



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



**ESTILOS DE VIDA Y EL AUTO CUIDADO EN LAS EMBARAZADAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL
EN EL HOSPITAL “CORONEL ELBANO PAREDES VIVAS”,
MARACAY, ESTADO ARAGUA**

Autora: Licda. Flor Álvarez

Tutora: Dra. María Hilda Cárdenas

VALENCIA, MARZO 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



**ESTILOS DE VIDA Y EL AUTO CUIDADO EN LAS EMBARAZADAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL
EN EL HOSPITAL “CORONEL ELBANO PAREDES VIVAS”,
MARACAY, ESTADO ARAGUA**

**Autora: Licda. Flor Álvarez
Tutora: Dra. María Hilda Cárdenas**

**Trabajo de Grado presentado ante la Dirección de Postgrado de la
Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo,
para optar al Título de
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA**

VALENCIA, MARZO 2018

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MARÍA HILDA CÁRDENAS**, en mi carácter de Tutora por la presente hago constar que he leído el proyecto del Trabajo de Grado presentado por la **LICDA. FLOR ÁLVAREZ, TITULAR DE LA C. I. 8.809.761**, para optar al **TÍTULO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA**, correspondiente a la Línea de Investigación 2, Promoción de la salud y Prevención de Enfermedades en Salud Reproductiva de la Maestría en Salud Reproductiva, cuyo título es: **ESTILOS DE VIDA Y EL AUTO CUIDADO EN LAS EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL EN EL HOSPITAL “CORONEL ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY, ESTADO ARAGUA**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Dra. María Hilda Cárdenas.
C. I. 10.328.298

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA SALUD REPRODUCTIVA**

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **Estilos de Vida y el Auto Cuidado en embarazadas con Hipertensión Arterial, que asisten a la consulta prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua**, presentado por la Licda. Flor Álvarez, para optar al título de Magíster en Enfermería en Salud Reproductiva, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:

Nombre	Apellido	C.I.	Firma Jurado
---------------	-----------------	-------------	---------------------

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, doy gracias infinitas porque me dotó de entendimiento y fortaleza para seguir adelante. Por darme la oportunidad de lograr esta meta.

A mis Padres, (aunque estén en el cielo), por darme el Ser, por tanta dedicación a mí persona. Por guiarme e iluminarme, en todo momento. Gracias por haberme permitido crecer y enseñarme en la vida. Por instarme día a día, a que me esforzara en pro de mis sueños.

A mi familia, especialmente a mi hermana María, por alentarme en la ejecución de mis proyectos; por enseñarme lo que es la alegría y armonía, unión y apoyo inquebrantable en los tiempos difíciles.

A mi Esposo, por ser tan comprensivo y apoyarme en cada una de mis metas, por regalarme cada uno de los tan maravillosos días que compartimos juntos. Gracias por estar a mi lado y ayudarme a hacer realidad mis sueños. ¡Este triunfo, también es tuyo!, disfrútalo al máximo, y que este logro nos ayude a seguir manteniendo tan bella unión.

A mis hijos, por ser mi motivación de inspiración cada día. Que este logro sirva de ejemplo, para que Ustedes también tengan fuerza de voluntad de ir tras sus metas y sueños.

A mis colega y amiga: Fanny, a mis amigas(os), compañeras(os), por permitirme disfrutar de una relación amistosa incomparable, basada en los más bellos valores humanos y por incentivarne a hacer esta Maestría.

A quienes creyeron en mí, por haberme dado el valor y la fortaleza para seguir adelante, les dedico con mucho cariño mi Trabajo de Grado.

Floz

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Carabobo, por permitir mi formación académica; por inculcarme tanta disciplina, responsabilidad, compromiso.

A mis Profesores, por siempre sacar lo mejor de cada uno de sus discípulos y enseñarnos a amar más esta carrera, especialmente a aquellos que nos ayudaron con oportunas asesorías.

A mi Profesora Amarilis Guerra, por ser tan consecuyente en todos los Seminarios y Jornadas que tuve que pasar para llegar a esta meta. Agradecida de tanta comprensión, paciencia y sabiduría de su parte.

A mi Tutora, Dra. María Hilda Cárdenas, por brindarme sus conocimientos y experiencia en sus asesorías para el logro de esta meta. Gracias por sus sabias observaciones y extrema dedicación.

A la Dra. Rosa y a la Dra. Flor San Miguel, quienes me animaron siempre a seguir adelante en pro de esta meta, sin que me detuvieran los obstáculos a los cuales me tuve que enfrentar.

Al personal Directivo, empleados (quienes laboran en el Departamento de Historias Médicas) y colaboradores del Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, estado Aragua, por permitirme sus espacios en pro del desarrollo de este trabajo; muy especialmente, a las pacientes, embarazadas con HTA que fueron consultadas como sujetos muestrales, gracias por brindarme su tiempo.

A los Expertos consultados para la validación del instrumento aplicado en esta investigación, por su disposición, orientación y asesoramiento en la realización de la misma.

Al personal que labora en las

A quienes hicieron posible el desarrollo de este trabajo, a través del aporte de su grano de arena en la consecución de este trabajo. Gracias por su desinteresada colaboración... ¡Gracias, a Todos!.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1. Planteamiento del Problema.....	5
1.2 Objetivos de la Investigación.....	13
1.2.1 Objetivo General.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	14
1.3 Justificación del Estudio.....	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	19
2.1. Antecedentes del estudio.....	19
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	19
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	26
2.2. Bases Teóricas.....	32
2.2.1. Estilo de Vida.....	32
2.2.2. Hábitos de Alimentación.....	39
2.2.3. Práctica de Ejercicios Físicos.....	41
2.2.4. Autocuidado en el manejo de la hipertensión arterial.....	43
2.2.4.1. Autocuidado.....	43
2.2.4.2. Control de Salud.....	48
2.2.4.3. Tratamiento no farmacológico.....	49
2.2.4.4. Prevención de complicaciones (tratamiento farmacológico prescrito).....	50
2.3. Bases Legales.....	53
2.4. Sistema de Hipótesis.....	58
2.4.1. Hipótesis General.....	58
2.4.2. Hipótesis Especificas.....	58
2.5. Sistema de Variables y su Operacionalización.....	59
2.6. Definición de términos.....	65

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	68
3.1. Tipo de estudio.....	68
3.2. Población.....	69
3.3. Muestra.....	70
3.4. Técnicas para la Recolección de Datos.....	70
3.5. Instrumento para la Recolección de Datos.....	71
3.5.1. Validez del Instrumento.....	71
3.5.2. Confiabilidad del Instrumento.....	72
3.6. Procedimiento para la Recolección de la Información.....	73
3.7. Técnica de Análisis de los Datos.....	73
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
4.1. Presentación de los Resultados.....	76
4.2. Análisis de los Resultados.....	98
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	107
5.1. Conclusiones.....	107
5.2. Recomendaciones.....	111
Referencias Bibliográficas.....	114
ANEXOS.....	119
Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos.....	120
Anexo B. Consentimiento Informado.....	127
Anexo C. Formato de Validación del Instrumento.....	128
Anexo D. Constancias de Validación del Instrumento.....	132
Anexo E. Resultados de la Confiabilidad del Instrumento.....	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	Distribución de la Edad de las Embarazadas con HTA que Asisten a Consulta Prenatal en el Hospital Coronel Elbano Paredes Vivas, Maracay, estado Aragua.....	77
2	Distribución de la Embarazada con HTA según su Condición Laboral, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	79
3	Distribución de la Embarazada con HTA según su Estado Civil, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	80
4	Distribución de la Embarazada con HTA según su Nivel Educativo, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	81
5	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	82
6	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	85
7	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	88
8	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	91
9	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	93
10	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
1	Distribución de la Edad de las Embarazadas con HTA que Asisten a Consulta Prenatal en el Hospital Coronel Elbano Paredes Vivas, Maracay, estado Aragua.....	78
2	Distribución de la Embarazada con HTA según su Condición Laboral, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	79
3	Distribución de la Embarazada con HTA según su Estado Civil, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	80
4	Distribución de la Embarazada con HTA según su Nivel Educativo, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	81
5	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	83
6	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	86
7	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	89
8	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	91
9	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	93
10	Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016.....	95



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



**ESTILOS DE VIDA Y EL AUTO CUIDADO EN EMBARAZADAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL
EN EL HOSPITAL “CORONEL ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY,
ESTADO ARAGUA**

Autora: Licda. Flor Álvarez.

Tutora: Dra. María Hilda Cárdenas.

Año: 2017

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar la relación entre el estilo de vida en sus factores: hábitos de alimentación y practica de ejercicios y el auto-cuidado en sus factores: control de la enfermedad y la prevención de complicaciones, en embarazadas con Hipertensión Arterial (HTA), que asisten a la consulta prenatal en el Hospital Cnel. Paredes Vivas, Maracay, Estado Aragua. Su relevancia se centra en proporcionar información acerca de la correlación que pueda existir entre dichas variables, de modo de sustentar los Programas de Promoción de la Salud Reproductiva, con el fin de ver la pertinencia de posibles modificaciones para lograr un mayor impacto en dichas pacientes. Desde el punto de vista teórico, se ha fundamentado en el modelo de Dorothea Orem, sustentado en el diagnóstico de enfermería de déficit de auto cuidado. Se trata de un estudio de tipo correlacional, ya que mide el grado de relación que existe entre tales variables. Se sustentó en el paradigma de investigación cuantitativa, cuya metodología obedeció a un abordaje metodológico empírico-analítico, utilizando el método hipotético-deductivo. La muestra fueron 100 embarazadas con HTA que asistieron al control prenatal del Hospital Cnel. Paredes Vivas, a quienes se les aplicó un cuestionario de 37 ítems, de lo que se obtuvo como resultado que tres de los factores del Estilo de Vida presentaron mayorías en los niveles Alto de la variable Autocuidado, y uno en el nivel Medio, pero sin significación estadística, por lo que se concluyó que se debía rechazar la hipótesis general, por tanto, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables Estilo de Vida de la embarazada con HTA y el Autocuidado de la HTA. Se recomendó diseñar e implementar programas de promoción de Estilos de Vida saludables y el fomento del Autocuidado en las embarazadas con HTA.

Palabras clave: Estilo de Vida, Auto-Cuidado, Embarazadas, Hipertensión Arterial, Salud Reproductiva, Dorotea Orem.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



**LIFESTYLES AND SELF CARE IN PREGNANCY WITH ARTERIAL
HYPERTENSION ATTENDING THE PRENATAL CONSULTATION AT
"COLONEL ELBANO PAREDES VIVAS" HOSPITAL, MARACAY,
ESTATE ARAGUA**

Author: Licda. Flor Álvarez.
Tutor: Dr. María Hilda Cárdenas.
Year: 2017

SUMMARY

The present research had as general objective, to determine the relationship between lifestyle in its factors: eating habits and practice of exercises and self-care in its factors: disease control and prevention of complications in pregnant women with hypertension Arterial (HTA), who attend the prenatal consultation at Hospital Cnel. Paredes Vivas, Maracay, Estado Aragua. Its relevance is to provide information about the correlation that may exist between these variables, in order to support the Reproductive Health Promotion Programs, in order to see the pertinence of possible modifications to achieve a greater impact in these patients. From the theoretical point of view, it has been based on the model of Dorothea Orem, based on the nursing diagnosis of self-care deficit. It is a correlational study, since it measures the degree of relationship that exists between such variables. It was based on the quantitative research paradigm, whose methodology obeyed an empirical-analytical methodological approach, using the hypothetico-deductive method. The sample was 100 pregnant women with hypertension who attended the prenatal control of Hospital Cnel. Paredes Vivas, who were given a questionnaire of 37 items, which resulted in three of the factors of the Lifestyle presented majorities in the High levels of the Self-care variable, and one in the Medium level, but without Therefore, it was concluded that the general hypothesis should be rejected, therefore, there is no statistically significant relationship between the variables Lifestyle of the pregnant woman with hypertension and Self-care of hypertension. It was recommended to design and implement healthy lifestyle promotion programs and the promotion of self-care in pregnant women with hypertension.

