren el nivel de conocimientos y refuercen actitudes positivas hacia la promoción de salud en lo referente a los factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

Almarales, G., Tamayo, D., y Pupo, H. (2008). Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. *Correo Científico Médico de Holguín*, 12(3).

Álvarez Sintés, R. y Álvarez Villanueva, R. (2014). *Salud Sexual y Reproductiva*. En *Álvarez Sintés, R (Ed.). Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Alvino, J. (2015). *Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Febrero 2015. Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Arenas, J., y Vásquez, A. (2011). *Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del c.s. Villa norte en el periodo febrero – julio 2010*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Arrasco, J., y Gonzales, J. (2012). *Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo*. Junio - agosto 2012. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto - Perú

Artiles, V. L., Iglesias, O. J., Barrios, O, I. (2008). *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud*. La Habana: ECIMED.

Beltrán, L., Benavides, P., López, J., y Onatra, W. (2014). Estados hipertensivos en el embarazo: revisión. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica* 17 (2), 311 - 323

- Cabezas, E.** (2004). *Salud Reproductiva*. En Rigol, O. (Ed.). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Camacho, L., y Berzaín, C.** (2015). Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencias Médicas*. 18(1).
- Carpi, A., y Breva, A.** (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de Acción Planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7).
- Céspedes, M.** (2010). *Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurin 2010*. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Cordero, L., Luna, A., Vattuone, M.** (2010). *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*. Columbia: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cruz, A., Batista, I., Medrano, E., y Ledea, A.** (2014). Consideraciones actuales acerca de la enfermedad hipertensiva del embarazo y el puerperio. *CorSalud*, 6(1), 86-96.
- Cunningham, G., Leveno, K., Hauth, J., Rouse, D., y Spong, C.** (2011). *Obstetricia De Williams*. México: Mc Graw – Hill.
- De la Cruz, M.** (2013). *Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.** (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Recuperado de

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

Distrito de Salud Colta- Guamote. (2014). *Mortalidad Materna 2013- 2014*. Departamento de epidemiología: Distrito Colta Guamote

Donoso, B., y Oyarzún, E. (2013). *Embarazo de alto riesgo. En Oyarzún, E., y Poblete, J. (Ed), Alto riesgo obstétrico*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Duartes, H. (2009). *Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique*. Enero 2008. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Durán, M., y Gonzáles, M. (2001). Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. *Medicina General*, 43, 252-262.

Escobar, M., Franco, Z., y Duque, J. (2011). El autocuidado: un compromiso de la formación integral en Educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 132 – 146.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2014). *Módulo de capacitación en pre-eclampsia/eclampsia*. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/view/43100287/modulo-de-capacitacion-en-preeclampsia-eclampsia-flasog-2012/3>

Fescina, R., De Mucio, B., Díaz, J., Martínez, G., Serruya, S., y Durán, P. (2011). *Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. Montevideo: CLAP/SMR

- Fleury, C.** (2009). *O desenvolvimento da preocupação materna primária em primíparas com pré-eclâmpsia: estudo clínico-qualitativo [dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Flores, M., y Ylatoma, C.** (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012*. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú.
- Gonzaga, M., Zonana, A., Anzaldo, M., y Olazarán, A.** (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Pública de México*, 56(1), 32-39.
- González, F.** (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal*. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Cárdenas, Cuba.
- González, B.** (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. Tesis para obtener el título de Médico. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- Grotberg, E.** (1996). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Washington: OPS/OMS.
- Gualpa, E., y Singuenza, C.** (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, mayo – julio 2012*. Tesis para obtener el título de Médico. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Gutiérrez, D. (1996). *Salud reproductiva: Concepto e importancia*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud

Herrear, V., Oliva, J., y Domínguez, F. (2004). *Riesgo Reproductivo*. En Rigol, O. (Ed.). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Huerga, V., Noriega, L., y Pantoja, M. (2010). *Los objetivos del milenio*. Madrid, España: Manos Unidas.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Resultados del censo del 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Chimborazo*. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/chimborazo.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Primeras estadísticas oficiales sobre filiación religiosa en Ecuador*. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/documentos_varios/presentacion_religion.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). *Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2014*. Quito, Ecuador: Dirección de estadísticas sociodemográficas.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas 2014*. Quito, Ecuador: Dirección de estadísticas sociodemográficas.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). Marzo 2015*. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2015/Marzo-2015/Presentacion_Empleo_Marzo_2015.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2015). Reporte de Pobreza por Ingresos. Septiembre 2015. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/Informe-pobreza-y-desigualdad-sep_15.pdf
- Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., y Achiong, M.** (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Revista Médica Electrónica*, 33(4).
- Jurado, N.** (2014). *Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes*. Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.
- Hacker, N., Gambone, J., y Hobel, C.** (2011). *Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore*. México: El Manual Moderno.
- Laza, C., y Sánchez, G.** (2012). Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enfermería global*, 11(26), 408-415.
- Maldonado, J.** (2004). *Efectos a corto y largo plazo de una intervención educativa sobre uso adecuado de medicamentos en estudiantes de colegios fiscales de la ciudad de Quito*. Tesis para la obtención de Maestría en Farmacoepidemiología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Matías, R.** (2013). *Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Tesis para obtener el título de Obstetra. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
- Mazza, M., Vallejo, C., y González, M.** (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 233-248.

Metodología en la educación sanitaria. (2004). Recuperado de:
<http://www.gencat.net/salut/pdf/esmetodologia.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud.* Quito, Ecuador: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000 – 2010.* Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=179&force=0>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica.* Recuperado de:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D502.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Análisis Situacional de Salud del Subcentro de Salud de Palmira 2014.* Palmira: MSP.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Protocolo de atención preconcepcional.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2011). *Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido.* San Salvador: Ministerio de Salud.

Moriyama IM. (1968). *Indicators of social change. Problems in the measurements of health status.* New York: Rusell Sage Fundation.

Moreira, M., y Morocho, M. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta externa del Hospital Materno-Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Prócel” sobre el síndrome preeclampsia-eclampsia.* Guayaquil, 2014. Tesis para la obtención de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Nápoles, D. (2016). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN*, 20 (4).

Núñez, D. (2011). *Factores de riesgo preconceptionales y emergentes en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el Hospital Provincial de Ambato, período enero-noviembre del 2011*. Tesis para obtener el título de Médico. Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Molina, L., y Torres, A. (2016). *Presencia de una adecuada red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en gestantes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito que cuentan con el área de atención gineco-obstetra, Hospital General Dr. Enrique Garcés; Maternidad Isidro Ayora y Hospital Pablo Arturo Suárez*. Tesis para obtener el título de Médico. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.

Moreira, M. y Morocho M. (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta externa del hospital materno-infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel sobre el síndrome preeclampsia-eclampsia*. Guayaquil, 2014. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Recuperado de http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html.

Naciones Unidas. (1995). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. En Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Naciones Unidas. Beijing, septiembre 1995*. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

- Organización Mundial de la Salud.** (1992). *Reproductive Health: A key to a brighter future. Special Programme of Research, Development and Training in Human Reproduction.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la salud.** (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.* Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud.** (2015). *Mortalidad materna.* Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Panamericana de la Salud.** (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina.* http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf.
- Pacheco, J.** (2013). Del Editor sobre las Guías de Hipertensión en el Embarazo del ACOG. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 59 (4).*
- Parada, A.** (2009). *Mortalidad Materna.* Recuperado de http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/46/Cap_23.pdf.
- Pillajo, J., y Calle, A.** (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia Santa Rosa – El Oro. Año 2011 – 2013.* Tesis para la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.
- Piña, N.** (2004). Cómo elaborar un programa de educación para la salud. *Revista Biociencias. (2)*

- Ramírez, E.** (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata*. Tesis para obtener el título de Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de la Plata. La Plata, Argentina.
- Rendón, M.** (2005). Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. *Ci. Inf., Brasilia*, 34 (2), 52-61.
- Roviralta, C., Rodríguez, S., Valdez, J., Lorenzo, A., Reynoso, W., y López, F.** (2013). La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6 (1), 10-16.
- Sánchez, J., González, E., Aparicio, C., y Ezquerro, J.** (2005). Consulta preconcepcional en Atención Primaria. *SEMERGEN*, 31(9), 413-417.
- Secretaría Distrital de Salud.** (2014). *Guía de trastornos hipertensivos del embarazo*. Bogotá- Colombia: Secretaría Distrital de Salud.
- Sosa, L., y Guirado, M.** (2013). Estados hipertensivos del embarazo. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28(2), 285-298.
- Terán, E.** (2013). *Factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del hospital San Vicente de Paúl en el periodo enero a julio 2012*. Trabajo de investigación previo a la obtención del título de licenciado en enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador.
- Ticona, D., Torres, L., Veramendi, L., y Zafra, J.** (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60 (2).