Key words: Lifestyle, Self-Care, Pregnant, Hypertension, Reproductive Health, Dorotea Orem.

INTRODUCCIÓN

Los grandes cambios que se han presentado en el mundo en los últimos tiempos, han generado consecuencias, siendo una de éstas, el hecho de que las adolescentes están comenzando las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, al igual que su primer embarazo. De esta manera la gestación en la mujer se ha convertido en una preocupación de la sociedad pues no se sabe a ciencia cierta hasta qué punto las mujeres están preparadas para mantener y conservar su estado de salud durante esta etapa de su vida y asumir la maternidad en forma responsable.

En el caso de las embarazadas con hipertensión arterial (HTA), las mujeres tienen que llevar a cabo acciones de cuidado que usualmente son realizadas por ellas mismas y/o su familia. La mayoría de estos cuidados provienen del tipo de patología sufrida, así como de tradiciones familiares, las cuales reflejan normas de cuidado y comportamientos importantes en esta etapa del ciclo vital, transmitiendo creencias y prácticas a las nuevas embarazadas.

Si bien muchas de ellas son inocuas y pueden fomentar la unidad y cohesión familiar, otras prácticas, como los tabúes alimentarios y las prácticas de cuidado durante el puerperio, pueden menoscabar la salud física y el bienestar de las embarazadas durante este período, especialmente cuando padecen de hipertensión

arterial. Así, Enfermería está llamada a contrarrestar el déficit de auto-cuidado de estas pacientes mediante el empleo de Teorías como la de Dorotea Orem y en función de la línea de investigación 2 de la Maestría en Salud Reproductiva, sustentada en el paradigma de investigación cuantitativa, cuya metodología obedeció a un abordaje metodológico empírico-analítico, utilizando el método hipotético-deductivo, apoyado en el paradigma cuantitativo.

Es por ello, que el presente trabajo de investigación está dirigido a determinar la relación entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y practica de ejercicios y el auto cuidado en sus factores: control de la enfermedad y la prevención de complicaciones, en embarazadas con Hipertensión Arterial (HTA), que asisten a la Consulta Prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua.

La importancia de abordar este tema reside en que el embarazo en la mujer constituye un problema social, económico y de salud pública dado que Venezuela es uno de los países con mayor tasa de embarazos en el mundo, lo que unido a la escasez de información y a la falta de prevención, crean el caldo de cultivo de los embarazos que pueden pasar a constituir situaciones de riesgo tanto para la madre como para el feto, en función de los padecimientos propios de la HTA durante esta etapa de gestación. Por lo cual, a los fines de disminuir los índices de morbimortalidad se

requiere del desarrollo de investigaciones de enfermería que ayuden a proporcionar información importante acerca de la correlación que pueda existir entre variables tales como estilo de vida y auto cuidado, en el caso específico de las embarazadas con HTA, de modo de sustentar los Programas de Promoción de la Salud Reproductiva.

Es así como la presente investigación ha quedado estructurada de la siguiente forma:

Capítulo I, denominado “El Problema”, conformado por la formulación del problema, los objetivos de la investigación, general y específico que marcaron el rumbo de la misma, y por último, se encuentra la justificación que resalta la importancia de investigar en esta materia y los aportes de este estudio.

Capítulo II, dado por el “Marco Teórico”, en el cual se describen los antecedentes del estudio que guardan relación con el tema, también se encuentran las bases teóricas que fundamentan la investigación y las bases legales relacionadas con el tópico abordado, además del sistema de hipótesis, la definición de términos y del sistema de variables.

Capítulo III, referido al “Marco Metodológico”, conformado éste por el tipo de estudio, población y muestra, las técnicas e instrumento de recolección de información empleado, y las técnicas para la el análisis de los datos obtenidos.

Capítulo IV, el cual contiene la descripción y análisis de los “Resultados” obtenidos en la investigación.

Capítulo V, dirigido a la exposición de las “Conclusiones y Recomendaciones” dadas en la investigación.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas consultadas para el desarrollo del estudio y los anexos que sustentan este trabajo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Este capítulo hace referencia al planteamiento y formulación del problema, del cual se genera la interrogante que conlleva a la formulación de los objetivos del estudio, seguidos de la justificación de la investigación.

1.1.Planteamiento del Problema

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en distintos componentes. Para la Organización Mundial de la Salud, la salud significa el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. De este modo, la salud reproductiva abarca que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia

profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos, es decir, sin discapacidad alguna.

De este modo, el concepto de salud reproductiva, para la UNICEF, corresponde a la salud durante la maternidad y la salud infantil. En cuanto a la salud de la maternidad, se tiene que los embarazos y por tanto, la maternidad se asocian con la salud tanto de la madre como de los hijos nacidos de las mujeres embarazadas. El embarazo en la vida de la mujer pudiera ser considerado como un problema desde diferentes ópticas, ya que implica riesgo de mortalidad materna, así como mortalidad infantil.

En razón de ello, la mujer embarazada necesita ser objeto de un abordaje integral biopsicosocial por parte de un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de ella y de su maternidad, especialmente en lo que concierne a los riesgos fisiológicos de la gestante que incluyen primordialmente el estilo de vida, en lo relativo a la conservación de la salud en el embarazo (alimentación, ejercicio, descanso), pues éste debe ser una experiencia normal, sana y feliz para la mujer, por lo que si su salud general es buena, no hay razón por la cual la gestación produzca síntomas físicos o emocionales que interfieran en su capacidad de actuar y participar en actividades corrientes, se estimula a la gestante a que no interrumpa sus ocupaciones y hábitos.

Así, las mujeres embarazadas deben conocer su estado de salud y las condiciones bajo las cuales están pasando por esa etapa de su vida, dado que según lo expuesto por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, “los embarazos pueden presentar riesgos en cuanto a: pre-eclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido” (1). De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, citada por Desser (2), “uno de los grupos de mayor riesgo en las embarazadas, lo constituye precisamente, aquellas que presentan diagnósticos médicos de Hipertensión Arterial (HTA)”, por lo que tales mujeres deben tener conciencia de su salud, es decir, deben conocer lo que implica su auto cuidado.

El auto cuidado es considerado por Vásquez (3), como “todas las acciones que las personas practican de forma voluntaria encaminadas a mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida cotidiana” y de manera especial, cuando se afronta alguna enfermedad, sobre todo aquellas de tipo crónico como la Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad que para el año 2011, ocasionó el 60% de mortalidad y constituyó el 45,9% de la carga mundial de morbilidad. Si se mantienen las tendencias actuales, se estima que para el año 2020, la HTA representará el 73% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad (4). De

igual forma, los estudios epidemiológicos han señalado la HTA es el factor de riesgo más importante en la enfermedad cardiovascular, afectando cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente 1 billón en el mundo (5). Por tanto, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe, ha ido variando, para el año 2002, fue del 14 al 40% en las personas de 35 a 64 años de edad, afectando a un total de 140 millones de personas; lo cual quiere decir que la HTA, afecta alrededor del 20% de la población adulta a nivel mundial, generando la mayoría de las consultas y hospitalizaciones (5). Es evidente entonces que la HTA y sus complicaciones, ocupa el primer lugar como causa de mortalidad (5), siendo esta patología más frecuente en mujeres y en los grupos de mayor edad, así como la prevalencia alta en personas con menor nivel educativo, en los grupos socioeconómicos bajos y en individuos con percepción de peso alto (5).

La situación antes descrita resulta preocupante porque se están haciendo evidentes los casos de embarazadas con hipertensión arterial, que no conocen los riesgos (biológicos, psicológicos, sociales u otros) a los que están sometidas. De manera que el incremento de estas embarazadas requiere de una apropiada atención integral para lograr el completo desarrollo y feliz término de la gestación; así como para garantizar la disminución de los riesgos que experimenta el nuevo ser que ellas han concebido.

En el caso de la mujer embarazada con diagnóstico de HTA, el auto cuidado es importante, puesto que se requiere de prácticas adecuadas para evitar complicaciones y consecuencias de la enfermedad. De manera especial aquellas prácticas relacionadas con el estilo de vida, como la alimentación, el ejercicio y la actividad física, el manejo del estrés, entre otras, teniendo claro que complementan el tratamiento farmacológico de la enfermedad.

Sin embargo, en ocasiones, la mujer embarazada con hipertensión arterial tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir su propio cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán, de allí que modificar el estilo de vida de la embarazada sea una decisión personal y una forma particular de vivir de la mujer, la cual puede estar determinada por las circunstancias ambientales.

En este ámbito, tiene participación Enfermería, al proporcionarle a las personas y/o grupos, asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y

mantener, por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así, se tiene que la contribución de enfermería hacia la embarazada con hipertensión arterial, implica educarla y fortalecer en ella, la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados. Por lo tanto, la consulta prenatal, según Colmenares y col. (6), consiste en un “conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico”.

De manera que la embarazada con HTA, está sujeta a limitaciones relacionadas con su salud, las cuales les afecta su auto cuidado continuo, por lo que requiere de la aplicación del Modelo de Enfermería que está dirigido a la tendencia de suplencia o ayuda, tal como el de Dorotea Orem, quien concibió que cuando existe un déficit de auto cuidado, Enfermería establece qué requisitos son los demandados por la persona a la que van a atender, selecciona las formas más adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúa las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos y el potencial del enfermo para desarrollar las habilidades requeridas para la acción (7).

En el caso de las embarazadas con hipertensión arterial, su auto cuidado depende de las capacidades de cada paciente. Por ello, el modelo de Orem permite que la enfermería, actúe por medio de sistema de apoyo educativo, en el que la Enfermería instruye y orienta a la persona para que lleve a cabo el auto cuidado necesario, de modo que el paciente sea capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al auto cuidado, ya que no tienen limitaciones/ o incapacidades.

En diversos trabajos de investigación, tales como los de Colmenares y col., se ha corroborado que existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en sus función docente y el conocimiento de la embarazada sobre los riesgos fisiológicos (6).

El déficit de auto cuidado en la embarazada con hipertensión arterial es el resultado de los estilos de vida poco saludables, que tal como lo señalan Colmenares y col. (6), se evidencia esto en: (a) Hábitos de alimentación tales como: el consumo elevado de sal y grasas saturadas; (b) Prácticas insanas tales como: consumo de alcohol, cigarrillos; (c) Poca práctica de ejercicios o actividad física, o total sedentarismo; (d) Vivencia de situaciones que causan estrés y falta de descanso (6). Todo esto relacionado al nivel económico y a la falta de conocimientos de la enfermedad, aunado a la poca promoción de la salud a través de actividades

educativas en tales mujeres, lo que conlleva a que su auto cuidado sea deficiente, afectando el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones de la misma durante el embarazo.

A esta realidad no escapan las 3348 embarazadas que acudieron a consulta prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, ubicado en Maracay, Estado Aragua, durante el año 2015, de las cuales, el 16,8% de ellas, es decir, 561 embarazadas fueron diagnosticadas con Hipertensión Arterial, según los datos aportados por el Departamento de Registro y Estadística de Salud de dicho hospital, por ello, aparte de los hechos empíricos que se tienen que fortalecer, están los que se suscitan a diario en los hechos reales, como lo han de ser: el poco interés de la embarazada sobre sus cuidados prenatales; el poco conocimiento de la importancia de lo que implica la etapa del embarazo en sus vidas; la falta de mantenimiento de sanos hábitos de alimentación; el escaso interés por la realización de prácticas de ejercicios físicos que les ayuden a su relajación y al fortalecimiento de sus condiciones físicas y mentales; la situación de constante estrés que sufren por las condiciones socioeconómicas que vive el país actualmente y su influencia en el estilo y calidad de vida que ellas llevan.

Es por ello que en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, se evidencia la necesaria intervención de Enfermería durante la clínica prenatal de la embarazada

con Hipertensión Arterial para la promoción del auto cuidado a los fines de prevenir riesgos fisiológicos durante la gestación, y con ello, disminuir el índice de morbimortalidad en los casos de mujeres embarazadas con HTA, así como de los nacimientos con complicaciones por dicha causa.

De manera que dada la alta tasa de embarazadas con HTA que se presenta durante el control prenatal en este centro de salud, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y las acciones de auto cuidado que llevan a cabo las embarazadas para el manejo de la Hipertensión Arterial (HTA)?.

1.2.Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y practica de ejercicios y el auto cuidado en sus factores: control de la enfermedad y la prevención de complicaciones, en embarazadas diagnosticadas con Hipertensión Arterial (HTA), que asisten a la consulta prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua.

1.2.2 Objetivos Específicos.

1. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas diagnosticadas con HTA.
2. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas diagnosticadas con HTA.
3. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas diagnosticadas con HTA.
4. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas diagnosticadas con HTA.
5. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA
6. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA.

1.3. Justificación del Estudio

Según Barrera, el embarazo en la mujer constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud. Venezuela es uno de los países con mayor tasa de embarazos en el mundo, así la edad media de iniciación sexual en las mujeres venezolanas se sitúa entre los 12 y 14 años de edad, lo que unido a la escasez de información y a la falta de prevención, crean el caldo de cultivo de los embarazos (8). Por su parte, en el Estado Aragua, CORPOSALUD ha dado a conocer que en esta entidad, se atienden alrededor de 8000 mujeres embarazadas a los fines de disminuir las tasa de mortalidad de las madres y de los recién nacidos (9). De esta forma se tiene que a nivel local, en el Hospital Cnel. Elbano Paredes Vivas, más específicamente, en las consultas de Ginecología para el control prenatal, ha llamado la atención la incidencia elevada de embarazadas (561 mujeres) con diagnóstico de Hipertensión Arterial durante este proceso.

En virtud de lo antes mencionado, el presente trabajo de investigación se ubica en la integración de los conocimientos que tienen tales embarazadas con HTA, en cuanto a definición, causas, consecuencias y control de la enfermedad, y en virtud de la promoción de la salud a través de actividades educativas orientadas a prácticas de auto cuidado en dichas mujeres.

Es por ello, que desde el punto de vista teórico, la presente investigación se ha fundamentado en el modelo conceptual en enfermería de Dorothea Orem, como base para la aplicación de las acciones de enfermería, para la embarazada con hipertensión arterial y su familia, sustentado en el diagnóstico de enfermería de déficit de auto cuidado.

De manera que la relevancia científica del presente estudio se centra en que el mismo proporcionará información importante acerca de la correlación que pueda existir entre variables tales como estilo de vida y auto cuidado, en el caso específico de las embarazadas con HTA a nivel local, de modo de sustentar los Programas de Promoción de la Salud Reproductiva, con el fin de ver la pertinencia de posibles modificaciones para lograr un mayor impacto en dichas pacientes. Igualmente, se puede decir que esta investigación contribuye a las ciencias de la salud, al tratar una de las tendencias más representativas del cuidado humano, como lo es la Teoría del Déficit de Auto Cuidado de Dorotea Orem.

En cuanto a la relevancia social y contemporánea, se tiene que este estudio puede generar beneficios al Estado y a la sociedad, porque contribuye a la organización y administración de servicios de enfermería humanizados, lo que a su vez, disminuye las consecuencias que se generan de los embarazos y del padecimiento de una patología como la hipertensión arterial en la etapa de gestación.

Igualmente serviría para identificar si el personal de enfermería realiza acciones encaminadas a fomentar y promocionar un mejor estilo de vida y el auto cuidado en las embarazadas hipertensas, a los fines de ofrecerles a ellas y a su entorno familiar, procesos educativos que estén dirigidos a contrarrestar los diagnósticos de déficit de auto cuidado, y se logre con dicha paciente un cuidado integral, comprensivo y humanizado que le permita a las mujeres embarazadas con HTA, el fortalecimiento de su estado y de su calidad de vida, en pro de ella, de su gesta y de su familia.

Además en lo que concierne a la relevancia asistencial, esta investigación afianza el papel de Enfermería, en cuanto a planear, dirigir y aplicar los Programas de Promoción de la Salud, por tanto, potencia la toma de decisiones en los Servicios de Enfermería con miras al logro de un cuidado humano en los que se desarrollen programas de orientación de salud sexual reproductiva dirigidos al personal de enfermería para que se capaciten y actualicen en lo referente al diagnóstico de déficit de auto cuidado en embarazadas con HTA. También ayuda a que el equipo de Enfermería haga cambios dirigidos a mejorar el cuidado de estas pacientes, así como, propiciar un clima organizacional donde las enfermeras(os) desarrollen actitudes de apoyo, respeto, paciencia y compasión hacia la embarazada hipertensa. Además con esta investigación se pretende brindar información sobre las prácticas de auto cuidado relacionadas con HTA, la cual está afectando en un alto porcentaje a la población mundial, nacional, regional y local y que Enfermería debe atender.

Asimismo este estudio puede ser de mucha utilidad a nivel académico, pues el mismo contribuye a solucionar los problemas referidos a los estilos de vida y cuidados humanos, mediante la formulación de recomendaciones en las que se empleen tendencias, modelos y teorías de Enfermería para formar enfermeras(os) más humanizadas(os), con contenido cognoscitivo que redunde en una óptima calidad de servicio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En este capítulo se presentan los antecedentes de la investigación; las bases teóricas que soportan el estudio, la definición de términos, el sistema de hipótesis, los sistemas variables y su operacionalización.

2.1. Antecedentes del Estudio.

Los antecedentes de la investigación, son indagaciones que sustentan el estudio que se relacionan de alguna manera con el problema, sirven de guía al investigador y le permiten hacer comparaciones o tener otras ideas sobre cómo se trató o que interpretación se le ha dado al problema en esa oportunidad, se trata pues de determinar aquellas investigaciones que se vinculan directamente con el objetivo de estudio.

A continuación se presentan antecedentes internacionales y nacionales.

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Díaz y González (10), desarrollaron una investigación en la Universidad Nacional de Córdoba en España, titulada “Características de las Mujeres Embarazadas con Hipertensión Arterial del valle de Traslasierra”, cuyo objetivo general fue conocer mediante un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, las características de las mujeres embarazadas con hipertensión arterial en el área de Toco ginecología del Hospital de Villa Dolores. El universo de estudio por 439 embarazadas, de las cuales 74 de ellas presentaron hipertensión arterial, representando el 30%. Entre las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados estuvieron las Historias clínicas y de la Hoja de Control Diario de Signos Vitales de Enfermería. La técnica usada fue la revisión documental de las Historias Clínicas Obstetricias de las embarazadas con hipertensión arterial. El instrumento fue un formulario o ficha de revisión documental.

Entre los resultados encontrados se tuvieron los siguientes: la mayoría de las embarazadas con hipertensión arterial se encontraron en el grupo etareo de 20 a 24 años; el 74% de las embarazadas no presentaban características patológicas, un bajo porcentaje eran hipertensas crónicas, diabéticas y el 22% presentaron características que incluían HTA en gestas anteriores, cardiopatías y cirugías pelvianas; entre los factores de riesgo se encontraron antecedentes patológicos como madre hipertensa y

obesidad; de acuerdo a las características de gestación según la edad de gestación en semanas se observó mayor incidencia en el intervalo de 31 a 40 semanas en el 92% de los casos, y un mínimo de porcentaje en los intervalos de 21 a 30 semanas; según los tipos de controles efectuados se observó que en su mayoría las embarazadas tenía un control insuficiente, menos de cinco controles, lo que representaron elevados casos de riesgos; en lo concerniente a la diferencia de peso de las embarazadas se observó el 38% de los casos, una diferencia de peso normal, entre 900 y 1000 gramos mensuales, 37% una diferencia de peso alto, más de 1000 gramos mensuales, lo que dejaron por sentado que mientras más es la ganancia de peso, mayor es la probabilidad de padecer HTA (10).

Dicho trabajo se encuentra relacionado con la presente investigación en virtud de que el mismo trata acerca de aquellos factores de riesgo que tienen que ver con los hábitos de alimentación de la embarazada con HTA.

Vásquez (3), desarrolló una investigación en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá en Colombia, titulada “Autocuidado para el Manejo de Hipertensión Arterial. Programa de Departamento de Medicina Preventiva, Institución Hospitalaria de Cuarto Nivel”, cuyo objetivo general consistió en reconocer las prácticas de autocuidado en relación con la hipertensión arterial de un grupo de usuarios del Servicio de Ejercicios Supervisado de una Institución de Cuarto

Nivel en Bogotá. El propósito de dicha investigación fue aportar información, desde los usuarios a los Programas de Promoción de la Salud del Departamento de Medicina Preventiva de una Institución de Cuarto Nivel de Bogotá, así como brindar información a la comunidad sobre las prácticas de autocuidado relacionadas con hipertensión arterial. En dicha investigación se hace el estado del arte, a través de diversos estudios arrojando cuatro tendencias relacionadas con el manejo de la Hipertensión Arterial destacándose el autocuidado, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los conocimientos, las creencias y las prácticas alrededor de la enfermedad y la importancia de la Promoción de la Salud orientada a las prácticas de autocuidado.

En relación con el cumplimiento terapéutico se encontró que el 53% de la muestra estudiada (n = 400), todos hipertensos conocidos y tratados, presentaron un buen cumplimiento terapéutico. En cuanto al tratamiento no farmacológico o higiénico dietético, se observó un predominio de los hipertensos cumplidores del tratamiento farmacológico para contrarrestar sus cifras tensionales. También se logró conocer que aun cuando se hace necesario añadir uno o varios medicamentos, el tratamiento no farmacológico debe mantenerse, el cual consiste en la restricción moderada de la ingestión de sal, la reducción de peso en caso de obesidad, el consumo pobre de grasas naturales, un programa de ejercicios físicos practicados en forma moderada (3).

Dicho trabajo se encuentra relacionado con la presente investigación dado que en el mismo se expone información sobre las prácticas de autocuidado relacionadas con hipertensión arterial, destacándose el autocuidado, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los conocimientos, las creencias y las prácticas alrededor de la enfermedad y la importancia de la Promoción de la Salud orientada a las prácticas de autocuidado.

Montero, desarrolló una investigación titulada “Efectos sobre los Niveles de Hipertensión Arterial”, en la que encontró que el ejercicio tiene efecto sobre los niveles de presión arterial siendo un complemento importante de las medidas farmacológicas. Los efectos benéficos del ejercicio físico deben ser aprovechados en el tratamiento inicial del individuo hipertenso, logrando evitar o reducir el número de medicamentos y de sus dosis. En personas sedentarias e hipertensas se reduce clínicamente la presión arterial cuando realizan ajustes inclusive modestos en la actividad física. Por lo tanto el volumen del ejercicio requerido para reducir la presión arterial puede ser relativamente pequeño (11). Este trabajo se encuentra relacionado con la presente investigación ya que la práctica de actividad física es una de las variables que puede ser sustentada mediante el trabajo antes descrito.

Por su parte, Arriola (12) desarrolló una investigación en la universidad Nacional de México, titulada “Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial”,

en la cual explica el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, la autosuficiencia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente, la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial pertenecientes a dos estratos socioeconómicos. La muestra fue de 255 pacientes pertenecientes al estrato medio y 65 pacientes del estrato bajo. Los resultados del estudio permitieron verificar la relación entre los indicadores de los conceptos, factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia percibida, apoyo social y conducta promotora de salud. Las variables sexo, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico y la percepción del estrato de salud, afectaron significativamente el estilo de vida (responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés, no consumo de alcohol y no consumo de tabaco) del paciente con hipertensión arterial (12). Este trabajo es de utilidad para la presente investigación por cuanto hace mención al estilo de vida de un paciente con HTA.