- Tobón, O., y García, C.** (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en Salud*. Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- Tobón, O.** (2005). *El autocuidado. Una habilidad para vivir*. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.com.mx/pdfdocument.cfm?articleid=370&catid=5>.
- Torres, Y., Lardoeyt, R., y Lardoeyt, M.** (2009). Impacto de la creación de un programa de educación para la salud de los trastornos hipertensivos de la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 67-75.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., y Páez, D.** (2004). Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. Recuperado de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- Uribe, T.** (2006). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
- Uribe, R.** (2009). *Mortalidad materna*. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf
- Vargas, R.** (2007). *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica*. Recuperado de <http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7360/2-Propuesta%20de%20una%20escala%20psicom%C3%A9trica.pdf?sequence=1>
- Vásconez, M.** (2014). *Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014*. Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Nutrición Humana. Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.
- Villaquiran, M., y Escobar, E.** (2013). *Protocolo de enfermería para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil en los componentes de*

consejería preconcepcional, anticoncepción, ITS y cáncer del sistema reproductor.
Colombia: Ministerio de Salud y protección Social.

ANEXOS

Anexo A:

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**



CUESTIONARIO

Buenos días, mi nombre es Sandra Valencia Olalla, posgradista de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

En esta oportunidad quiero solicitar su valiosa colaboración en la presente investigación que tiene como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que usted posee en relación al tema de los factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial, para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad las siguientes preguntas.

Por favor lea detenidamente las preguntas y las posibilidades de respuesta. Marque la respuesta de su elección, en la mayor parte de los casos solo debe marcar una casilla y en las preguntas que así lo indican, puede marcar varias opciones.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

DATOS GENERALES

1. ¿Qué edad usted tiene? _____
2. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que Ud. alcanzó?
 - Ninguno
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
3. ¿Cuál es su estado civil actualmente?
 - Soltera
 - Casada
 - Unión estable

- Divorciada
 - Separada
 - Viuda
4. ¿Cuál es su ocupación actual?
- Ama de casa
 - Estudiante
 - Trabaja
 - No trabaja
5. ¿Qué religión Ud. practica?
- Ninguna
 - Católica
 - Evangélica
 - Otra ¿Cuál? _____
6. ¿Cuál es el ingreso mensual promedio de la familia?
- Más de 83,56 dólares
 - Menos de 83,56 dólares
 - Menos 47,09 dólares
7. ¿Cuántos embarazos Ud. ha tenido, incluyendo abortos y partos?
- Ninguno
 - 1 a 2
 - 3 a 4
 - 5 y más
8. Si su respuesta fue afirmativa responda la siguiente pregunta. ¿A qué edad se quedó embarazada por primera vez? _____ años.
9. ¿Cuál de las siguientes enfermedades presenta o ha presentado?
- Presión alta crónica
 - Obesidad
 - Azúcar en la sangre
 - Enfermedad del riñón
 - Colesterol alto
 - Enfermedad del corazón
 - Presión alta en el embarazo

Otro _____

Ninguno

10. ¿Algún familiar cercano ha presentado presión alta durante su embarazo?

Madre

Hermana

Otro familiar _____

Ninguna

No sabe

PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS

11. ¿Para usted que son los trastornos hipertensivos del embarazo?

Es la presión alta durante el embarazo y que vuelve o no a sus niveles normales después del parto.

Niveles altos de la azúcar en la sangre.

Es la presión alta crónica

Son amenazas de aborto

No sabe

12. ¿La presión alta en el embarazo puede afectar la salud de?

Nunca he escuchado sobre eso

La madre

El bebe

La madre y el bebe

No afecta a ninguno de los dos

13. ¿Cuáles son las manifestaciones de la presión alta en el embarazo?

La hinchazón de las manos y los pies

El dolor de cabeza

Ardor o dolor en la boca del estomago

Ninguno

No sabe

14. En que edades se presenta habitualmente la presión alta en el embarazo:

- Mujeres entre 20 a 35 años
- Mujeres menores de 20 años
- Mujeres menores de 20 y mayores de 35 años
- Mujeres mayores de 35 años
- No sabe

15. ¿Si anteriormente Ud. o su mama o alguien de su familia presentó presión alta durante el embarazo, podría Ud. tener esta enfermedad?

- Si
- No
- No sabe

16. ¿Cuántas de estas enfermedades pueden producir presión alta en el embarazo?