Cruz (13) también desarrolló una investigación en la Universidad Autónoma Nacional de México, titulada “Factores que influyen para que el paciente con HTA no modifique sus estilos de vida”. Es decir, dicho autor, estudió el estilo de vida de los pacientes con hipertensión arterial, encontrando que los factores ambientales, cognitivos, económicos y sociales que influyen para que el paciente con hipertensión arterial no modifique sus estilos de vida. En una población de 92 pacientes se

encontró que el predominio del sexo femenino (70.7%), la edad osciló entre 51 y 50 años (29.3%), 85% conocen los cuidados que deben tener. Sin embargo, el 50% desconoció la importancia de llevarlos a cabo, observándose que los estilos de vida con más riesgo fueron: responsabilidad en salud, manejo del estrés y ejercicio. Por lo tanto, los estilos de vida se pueden ver influidos por factores externos que impedir seguir un régimen de equilibrio adecuado (13). Este trabajo de investigación se torna útil tomando en cuenta que en el mismo se concentran resultados dirigidos a informar los factores que influyen los estilos de vida de quienes padecen HTA, como lo han de ser por ejemplo, el manejo de estrés y la práctica de ejercicio físico.

Villegas y Jiménez (14), desarrollaron una investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México, titulada “Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la HTA”, en la cual establecieron la asociación entre déficit de autocuidado y desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial, encontrándose que de 200 individuos de 24 a 80 años de edad, hipertensos y no hipertensos, el 51% de los hipertensos tiene autocuidado y 51% conoce las complicaciones de la hipertensión arterial. Concluyeron que el déficit de autocuidado se debe a la adopción de estilos de vida poco saludables y que la prevención primaria debe estar orientada a modificar los factores de riesgo, como la obesidad y el sedentarismo, en toda la población (14). Este trabajo sirve para el desarrollo de la presente investigación ya que el mismo se centra en el estilo de vida y

los factores de riesgo de pacientes con HTA.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Colmenares y col. (15), desarrollaron una investigación titulada “Intervención de enfermería durante la Clínica prenatal y conocimiento de riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada”, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la embarazada sobre los riesgos fisiológicos. Metodológicamente correspondió a un estudio de campo descriptivo correlacional, se realizó en los ambulatorios urbanos de San Juan de los Morros, Estado Guárico. La muestra estuvo conformada por dos grupos, con muestreo no probabilística por conveniencia, conformado por las 16 enfermeras de los ambulatorios y 41 adolescentes embarazadas.

La recolección de información fue a través de dos instrumentos, uno aplicado a las enfermeras con 42 ítems y el otro para las adolescentes con 29 ítems, para ambos instrumentos se les aplicó como índice de confiabilidad el Alfa de Crombach, el cual arrojó un coeficiente de 0,93 y 0,79 respectivamente, lo que demostró un alto índice de confiabilidad para ser aplicado a la muestra final antes descrita. Entre las conclusiones relevantes se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el

conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; además, se plantea que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en su función asistencial y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; de igual forma, determinaron que existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en sus función docente y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos. Por ello, recomendaron desarrollar actividades educativas, en base a factores de riesgo fisiológico, así mismo evaluar la habilidad de la madre para aplicar el aprendizaje obtenido durante las sesiones educativas (15). Este estudio se encontró relacionado con la presente investigación en virtud de la intervención de enfermería en la clínica prenatal para dar a conocer a la embarazada los riesgos fisiológicos de la HTA.

Rondón y col. (16), desarrolló una investigación titulada “Intervención de Enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre los riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada” en la cual exponen que en Venezuela, la prevalencia de hipertensión arterial es de un 19 a un 20%. Al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará en adelante a menos que se implementen medidas preventivas eficaces. En dicha investigación se encontró que la incidencia de HTA está asociada a la herencia, la raza, la ingesta excesiva de sal, el estrés y la obesidad. En relación a los aspectos genéticos se logró saber que la presión arterial es

un rasgo complejo multifactorial, determinada tanto por factores genéticos, ambientales, la edad, el sexo, la masa corporal. Por tanto, sus autores afirmaron que la prevención primaria de la hipertensión arterial depende del conocimiento de sus causas y mecanismos lo cual se encuentra ahora bien avanzado pero todavía existe un largo camino por recorrer, sin embargo, se debe poner atención al exceso de sodio en la alimentación y a la obesidad. También acotaron que el incremento de la presión arterial es un evento necesariamente ligado con la edad, por lo que es obligatorio instaurar en forma precoz, las medidas no farmacológicas tendientes a prevenir la aparición de la HTA. Estas medidas son básicamente modificaciones del estilo de vida que incluyen una dieta rica en frutas, vegetales y bajas en grasas saturadas y sodio, el control de peso y la actividad física aeróbica regular, limitar el consumo de alcohol y una adecuada ingesta de potasio.

Por tanto, se debe establecer un tratamiento referido fundamentalmente a los cambios de hábitos de vida y se discute un tratamiento farmacológico. Entre los factores que actúan sobre la HTA y su tratamiento están: el estilo de vida, alimentación, actividad física y nivel socio-económico-cultural. En cuanto al examen físico del paciente hipertenso, es importante la toma de presión arterial al menos en 3 oportunidades, con intervalo de una semana o días si el paciente tiene una importante elevación de sus cifras tensionales que puede hacer sospechar lesión de órganos dianas o si el paciente presenta evidencias de riesgo cardiovascular alto o muy alto.

En cuanto a las indicaciones para el monitoreo ambulatorio de la presión arterial, se indica a mujeres embarazadas hipertensas con sospecha de pre-eclampsia (16). La relación de dicho estudio con el presente trabajo de investigación se centra en lo relativo a los factores que influyen en la HTA con respecto al estilo de vida, hábitos alimenticios y actividad física de la embarazada.

Por otra parte, Morillo y Pimentel (17), desarrollaron una investigación titulada “Programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo, dirigida a la embarazada que asiste a consulta de alto riesgo obstétrico del Hospital Dr. Domingo Luciani”, dicha investigación fue presentada en la Universidad Central de Venezuela, y en la misma refieren que se entiende por medidas de autocuidado a la información que poseen las embarazadas en cuanto a las acciones que deben tomar para su propio cuidado, lo que implica: alimentación, reposo, posición para dormir, control prenatal, hábitos sociales. Así, uno de los contenidos de vital importancia que debe promocionar la enfermera en la paciente embarazada, lo constituye la alimentación, de modo que ésta, cubra sus requerimientos nutricionales.

El descanso constituye una buena medida hipotensora, proporcionándole aumento del flujo útero placentario, orientándola a disminuir la actividad física en el hogar, y recomendándole dormir durante ocho horas diarias. El control de peso también es importante, por lo que debe referírsele que un aumento de peso se

considerará un signo de mal pronóstico, por lo que es recomendable, aumentar 1 kilo por mes. El control de la tensión arterial, mediante la medición de la tensión arterial una vez al día y llevar registro para detectar cualquier signo de alarma (17). Dicha investigación se encuentra relacionada con el presente estudio en función de las variables que se abordan en cuanto a hábitos de alimentación y actividad física como parte del autocuidado de la embarazada con HTA.

Oyarzún y Valdés (18), realizaron una investigación titulada “Alto riesgo obstétrico”, en la cual manifestaron que la enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo, y comparte con el aborto séptico, el primer lugar entre las causas de mortalidad materna en nuestro país. Su prevalencia varía entre 7 y 10% de la población.

La pre-eclampsia es una patología frecuente en el embarazo, la cual afecta sobre todo a primigestas. Uno de los signos para diagnosticar a la embarazada con pre-eclampsia lo constituyen la hipertensión arterial, hallazgos de cifras iguales o mayores de 140/90 mmHg, alzas de 30 mmHg de presión sistólica y 15 mmHg de diastólica sobre los valores de los controles en la gestación temprana deben considerarse anormales, por lo que debe repetirse la determinación al cabo de reposo de 30 minutos. La HTA cualquiera que sea su origen complica uno de cada diez embarazos y sigue siendo la primera causa de morbimortalidad tanto para la madre

como para el feto, en tal sentido, una de las acciones de enfermería es valorar a la embarazada con riesgo de pre-eclampsia para controlar los trastornos hipertensivos durante el embarazo (18). Esta investigación se relaciona con el presente estudio en virtud de que en la misma se expone lo concerniente al control médico como forma de contrarrestar los riesgos de la HTA durante el embarazo.

Figuera y col. (19), desarrollaron una investigación titulada “Módulo de Enfermería Materno Infantil”, en la cual refieren que los signos y síntomas que deben ser detectados en el primer nivel de atención, para darle la ubicación específica a las embarazadas en situación de alto riesgo, tiene dos objetivos fundamentales, el primero, es la habilidad de reconocer prioridades y condiciones de vida saludable, para fomentar un enfoque más racional del cuidado de los individuos y hacer mayor énfasis en la atención preventiva y no en la curativa; el segundo, es el reconocimiento temprano de los factores de riesgo (situaciones de riesgo), dándole prioridad necesaria para que sea posible prevenirlas o eliminarlas. Situación que es posible a través de las acciones educativas que deben propiciarse en las consultas prenatales, además de las labores de asistencia (19). Esta investigación se encuentra relacionada con el presente estudio ya que en la misma se aborda el tema del autocuidado de la embarazada con HTA en lo que a sus condiciones de vida y control médico se refiere.

2.2. Bases Teóricas

Las bases teóricas constituyen el corazón del trabajo de investigación, y forma la plataforma para analizar los resultados, en este sentido se presentan las bases teóricas referidas a las variables en estudio y a los factores considerados pertinentes.

2.2.1. Estilo de Vida

A nivel personal como en un colectivo, existen formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables. Esto deriva en el concepto de “estilo de vida”, el cual según Mendoza es el “conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” (20). Para Sánchez, el estilo de vida puede definirse como “el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo” (21).

Casimiro y col (22), definen estilo de vida como “los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes” . Gutiérrez(23), lo define como “la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la

manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos”.

El Glosario de Promoción de la Salud (OMS) (24) define estilo de vida de una persona como aquel “compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización”. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

De manera que los estilos de vida que se adquieren, están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende, en lo que se refiere a la definición de estilos de vida, Pantoja menciona que son:

Procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (25)

En ese sentido, y teniendo en cuenta tales definiciones, podemos afirmar que los estilos de vida de una persona están determinados por cuatro grandes tipos de factores que interaccionan entre sí, y cuya división no es rígida, sino que todos ellos conjuntamente moldean los estilos de vida de los individuos y los grupos, a saber:

- Características individuales: personalidad, intereses, educación recibida.
- Características del entorno micro-social en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil.
- Factores macro-sociales: sistema social, la cultura imperante, los medios de comunicación.
- El medio físico geográfico que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y, a su vez, sufre modificaciones por la acción humana.

De manera que en el caso del estilo de vida de la embarazada con HTA entre los factores que lo moldean se pueden destacar: la instrucción que tiene dicha embarazada con respecto a la enfermedad y a lo que implica el embarazo; las condiciones en las que vive y se desenvuelve o trabaja; la influencia que recibe a diario de los medios de comunicación masiva y la cultura a la cual pertenece; el ambiente y la sociedad en la cual se desenvuelve.

Ahora bien, en base a las características individuales, para Gutiérrez (23), se pueden entender los estilos de vida saludables como patrones conductuales

beneficiosos para la salud que son aprendidos y surgen de una elección individual interna consciente e inconsciente. Es consciente porque el individuo escoge entre una amplia gama de conductas que están disponibles en su ambiente social, e inconsciente puesto que las condiciones sociales y ambientales circundantes influyen en su elección.

Por su parte, Mendoza (20) afirma que dentro de una determinada sociedad no hay un único estilo de vida saludable sino muchos, cualquiera que sea la definición de salud que se adopte. El estilo ideal de vida saludable no existe, afortunadamente, porque implicaría que sólo una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive es saludable. Además, cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro.

Es en ese sentido que, los estilos de vida saludables están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende. En lo corresponde a la embarazada con HTA, es pertinente mencionar que se debe ofrecer información sobre la importancia de los estilos de vida para el control de la hipertensión arterial durante el embarazo.

Dentro de ese contexto, la OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano.

En este marco de ideas, Del Rey y Calvo (26) expresaron que “la salud de las personas, está en relación con los estilos de vida que posibilitan la probabilidad de enfermar o morir”, así la embarazada con HTA, debe procurar un estilo de vida que le posibilite controlar su enfermedad y llevar el embarazo a un feliz término.

El estilo de vida de una persona, viene dado desde una perspectiva integral, contemplándose una dimensión material, social e ideológica. Como ya se mencionó, en lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, según Maya (27), los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y

creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Según Gómez y col (28), los estilos de vida son un “conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas” y pueden ser saludables o nocivos para la salud. Así el estilo de vida saludable es decisión de las propias personas. Por lo que es necesario propiciar modelos de educación para la salud para disminuir factores de riesgo y limitar los daños a la salud.

En lo que se refiere a los estilos de vida saludables, de acuerdo a Maya (27) son “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por tanto, le corresponde a Enfermería, la promoción de la salud, proceso que permite a las personas que incrementen el control y mejoren su propia salud. Lo cual representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la

elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable.

En razón de lo antes expuesto, la participación de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables, es de gran importancia, y cuando se trata de promocionarlos a nivel de la embarazada con HTA, dirigida a evitar complicaciones en la etapa gestacional, adquiere una mayor relevancia para de esta forma lograr la mejora en la calidad de vida de la embarazada y del feto, así como lo expresa Maya:

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (27)

Es decir, que se hace necesario proporcionar a la mujer embarazada con HTA, la información necesaria dirigida a contribuir con la toma de conciencia sobre la necesidad de disminuir la práctica de hábitos y actitudes que están vinculados con estilos de vida no saludables y que puedan considerarse riesgos para su propia salud o para la salud del feto. Así, le corresponde a Enfermería abordar a la mujer embarazada con HTA para que ella ponga en práctica acciones tendentes a procurar hábitos de vida saludables tales como: evitar hábitos nocivos (tabaquismo, consumo de alcohol), favorecer hábitos alimenticios (evitar la malnutrición o desnutrición, procurando una alimentación adecuada, baja en consumo de: sal, azúcar, grasas;

evitando la obesidad), la práctica de ejercicios físicos (evitar el sedentarismo) y procurar el descanso (procurando ocho de sueño diarias y evitar el estrés).

2.2.2. Hábitos de Alimentación

Existen diversos desórdenes de la alimentación, tales como: la malnutrición, desnutrición, obesidad, anorexia, bulimia. En el caso de la mujer embarazada con HTA, los hábitos de alimentación vienen dados por el estilo de vida que ella lleva. Así, una correcta alimentación de la mujer embarazada, puede influir en la aparición de enfermedades tales como la Hipertensión Arterial, sobre ello Guzmán y Durán, mencionan que:

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia. Para ayudar a controlar la hipertensión, se debe limitar la cantidad de sal en la dieta. Esto significa utilizar comidas y condimentos bajos o sin sal cuando se cocina. La información nutricional en los envases de comida muestra la cantidad de sodio en el producto. No se debe comer más de una cucharadita de sal al día (29)

De esta forma, en los hábitos de alimentación de la mujer embarazada con HTA, debe contemplarse dos categorías inductivas: la cantidad en el consumo de sal y la cantidad en el consumo de dulce o azúcares, siendo benéfico para el control de la HTA en etapa gestacional, el bajo consumo de sal y azúcar. Al respecto, se han realizado ensayos aleatorizados y controlados en pacientes hipertensos que indican la

reducción del aporte de sodio en 8'-100 mmol (4,7-5,8 g de cloruro sódico) al día partiendo de un aporte inicial de unos 180 mmol (10,5 g de cloruro sódico) diario, disminuye la presión arterial en una media 4-6 mmHg, aunque con una notable variabilidad interindividual. Es posible que la restricción del sodio ejerza un mayor efecto antihipertensivo en caso de combinarse con otros consejos nutricionales y que permita reducir las dosis y el número de antihipertensivos empleados para controlar la presión arterial (15).

Es de hacer notar que en la nutrición de la embarazada con HTA, se recomienda una dieta baja en sal, azúcares y grasas saturadas. Por lo que a juicio de los autores antes mencionados, una segunda categoría inductiva la constituye el consumo de frutas y verduras, lo cual es benéfico pues según los patrones alimentarios basados en la dieta DASH (rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasas, con un contenido reducido de colesterol alimentario, así como de grasas saturadas y totales) (15), también ejercen efectos hipotensores, por lo tanto, como medida general, se aconseja a las embarazadas hipertensas que ingieran frutas y verduras (4-5 raciones o 300 gramos de verduras al día).

De manera que, los hábitos de alimentación de la embarazada con HTA, implica el consumo de: (1) Alimentos de bajo contenido sódico, preferentemente, evitar el consumo de: alimentos enlatados, embutidos, salsas de soya, salsa inglesa,

salsa de tomate, aditivos químicos como cubitos, productos lácteos como quesos muy salados, o aceitunas; (2) Alimentos bajos en contenido graso, evitando el consumo de papas fritas, mantequilla, aceites, mayonesa, chorizos, mortadela, salami, otros. Igualmente la alimentación de la embarazada con HTA requiere que los alimentos sean preparados preferiblemente con productos naturales, evitando: químicos, condimentos, alimentos procesados, grasas saturadas (manteca, tocino).

2.2.3. Práctica de Ejercicios Físicos

En los estilos de vida moderna, generalmente se hace presente el sedentarismo, ya que la persona no realiza actividad física alguna. Por ello, el objetivo hacia un mejor estilo de vida y por ende, una mayor de calidad de vida, se centra en conseguir que las personas sean físicamente activas. Según Leitón y Ordoñez (42), “existe una relación inversa entre actividad física y riesgo de patología cardiovascular, siendo la HTA un factor de riesgo en ese sentido”.

De allí que, el ejercicio físico resulta importante para todas las edades, e incluso para personas con enfermedades crónicas, y en lo que respecta a la embarazada con HTA, puede lograr aportes a la salud. En este sentido, Leitón y Ordoñez (30), también mencionan que “el ejercicio regular brinda beneficios tanto físicos como psicosociales. Por el contrario, la vida sedentaria es una muerte parcial que conduce a

la abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye factor de riesgo de morbilidad y mortalidad”.

De hecho, afirman dichos autores que “las personas sedentarias tienen un 70% de mayor riesgo a desarrollar Hipertensión Arterial que las personas activas” (30). De este modo, la realización de actividad física o la práctica de ejercicios físicos ayudan a la conservación de la salud. Así, un estilo de vida saludable implica la realización de actividad física, por ello, la embarazada con HTA, al realizar ejercicios físicos le ayuda a mantener la elasticidad de las arterias, lo que le facilita que la sangre le fluya por su organismo y mantenga la presión arterial baja, mejorando su bienestar y la del feto.

En ese sentido, los autores antes descritos afirman que

La realización de actividad física en la embarazada con HTA pasa a constituir una categoría deductiva en la que a su vez se manejan dos categorías inductivas, la primera es el tiempo de ejercicio, es decir, la duración de la sesión de ejercicio (30 minutos por ejemplo) o la cantidad de veces a la semana que hace ejercicios (una o dos veces a la semana), y la segunda, referida a las actividades que se realizan mientras se hace ejercicio físico, como por ejemplo, la realización de caminatas, trote, correr bicicleta, bailoterapia, natación o algún deporte o disciplina deportiva (30).

Asimismo, según lo referido por los autores mencionados, “es importante para el manejo de la HTA, que la embarazada realice ejercicio en grados moderados, lo

cual reduce la presión arterial y disminuye el peso corporal, la grasa corporal y el perímetro de la cintura” (30). Sin embargo, debe mantener una intensidad horaria, o hacerlo constantemente, además de llevar una alimentación sana, para así evitar la obesidad o el sobrepeso. Los beneficios de la realización de actividad física por parte de la embarazada con HTA, son innumerables, estando entre éstos, el favorecimiento y mejora de la movilidad articular, disminución o freno de la descalcificación ósea, hace más efectiva la contracción cardíaca, favorece la eliminación de colesterol (disminuye el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión, reduce el riesgo de formación de coágulos en vasos sanguíneos, disminuye el riesgo de trombosis y embolias), disminuye el riesgo de infarto de miocardio, el riesgo de ACV, aumenta la capacidad ventilatoria y la respiración en general, reduce/controla la obesidad, disminuye la formación de depósitos (cálculos) en riñones y conductos urinarios (26).

2.2.4. Autocuidado en el Manejo de la Hipertensión Arterial

2.2.4.1. Autocuidado

La HTA, se relacionan con factores como la obesidad y es una enfermedad que puede ocasionar la muerte en caso de no administrarse el tratamiento adecuado, y es considerada en la actualidad como un problema de salud público. En este orden de ideas, Guzmán y Durán (26), mencionan que:

Las enfermedades crónicas como la HTA, constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes, tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, ya que su incidencia cada día aumenta; y junto con la obesidad, se perfilan como las más grandes epidemias del milenio. La HTA constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en la paciente, hay que señalar que puede corresponder a 2 grupos: hipertensión sistólica aislada e hipertensión sistólica y diastólica combinadas; estudios realizados indican que la prevalencia de ambos grupos aumenta con la edad. (26)

La HTA, también es conocida como el asesino silencioso, y es una enfermedad que cada día se ve más en los diferentes centros de salud, así como también se observa que es la responsable de numerosos reposos o complicaciones en la embarazada.

El aumento de la hipertensión arterial durante el embarazo, es una de las principales causas de morbimortalidad materna, fetal y neonatal, tanto en los países industrializados como en los en vías de desarrollo. En una embarazada normal, la presión arterial disminuye en el segundo trimestre y puede alcanzar valores de 15 mmHg más bajos que antes del embarazo. En el tercer trimestre, la presión arterial regresa a los valores previos al embarazo e inclusive un poco más elevada. Estos cambios de las cifras de la presión arterial se observan en mujeres normotensas, en las que padecen de hipertensión arterial o en las que desarrollan una hipertensión arterial inducida por el embarazo (29).

La definición de la HTA durante el embarazo no es uniforme, por lo que actualmente, las Guías Europeas (29) prefieren una definición basada en los valores

absolutos de la presión arterial, en este caso, presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Para un diagnóstico correcto se hace necesario que se mida la presión arterial elevada en dos ocasiones diferentes. En la actualidad, la medición convencional de la presión arterial ha sido sustituida por los valores de la presión arterial de 24 horas, ya que se ha comprobado que tiene más valor predictivo sobre la proteinuria, el riesgo de parto prematuro, el peso del niño al nacer y la evolución general del embarazo.

Se recomienda que en aquellas mujeres que presentan un riesgo elevado de padecer HTA, de diabetes o de enfermedad renal y que estén embarazadas, una monitorización ambulatoria de la presión arterial. Actualmente se utiliza la fase V de Korotkoff (desaparición del ruido) para la determinación de la presión arterial diastólica durante el embarazo y la fase IV (disminución del ruido) se indica si los ruidos de Korotkoff persisten a presiones de manguito próximas a los 0 mmHg.

El Comité de terminología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos(30), clasifica los estados hipertensivos del embarazo de la siguiente manera:

1. Preeclampsia-Eclampsia (PE).
2. Hipertensión arterial crónica, sea esencial o secundaria.
3. Hipertensión arterial crónica con pre-eclampsia asociada.

4. Hipertensión arterial gestacional, transitoria o tardía.

La pre-eclampsia (PE) es una enfermedad propia del embarazo, de reconocida morbimortalidad fetal y materna. La PE es reconocida además clásicamente con la condición de que la HTA y la proteinuria se desarrollen simultáneamente en el tercer trimestre de la gestación. Puede observarse antes de la 20^a semana. En caso de mola hidatiforme e hidrops fetal (30).