- Presión alta crónica
- Obesidad
- Azúcar alta en la sangre
- Enfermedades del riñón y del corazón
- No sabe

17. ¿Cuáles de los siguientes factores pueden producir riesgo de padecer la presión alta durante el embarazo?

- Fumar y/o consumir licor u otras drogas
- Tener mucho estrés durante el embarazo
- Planificar el mejor momento para embarazarse
- Ser pobre, desempleada, bajo nivel educativo, costumbres, falta de conocimientos
- Estar sobrepeso u obesa al momento de embarazarse
- Ser embarazada adolescente o embarazada mayor de 35 años
- Padecer alguna enfermedad crónica
- Ser primeriza o tener un embarazo gemelar
- Practicar ejercicios físicos de forma sistemática
- No se

18. ¿Cuál considera usted es la edad más apropiada para embarazarse?

- Menos de 19 años
- 20 a 35 años
- 20 a 49 años

- Más de 40 años
- No se

19. ¿Con que frecuencia se debe controlar el peso corporal una mujer embarazada?

- Todos los meses
- Cada semana
- Cada 6 meses
- No se
- No lo creo importante

PREGUNTAS SOBRE ACTITUDES

20. ¿Cree Ud. que es una pérdida de tiempo acudir a un centro de salud para control médico?

- Totalmente de acuerdo, es una pérdida de tiempo
- En acuerdo, a veces es una pérdida de tiempo
- Indiferente
- En desacuerdo, puede no ser una pérdida de tiempo
- Totalmente en desacuerdo, nunca es una pérdida de tiempo

21. ¿Cree Ud. que son importantes los controles médicos del embarazo cada mes?

- Totalmente de acuerdo
- En acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

22. ¿Si usted o algún familiar presenta molestias durante el embarazo, cree que es importante acudir de inmediato a un centro de salud?

- Totalmente de acuerdo
- En acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

23. ¿Considera usted que tener un peso adecuado es beneficioso para la salud?

- Totalmente de acuerdo
- En acuerdo

- Indiferente
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
24. ¿Considera Ud. que hace daño fumar, consumir licor u otras drogas durante el embarazo?
- Totalmente de acuerdo, si hace mucho daño
 - En acuerdo, puede hacer algún daño
 - Indiferente
 - En desacuerdo, solo hace daño si se consume en exceso
 - Totalmente en desacuerdo, no hace daño
25. ¿Considera usted que hace daño estar triste, tensa o amargada, tener preocupaciones, discusiones frecuentes u otros conflictos personales y familiares durante el embarazo?
- Totalmente de acuerdo, siempre hace daño
 - En acuerdo, a veces hace daño
 - Indiferente
 - En desacuerdo, pudiera hacer algún daño
 - Totalmente en desacuerdo, nunca hace daño
26. ¿Cree usted conveniente que la mujer planifique cuando quedar embarazada?
- Sí lo considero necesario
 - Depende del estado de salud de la madre
 - Dios dispondrá el número de hijos
 - Depende de los deseos del padre
 - No lo considero necesario
27. ¿Usaría usted algún método anticonceptivo si deseara planificar o evitar un embarazo?
- Sí, siempre lo usaría.
 - Puede ser que si
 - Indecisa
 - Puede ser que no
 - Definitivamente no
28. ¿Que opinión tienen de los métodos de anticoncepción para planificar un embarazo?
- Son inmorales

- Pueden causar enfermedades o cáncer
- No son efectivos
- Dios dispondrá el número de hijos
- La cantidad de hijos depende del padre
- Es la mejor opción para no tener hijos

29. ¿Qué molestias le han ocasionado los métodos de planificación familiar que ha utilizado?

- Dolor de cabeza
- Nauseas
- Aumento de peso o disminución de peso
- Ausencia de regla
- Sangrado abundante y doloroso.
- Varices en las piernas.
- Molestias sexuales con mi compañero (incomodidad).
- Cambios de humor o del carácter
- Ninguna molestia
- No he tenido relaciones sexuales

PREGUNTAS SOBRE PRÁCTICAS

30. Cuando usted asiste al centro de salud de su comunidad es:

- Para control médico
- Por enfermedad
- Para buscar medicamentos
- Otras razones
- No acudo

31. ¿Dónde acude usted cuando está enferma o presenta alguna molestia?

- A un centro de salud de su comunidad o médico particular
- A la farmacia
- Se automedica y compra medicación en la tienda
- Solo toma remedios caseros
- A un curandero o una partera

32. ¿Cumple con todas las indicaciones médicas que le sugieren el personal de salud?