La HTA crónica se refiere a la elevación tensional no relacionada con el embarazo que, en general, son reconocidas antes de la gestación, siendo la variedad primaria o esencial, la más común de todas. Uno de los criterios para su diagnóstico es el de detectar cifras elevadas de presión arterial (140/90 mmHg) en los primeros meses de gestación (30).

La HTA crónica con PE intercurrente, la HTA crónica predispone a la PE, esta puede sospecharse si se agrava la HTA y aparece proteinuria y edema (30).

La HTA gestacional, transitoria o tardía, se trata de una elevación anormal de la presión arterial que aparece al final del embarazo o en el puerperio, sin asociarse a proteinuria ni edema, que se normaliza en los 10 días siguientes al parto. Algunos autores consideran que se trata de una hipertensión arterial latente que el embarazo

pone de manifiesto con una alta prevalencia de desarrollo de hipertensión arterial esencial en el futuro (30).

La HTA en el embarazo incluye: la hipertensión preexistente; la hipertensión gestacional; la hipertensión preexistente más una hipertensión gestacional sobreañadida con proteinuria; hipertensión prenatal no clasificable (30).

La hipertensión preexistente e caracteriza por una presión arterial $\geq 140/90$ mm de Hg que precede al embarazo o aparece antes de la 20 semana de la gestación y persiste durante más de 42 días después del parto. Puede asociarse a proteinuria. La hipertensión gestacional en este caso se trata de una hipertensión inducida por el embarazo sin proteinuria. La hipertensión gestacional asociada a una proteinuria significativa (>300 mg/L o >500 mg/24 h o $>2+$ en la tira reactiva se denomina preeclampsia. La hipertensión aparece después de las 20 semanas de gestación y, en la mayor parte de los casos, se resuelve en 42 días después del parto. La hipertensión gestacional se caracteriza por una mala perfusión de los órganos.

La hipertensión preexistente más una hipertensión gestacional sobreañadida con proteinuria, se refiere a una agravación de la presión arterial y a una excreción de proteínas ≥ 3 g/día en una muestra de orina de 24 horas después de las 20 semanas de gestación. Corresponde a lo que anteriormente definía la “hipertensión crónica con

pre-eclampsia sobreañadida”. La hipertensión prenatal no clasificable se trata de una hipertensión con o sin manifestaciones sistémicas, que se basa en determinaciones de la presión arterial obtenidas después de las 20 semanas de gestación, sin confirmación de los valores previos. En este caso se hace necesario una evaluación de la paciente a los 42 días del parto o en fecha posterior. Si la hipertensión se ha resuelto el trastorno debe clasificarse como hipertensión gestacional con o sin proteinuria. Si la hipertensión no se resuelve, la hipertensión debe clasificarse como preexistente (30).

2.2.4.2 Control de Salud

Los controles de salud, en palabras de la Fundación Eroski (26), son visitas programadas al médico y/o la enfermera del centro de salud que tienen por objeto prevenir que aparezca la enfermedad o mitigar sus efectos si ésta ya se ha desarrollado. Las enfermedades como la hipertensión arterial, constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes, tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, ya que su incidencia cada día aumenta. Los controles de salud en la HTA, son una de las medidas más importante, universal y menos costosa. En este sentido Dotres expresa:

El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de Hipertensión Arterial, obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros

factores de riesgo asociados, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo. (31)

Siendo necesario, la vigilancia en las personas que padecen HTA, es por ello la importancia de la asistencia a la consulta, con la finalidad de la evaluación médica, el control de la medición de presión arterial, control de peso y su frecuencia. Por otra parte, es necesario aplicar estrategias, para detectar a tiempo la HTA y controlar las personas que la padecen, de este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales.

De manera que en el contexto clínico de la mujer embarazada hipertensa se debe considerar en el control de su salud, un tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

2.2.4.3 Tratamiento no farmacológico

En el contexto clínico de la embarazada con HTA se debe considerar un tratamiento no farmacológico si las cifras de presión arterial sistólica se encuentran entre 140-149 mmHg y la presión arterial diastólica entre 90-95 mmHg. En consideración a factores de riesgo maternos y fetales, y tomando en cuenta la edad gestacional y las cifras de presión arterial, el tratamiento puede incluir un control estricto y la limitación de la actividad física. No es necesario la dieta hiposódica y la

alimentación puede ser normal. Las dietas ricas en calcio (2 gr/día), con suplementos de aceite de pescado, el uso de ácido acetilsalicílico a dosis bajas y medicación antioxidante no ha demostrado su uniformidad principalmente con respecto al feto y no deben ser recomendadas. Sin embargo, algunos recomiendan el uso profiláctico del ácido acetilsalicílico a dosis bajas en mujeres con antecedentes de pre-eclampsia de aparición temprana (menor a 28 semanas). Como se sabe, la reducción del peso es útil para disminuir la presión arterial, sin embargo, no se recomienda a las mujeres obesas, la pérdida de peso durante el embarazo ya que se puede asociar a una reducción del peso neonatal y aun menor crecimiento posterior del recién nacido (31).

2.2.4.4 Prevención de complicaciones (tratamiento farmacológico prescrito)

En cuanto al tratamiento farmacológico de la mujer embarazada con HTA de forma leve o moderada preexistente es controversial, debido a que estas pacientes presentan bajo riesgo de complicaciones cardiovasculares por el lapso pequeño de duración del embarazo, con una buena evolución materna y fetal. Por otra parte, la medicación hipotensora puede provocar deterioro de la perfusión uteroplacentaria con consecuencias nocivas para el desarrollo fetal y en todo caso, enfermería debe actuar en el contexto clínico de la mujer hipertensa y embarazada (61). Es razonable iniciar un tratamiento farmacológico cuando la presión arterial sistólica es ≥ 150 mmHg, o cuando la presión arterial diastólica es ≥ 95 mmHg. Se recomienda por otra parte,

cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg recurrir al tratamiento farmacológico en el caso de mujeres con hipertensión gestacional (con o sin proteinuria), hipertensión preexistente con hipertensión gestacional asociada o en el caso de hipertensión arterial con lesiones subclínicas de órganos diana o síntomas en cualquier momento del embarazo. Si la presión arterial sistólica es ≥ 170 mmHg y la diastólica es de ≥ 110 mmHg se trata de una urgencia hipertensiva y requiere la hospitalización inmediata.

En estos casos se pueden emplear fármacos tales como: el labetalol intravenoso o la metildopa y la nifedipina oral. Ahora no se recomienda la hidralazina por sus efectos secundarios perinatales que no se observan con otros fármacos. El nitroprusiato de sodio, intravenoso, es el fármaco de elección en caso de crisis hipertensiva, teniendo en consideración que su uso prolongado puede intoxicar al feto con cianuro ya que su metabolismo da lugar a tiocianato.

El medicamento de elección en el caso de la preeclampsia asociada a edema pulmonar es la nitroglicerina. La metildopa, el labetalol y los antagonistas del calcio son los medicamentos de elección en el caso de hipertensión no grave y sin emergencias hipertensivas. Si el atenolol es utilizado por tiempo prolongado puede existir un retardo del crecimiento fetal. Los IECA y los antagonistas de los receptores de la angiotensina no deben ser utilizados jamás en el embarazo en consideración a

sus repercusiones sobre el feto. Debido a la reducción del volumen plasmático durante el embarazo los diuréticos no están indicados en el tratamiento de la preeclampsia a menos que exista una oliguria franca. La prevención de la eclampsia y las crisis epilépticas se tratarán con el sulfato de magnesio que ha resultado eficaz. Cuando exista hipertensión gestacional con proteinuria, alteraciones visuales, alteraciones de la coagulación o sufrimiento fetal se debe inducir el parto (31).

Los fármacos hipotensores se excretan en la leche materna pero en muy bajas concentraciones, con la excepción del propranolol y la nefidipina cuyos niveles sanguíneos son similares a los del plasma de la madre (31).

Algunos estudios como el de Dotres, señalan que las mujeres que han padecido de hipertensión gestacional pueden tener un riesgo mayor de enfermedad cardiovascular en el futuro, lo cual se puede deber a un estado hiper-androgénico relativo o alteraciones de la función endotelial y del metabolismo de los hidratos de carbono y lípidos, como se ha observado en mujeres con hipertensión gestacional por lo demás sanas (34).

De modo que a nivel general, se puede decir que el beneficio del tratamiento farmacológico se asocia fundamentalmente con el descenso de la presión arterial en la mujer embarazada con HTA, es por ello que el tratamiento de la hipertensión arterial

pueden evitar complicaciones futuras, pero para ello, la embarazada con HTA, debe cumplir su medicación en forma ininterrumpida, recordándose de dichos recursos farmacológicos con el propósito de mejorar sus condiciones de salud.

2.3. Bases Legales

Esta investigación tiene su fundamento legal en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), la cual recoge disposiciones legales a favor del derecho a la salud de la embarazada con HTA, así como a los derechos sociales y de la familia, a los beneficios de la seguridad social que eleve y asegure la calidad de vida de la mujer venezolana.

De esta forma, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (32), protege los derechos de la mujer, de la maternidad, la familia, la seguridad social y los derechos laborales de la embarazada. De esta forma, la C RBV establece lineamientos generales en cuanto a que todas las personas son iguales ante la ley, en consecuencia, el Artículo 89 dispone que no se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o por cualquier otra condición.

En las condiciones de trabajo, no se pueden hacer diferencias basadas en la edad, sexo, raza, estado civil, credo religioso, filiación política, condición social o por antecedentes penales.

Así, existen disposiciones dirigidas a proteger a la maternidad y a la familia. Así, la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (33), en sus artículos 15, 16, 17 y 24, se establece que el proceso de empleo no debe tener como requisito la prueba de embarazo, y queda prohibido despedir o presionar a la mujer trabajadora o menoscabar sus derechos por motivo de embarazo. Por tanto, las ofertas de empleo no harán discriminaciones en perjuicio de una persona por sexo o edad y los empleadores no rehusarán aceptarla por estos motivos.

También la legislación venezolana, mediante esta Ley, dispone que el sistema de seguridad social y los programas de previsión social públicos y privados, darán una cobertura integral en los riesgos de enfermedad y maternidad a la mujer trabajadora. Asimismo, para dar seguridad económica a la familia de la mujer trabajadora, el Ejecutivo nacional establecerá progresivamente una política de prestaciones familiares para solventar las cargas familiares de ésta.

De igual forma, las mujeres trabajadoras que estén embarazadas y que vean sus derechos afectados con ocasión de su estado de gravidez o por motivo de

embarazo, podrán recurrir al amparo constitucional para que le sean restituidos los derechos violentados.

Por su parte, la Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y Trabajadoras(34) establece que la mujer trabajadora gozará de los derechos garantizados en dicha Ley, por lo que no podrá ser objeto de diferencias en cuanto a remuneración y las condiciones de trabajo. Además no se podrá establecer diferencia entre el salario de la trabajadora en estado de gravidez o durante el período de lactancia y el de los demás que ejecuten un trabajo igual en el mismo establecimiento. Asimismo, en ningún caso, el patrono exigirá que la mujer aspirante a un trabajo se someta a exámenes médicos o de laboratorios destinados a diagnosticar embarazo, ni pedirle la presentación de certificados médicos con este fin.

Aspecto importante es que la ley laboral, establece que la mujer trabajadora en estado de gravidez estará exenta de realizar tareas que por requerir esfuerzos físicos considerables o por otras circunstancias, sean capaces de producir el aborto o impedir el desarrollo normal del feto. Igualmente la mujer embarazada goza de inamovilidad laboral durante el embarazo y hasta un año después del parto, no podrá ser trasladada de su lugar de trabajo a menos que el traslado no perjudique su estado de gravidez.

También durante el embarazo, la madre trabajadora tiene derecho a un día o dos días y medio remunerados mensualmente, para recibir asistencia médica para el cuidado de su salud y del feto en gestación. Aunado a ello, tiene derecho al descanso pre y post natal, que suspende la relación laboral, no poniéndole fin a la vinculación jurídica existente, por lo que la trabajadora no estará obligada a prestar el servicio ni el patrono a pagar el salario.

Durante el estado de gravidez, la trabajadora tiene derecho al período de descanso pre y postnatal, es decir, un descanso durante seis semanas antes del parto y doce semanas después del parto, o por un tiempo mayor a causa de una enfermedad que según dictamen médico sea consecuencia del embarazo o parto y que la incapacite en el trabajo. Cuando la trabajadora no haga uso de todo el descanso prenatal, el tiempo no utilizado se acumulará al período de descanso postnatal. Cuando el parto sobrevenga después de la fecha prevista, el descanso prenatal se prolongará hasta la fecha del parto y la duración del descanso postnatal no podrá ser reducida. En estos casos conservará su derecho al trabajo y a una indemnización para su mantenimiento y el del niño, de acuerdo con lo establecido por la Seguridad Social.

Según el Artículo 11 de la Ley del Seguro Social (35), la madre trabajadora (asegurada en el IVSS) tiene derecho a una indemnización diaria, durante los

permisos por maternidad establecidos legalmente, la cual no podrá ser inferior al salario normal (el salario normal de referencia con que cotiza al IVSS) devengado por la beneficiaria en el mes inmediatamente anterior a la iniciación de los permisos o a la fecha en que éstos debieron otorgarse.

De igual forma, establece dicha norma que la madre trabajadora (asegurada) tiene derecho a la prestación médica que se requiera con ocasión de su maternidad. Por tanto, es obligación del patrono o empresa asegurar a sus trabajadores.

Cuando una trabajadora solicite inmediatamente después del descanso por maternidad, las vacaciones a que tuviere derecho, el patrono estará obligado a concedérselas. Durante el período de lactancia, la mujer tendrá derecho a dos (2) descansos diarios de media (1/2) hora cada uno para amamantar a su hijo en la guardería respectiva. Si no hubiere guardería, los descansos previstos en este artículo serán de una (1) hora cada uno.

Por otra parte, dispone la legislación venezolana que la mujer trabajadora tiene derecho a no realizar labores que pongan en riesgo su vida, su salud o la de su hijo en gestación desde la concepción hasta doce (12) meses después del parto. El patrono debe tomar las acciones para preservar ese derecho, incluyendo la reubicación y debe contar con el consentimiento de la trabajadora.

2.4. Sistema de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en sus factores: control de la enfermedad y prevención de complicaciones en las embarazadas diagnosticadas con HTA que asisten a la consulta prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua.

2.4.2. Hipótesis Específicas

1. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA.
2. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA.

3. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA.
4. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA.
6. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA.

2.5. Sistema de Variables y su Operacionalización

Variable 1: Estilo de Vida de la Embarazada con HTA

Se refiere a las conductas asumidas por la embarazada con HTA referidas a: hábitos de alimentación (consumo de alimentos ricos en sodio, consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, frecuencia con que usa las sales) y práctica de ejercicios

físicos (tipo de ejercicios o actividad física, frecuencia y tiempo de la sesión de la actividad física).

Variable 2: Autocuidado de la HTA de la Embarazada

Se refiere a las conductas que asume la embarazada con HTA relacionadas con el control de la enfermedad (control de la HTA, frecuencia de la medición de la presión arterial, control de peso, frecuencia con que se realiza el control prenatal) y la prevención de complicaciones (cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito y frecuencia con que se realiza el perfil lipídico).

Variable 1: Estilo de Vida de la Embarazada con Hipertensión Arterial

Se refiere a las acciones que lleva a cabo la embarazada con HTA, en cuanto a sus hábitos de alimentación y la realización de ejercicios físicos.

Factores	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
<p>Hábitos de Alimentación Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre el consumo de alimentos y la preparación de los mismos.</p>	<p>Consumo de alimentos ricos en sodio. Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre: el consumo de alimentos ricos en sodio y consumo de alimentos ricos en grasas saturadas.</p>	<p>Consumo de alimentos ricos en sodio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enlatados. 1 - Embutidos. 2 - Salsa de: soya, inglesa o tomate. 3 - Cubitos. 4 - Quesos. 5 - Aceitunas. 6 <p>Consumo de alimentos ricos en grasas saturadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papas fritas. 7 - Mantequilla. 8 - Aceite. 9 - Mayonesa. 10 - Mortadela. 11 	
	<p>Preparación de alimentos. Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre: la utilización de sales y grasas, y la frecuencia con que lo hace.</p>	<p>Utilización de sales y grasas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adobo. 12 - Cubito. 13 - Huesitos ahumados. 14 	<p>15</p> <p>16</p> <p>17</p>

		Frecuencia con que usa las sales: <ul style="list-style-type: none"> - Diariamente. - Una vez a la semana. - Dos veces a la semana. 	
Práctica de Ejercicios Físicos Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre el tipo de ejercicio físico que realiza y la frecuencia con que lo hace.	Tipo de ejercicio físico. Se refiere a las respuestas dadas por la embarazada con HTA sobre: la realización de caminatas, trote, bicicleta, bailoterapia, natación. Frecuencia del ejercicio físico. Se refiere a las respuestas dadas por la embarazada con HTA sobre la frecuencia con que realiza los ejercicios físicos.	Caminatas. Trote. Bicicleta. Bailoterapia. Natación. Al menos, dos veces a la semana. Duración máxima de 30 minutos.	 18 19 20 21 22 23 24

Variable 2: Autocuidado de la Embarazada con Hipertensión Arterial

Se refiere a las prácticas de autocuidado que lleva a cabo la embarazada con HTA, desde los conocimientos que tiene del control de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la realización de exámenes de perfil lipídico.

Factores	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
<p>Control de la Enfermedad (HTA) Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre: la medición de la presión arterial y el control de peso, asistencia a consulta a control prenatal</p>	<p>Medición de la Presión Arterial. Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA acerca de la medición de la presión arterial sin síntoma o con algún síntoma.</p>	<p>Medición de la presión arterial sin síntoma.</p>	25
		<p>Medición de la presión arterial con síntoma:</p>	26
		<ul style="list-style-type: none"> - Dolor de cabeza. - Sudoración. 	27
	<p>Control de Peso. Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre la frecuencia con que se realiza el control de peso.</p>	<p>Frecuencia de la medición de la presión arterial:</p>	28
		<ul style="list-style-type: none"> - Diariamente. - Tres veces a la semana. 	29
	<p>Asistencia a Control Prenatal. Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con</p>	<p>Frecuencia con que se realiza el control de peso:</p>	30
		<ul style="list-style-type: none"> - Cada 30 días. - Cuando le toca su control prenatal. 	31
		<p>Frecuencia con que se realiza el control prenatal:</p>	32
	<ul style="list-style-type: none"> - Cada 30 días. - Cada tres meses. 	33	

	HTA sobre la frecuencia con que se realiza el control prenatal.		
<p>Prevención de Complicaciones Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito.</p>	<p>Cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito. Se refiere a las respuestas dadas por la embarazada con HTA sobre la frecuencia del cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p>	<p>Frecuencia del cumplimiento del tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diariamente. - Cuando se acuerda. 	<p>34</p> <p>35</p>
<p>Realización de Perfil Lipídico Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre los exámenes de laboratorio que se realiza.</p>	<p>Exámenes de perfil lipídico. Se refiere a las respuestas dadas por las embarazadas con HTA sobre la frecuencia con que se realiza el perfil.</p>	<p>Frecuencia con que se realiza el perfil lipídico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada mes. - Cada tres meses. 	<p>36</p> <p>37</p>

2.6. Definición de Términos

Antihipertensivo: Cualquier agente que reduce la presión arterial.

Atención integral: Se refiere a la atención en salud orientada a atender el desarrollo integral de la embarazada con HTA.

Calidad de vida: Satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro del trabajo y en el ámbito comunal, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.

Cuidado de enfermería: Atención que brinda la enfermera al cuidado de sus pacientes de acuerdo a las acciones que ejecuta basado en el plan de atención de enfermería.

Edema: Hinchazón por acumulo de líquido seroso en los tejidos de una zona específica del cuerpo.

Educación para la salud: Proceso de formación de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y promoción de la salud individual y colectiva.

Estilo de vida: Se refiere al conjunto de decisiones que asume la embarazada con HTA para mantenerse saludable.

Gestación: Indica el período de desarrollo fetal intrauterino, desde la concepción hasta el nacimiento.

Hábitos de alimentación. Se refiere a las costumbres adquiridas por las embarazadas con HTA en cuanto al consumo de alimentos y a la forma de preparación, siendo estos influenciados, por la familia, comunidad y país que habiten.

Hemorragias: Escape de sangre de un vaso. El término arterial, capilar venoso designa el tipo de vaso del que proviene.

Hipertensión: Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por la elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg.

Medidas Preventivas: Acciones dirigidas a evitar que la embarazada con HTA o la colectividad, o para evitar la muerte.

Práctica de enfermería: Acciones directas, dependientes e independientes de la acción médica, que realiza la Enfermera(o) para dar asistencia a la paciente, donde ejerce procedimientos netos de enfermería.

Prevención: Es el acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud.

Proteinuria: Proteínas en la orina. Presencia de albúmina en la orina. El trastorno puede ser temporal y desaparecer por completo, como en muchos estados febriles.

Riesgo: Estado de vulnerabilidad de la embarazada frente a la HTA, otra enfermedad, complicación o lesión en particular.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

El presente estudio se encuentra ubicado como una investigación de tipo correlacional pues tuvo como propósito medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, así en este caso, ha sido entre la variable: estilo de vida, y la variable: autocuidado de las embarazadas hipertensas.

Se considera también, como un estudio de tipo transversal, ya que “se recolectan datos en un momento y tiempo único. Su propósito describir las variables y analizar su incidencia” (36). Así, en el presente estudio se hizo un diagnóstico para determinar los estilos de vida de las embarazadas con hipertensión arterial (HTA) en relación con el autocuidado, basadas en la Teoría de Dorotea Orem, que acudieron al control prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua, para ello se describió la variable Estilo de Vida en sus factores: hábitos de alimentación y práctica de ejercicios físicos, y en la variable: Autocuidado de la

HTA, en sus factores: Control de la enfermedad (control de HTA, vale decir, medición de la presión arterial, frecuencia de esa medición, control de peso, frecuencia de control prenatal) y prevención de complicaciones (cumplimiento de tratamiento farmacológico prescrito y frecuencia con que se realizaban los exámenes del perfil lipídico), durante el primer trimestre del año 2016.

Asimismo, esta investigación se enmarca como un estudio de tipo prospectivo, el cual “registra la información según van ocurriendo los fenómenos”(37). De este modo, en esta investigación se tomaron en cuenta el estilo de vida de la embarazada con HTA y su autocuidado, tal y como iban acudiendo a la consulta ginecológica correspondiente a su control prenatal.

3.2. Población

La población objeto de estudio de la presente investigación estuvo conformada por 561 embarazadas diagnosticadas con Hipertensión Arterial (HTA) que acudieron al control prenatal (Consultas de Ginecología) del Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, en Maracay, estado Aragua, durante el año 2015.

3.3. Muestra

La muestra para medir las variables estudiadas en esta investigación, estuvo representada por 100 embarazadas con hipertensión arterial (HTA) que acudieron a las Consultas de Ginecología del Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, en Maracay, estado Aragua.

El muestreo se determinó aplicando el criterio de Seltiz, quien afirma que en los estudios de índole social, como los referidos al área de la salud, tomando al menos el 10% de la población, ya la muestra es representativa.

3.4. Técnicas para la Recolección de Datos

La técnica que fue utilizada para recabar la información fue la encuesta, la cual, es la “manera estructurada y sistemática de recolectar datos en forma directa, donde actúan el entrevistador y entrevistado” (38). De esta forma, la técnica de la encuesta se hizo posible gracias a que la autora de la investigación abordó a los sujetos muestrales, es decir, a las mujeres embarazadas con HTA, para aplicarles un instrumento de recolección de datos.