- Siempre cumplo
- Casi siempre cumplo
- Cuando me siento bien ya no tomo la medicación
- En ocasiones lo olvido pero trato de cumplir
- No cumplo porque no se me acordar

33. ¿En qué categoría se encuentra usted según su peso?

- Normo peso
- Bajo peso
- Sobre peso
- Obesa
- No se

34. ¿Con que frecuencia consume usted verduras y frutas?

- Todos los días
- Al menos 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- De vez en cuando
- No consumo

35. ¿Con que frecuencia consume usted dulces, chocolate, gaseosa o jugos con azúcar?

- Todos los días
- Más de 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- De vez en cuando
- No consumo

36. ¿Con que frecuencia consume usted los alimentos fritos?

- Todos los días
- Más de 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- De vez en cuando
- No consumo

37. ¿Con que frecuencia hace ejercicios o caminatas?

- Diario

- Al menos 3 veces a la semana
- Cada semana
- Cuando me acuerdo
- Nunca

38. ¿Qué hace usted habitualmente cuando se siente triste, tensa o amargada, con preocupaciones o tiene discusiones o conflictos personales y familiares?

- Nada, espero que se me pase
- Exploto de las iras
- Llorar
- Realizo ejercicios físicos
- Busco ayuda de un profesional de la salud
- Salir a caminar
- Escuchar música o ver televisión
- Me refugio en el trabajo

39. ¿Qué método anticonceptivo está usando usted?

- Pastillas.
- T de Cobre.
- Píldora anticonceptiva de emergencia.
- Inyecciones de estrógenos y/o progestágenos.
- Método del ritmo (tener en cuenta los días fértiles)
- Preservativo o condón.
- Implante
- Terminar fuera.
- Abstinencia (no tener relaciones)
- Ninguno
- Aun no tengo relaciones sexuales

Anexo B:

Dimensión	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1a	2ª	1ª	2a	1a	2a	1a	2a
	%	%	%	%	%	%	%	%
Dimensión I	16.7	0	22.3	5.7	16.7	0	16.7	0
Dimensión II	42	0	33.5	8.5	25	0	33.5	8.5
Dimensión III	22.2	0	25	2.8	16.5	2.8	16.5	2.8
Dimensión IV	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20.2	0	20.2	4.2	14.5	0.7	16.7	2.8

Anexo C:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Valencia Olalla, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres de 15 a 49 años. Palmira Dávalos, Guamote, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a las mujeres de 15 a 49 años de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a estas mujeres, con el propósito de lograr la prevención de los trastornos hipertensivos como causa de enfermedad y muerte en el embarazo. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno. Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo F:

RECURSOS/PRESUPUESTO:

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Personal

Recurso humano	Estipendio	% Seguridad Social	Estipendio	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1200.00	72.00	1128.00	10%	112.80

Total de gastos por concepto de personal: \$ 2594.40

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	2	3.25	6.50
Carpetas	Unidad	5	0.40	2.00
Cuadernos	Unidad	2	1.25	2.50
Esferos	Unidad	10	0.40	4.00
Crayones	Unidad	10	0.10	1.00
Marcadores	Unidad	10	0.40	4.00
Discos compactos CDs	Unidad	10	0.30	3.00
Tóner impresora láser	Unidad	1	20.00	20.00
Pizarra	Unidad	1	20.00	20.00
Grapadora	Unidad	1	3.50	3.50
Perforadora	Unidad	1	2.50	2.50
Total				69.25

Total gastos por material de oficina: \$ 69.25

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	700.00	700.00
Impresora Láser	Unidad	1	350.00	350.00
Proyector de imágenes	Unidad	1	850.00	850.00
Total				1900.00

Total gastos por equipos: \$ 1900.00

4. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	50	0.05	15.00
Anillado	Hoja	5	2.00	10.00
Fotocopias	Hoja	300	0.03	9.00
Empastado	Hoja	5	15.00	75.00
Escaneados	Hoja	10	0.10	1.00
Total				110.00

Total gastos por servicios: \$ 161.00

5. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	50	2.00	100.00
Alimentación	Unidad	184	2.00	368.00
Total				468.00

Total otros gastos: \$ 468.00

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal	2594.40
Material de oficina	69.25
Equipos	1900.00
Servicios	110.00
Otros gastos	468.00
Total	5141.65

Total de gastos directos: \$ 5141.65