3.5. Instrumento para la Recolección de Datos

El instrumento vino dado por un cuestionario que fue diseñado por la autora de la investigación en función de los objetivos específicos previamente definidos en la investigación, el cuadro de variables y las hipótesis que serían demostradas. Dicho cuestionario fue aplicado a las embarazadas hipertensas, a los fines de detectar los estilos de vida de las embarazadas y su relación con el autocuidado de la HTA.

El instrumento dado por el cuestionario contenía 37 ítems con opción de respuesta en escala de Lickert (Ver Anexo A), de los cuales 24 ítems correspondieron a la Variable 1: Estilo de Vida de la embarazada con HTA, y los otros 12 ítems restantes, correspondieron a la Variable 2: Autocuidado de la embarazada con HTA.

3.5.1 Validez del Instrumento

La validez es “el grado en que un instrumento logra medir lo que se quiere medir” (37) por ello, en este estudio la validación del cuestionario se hizo a través del juicio de tres expertos, en las áreas de: Estadística, Metodología y Enfermería, quienes revisaron la base del contenido, coherencia y pertinencia de cada uno de los ítems del cuestionario con los objetivos establecidos en la investigación. A tales efectos, se les facilitó un Formato de Validación (Ver Anexo B) para que hicieran las

debidas observaciones y una vez aprobado, los expertos firmaron Cartas de Validación (Ver Anexo C), para hacer constar que dicho instrumento podía ser posteriormente aplicado a la muestra seleccionada.

3.5.2. Confiabilidad del Instrumento

La confiabilidad, es “la capacidad de instrumento para recoger datos y mediciones que correspondan a realidad que se pretende conocer” (39). En este sentido, a fin de medir la confiabilidad del cuestionario, el mismo fue aplicado, a una prueba piloto, es decir, a 10 embarazadas hipertensas que acudieron al control prenatal del Hospital de La Ovallera, lo cual permitió la obtención de datos para el cálculo del Coeficiente Alfa de Crombach, ya que los ítems del cuestionario eran con opción de respuesta cerrada.

De esta forma, los resultados obtenidos en el cálculo del dicho coeficiente estadístico (Ver Anexo D), permitieron conocer que había uniformidad en las respuestas, no observándose parcialidades en las mismas, arrojando un índice de confiabilidad de 0.9, es decir, que dicho cuestionario es un 90% confiable, por lo cual hizo posible que fuera aplicado a la muestra objeto de estudio.

3.6. Procedimiento para la Recolección de Información

Se envió una comunicación dirigida a la Dirección del Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, con atención al Servicio de Enfermería de las Consultas de Ginecología (Ver Anexo E), solicitando autorización para realizar la investigación. Posteriormente se realizaron reuniones con las enfermeras para dar a conocer los objetivos de la presente investigación, desde el punto de vista académico y de servicio para motivarlas a participar en el estudio y finalmente se establecieron los días, en los que se aplicaría el instrumento señalado a las embarazadas con HTA, el cual pudo ser llenado por las mismas mujeres embarazadas que conformaron parte de los sujetos muestrales seleccionados.

3.7. Técnica de Análisis de los Datos

Se codificaron las respuestas obtenidas en cada ítems del cuestionario, luego se procedió al análisis cuantitativo mediante el empleo de técnicas estadísticas descriptivas, apoyadas en la presentación de los datos en tablas estadísticas y gráficos de barras, lo que permitió dar a conocer los resultados de esta investigación en cuanto a los datos sociodemográficos, y para la determinación de la correlación de las variables estudiadas, se hizo necesario el empleo de un software estadístico de avanzada (paquete estadístico SPSS versión 17.0 para ambiente Windows) que

permitió analizar las tendencias, niveles de correlación y significancia estadística de las relaciones entre las variables estudiadas y con ello, dar paso posteriormente, a la generación de conclusiones y recomendaciones pertinentes al problema abordado en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presentación de los resultados “se describen, analizan e interpretan de forma ordenada los datos obtenidos en el estudio con el apoyo de cuadros, gráficos, histogramas, barras, etc., y se discuten con base en la fundamentación teórica del trabajo, en concordancia con los objetivos de la investigación” (40).

Al respecto, en esta etapa es necesario “presentar ordenadamente los cuadros y gráficos e irlos explicando y comentando de la manera que queden claros los resultados obtenidos en la investigación” (7), así como sus relaciones encontradas con las variables.

Por ello, en este capítulo se presenta el análisis de los resultados finales obtenidos a través de la aplicación del cuestionario a los sujetos muestrales consultados, para lo cual se destacan los porcentajes más relevantes de respuestas obtenidas en cada uno de los ítems que conformaron al instrumento utilizado para medir las variables tratadas en esta investigación.

4.1. Presentación de los Resultados

Seguidamente se presentan los resultados de cada uno de los ítems del cuestionario diseñado, atendiendo a cada variable según los objetivos específicos de la presente investigación. Así, la información obtenida del proceso de muestreo se presenta en tablas de frecuencias y asociación, en las cuales, las primeras frecuencias corresponden a las características socio-demográficas del grupo de mujeres embarazadas con HTA investigadas, y en las relaciones entre factores y sus variables constituidas por éstos. Para las puntuaciones, en cada uno de los factores indicadores se dio un punto a cada respuesta afirmativa para los factores de la primera variable dada por el estilo de vida, y para los factores de la segunda variable dada por el autocuidado, se sumaron los puntos (0 para el caso de la opción de respuesta “nunca”, 1 para el caso de “algunas veces”, 2 para “casi siempre” y 3 para “siempre”), según respuesta de ocurrencia.

Una vez acumuladas las respectivas puntuaciones, tanto para factores como para las dos variables, se procedió a establecer los niveles (bajo, medio y alto), haciendo tres categorías en función de la puntuación total posible de alcanzar. Si el factor tiene diez puntos como máximo posible, se asignaron las puntuaciones de acuerdo a la siguiente escala:

De 0 a 4, corresponde al nivel bajo

De 5 a 7, corresponde al nivel medio

De 8 a 10, corresponde al nivel alto.

De igual forma, se procedió para los demás factores y las variables, pero dependiendo la asignación de los máximos factibles de lograr. Una vez realizado esto, se cruzaron los factores y las variables, según las relaciones a ser determinadas, según previamente lo establecido en los objetivos de la investigación.

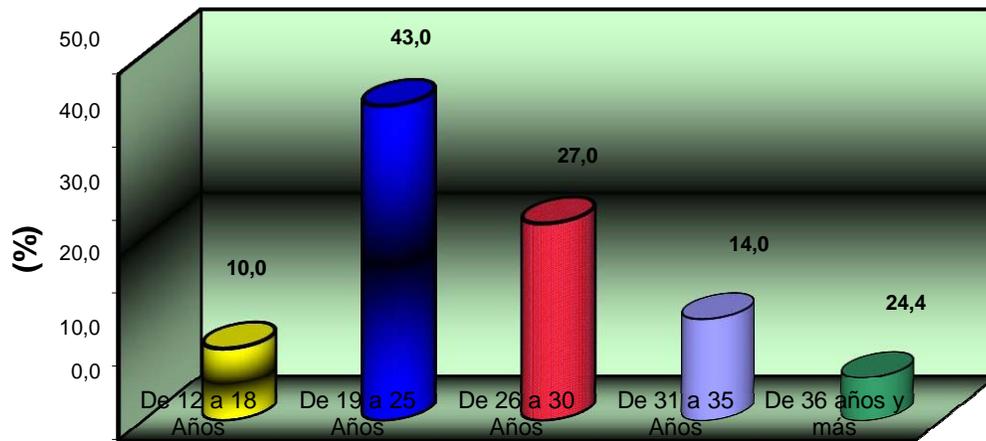
Para los análisis de significación estadística se utilizó un criterio de error de menos del 5%, es decir, ($P < 0,05$). Todos los resultados de las significaciones estadísticas son en base a los coeficientes de correlación de Pearson. La información se complementa con las gráficas estadísticas correspondientes.

Tabla 1. Distribución de la Embarazada con HTA según la Edad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
De 12 a 18 Años	10	10
De 19 a 25 Años	43	43
De 26 a 30 Años	27	27
De 31 a 35 Años	14	14
De 36 años y más	06	06
TOTAL	100	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

Gráfico 1. Distribución de la Embarazada con HTA según la Edad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

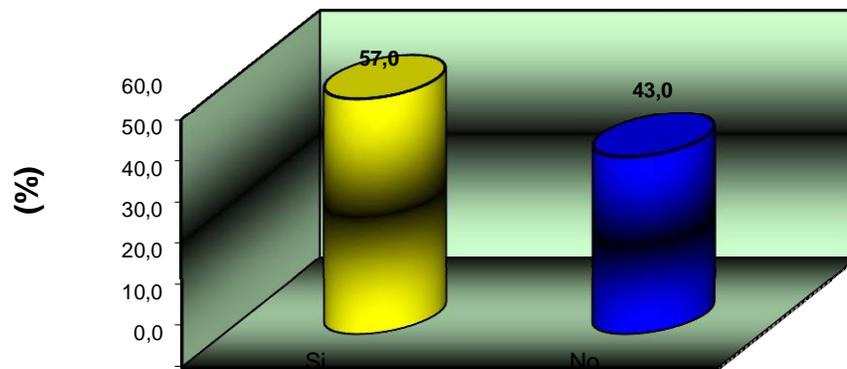
Un 43% de la muestra consultada manifestaron tener entre 19 y 25 años de edad; otro 27% afirmó tener una edad comprendida en un rango entre 26 a 30 años; el siguiente grupo predominante (un 14%) correspondió a las mujeres que tienen entre 31 a 35 años de edad; otro 10% respondió entre 12 a 18 años de edad, y por último, un 6% afirmó tener entre 36 años de edad o más. Al respecto, hay que decir que Venezuela constituye uno de los países del mundo, con mayor tasa de embarazos, siendo la edad de iniciación sexual entre los 12 y 14 años, no obstante, la mayoría de las mujeres embarazadas con HTA se encontraron en el grupo etareo de 19 a 25 años.

Tabla 2. Distribución de la Embarazada con HTA según su Condición Laboral, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

Trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	57
No	43	43
TOTAL	100	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

GRÁFICO 2. Distribución de la Embarazada con HTA según su Condición Laboral, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

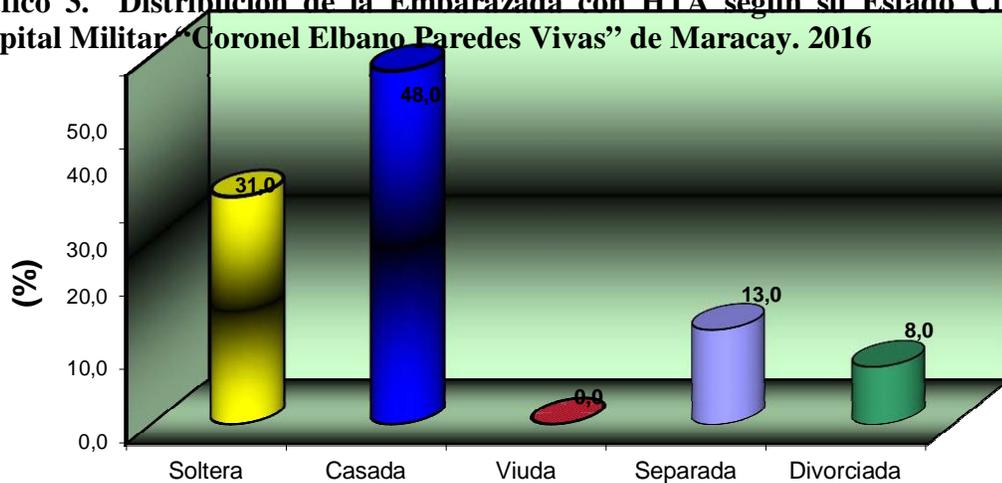
El 57% predominante de las mujeres embarazadas con HTA consultadas en esta investigación manifestó que si trabaja, mientras que un 43% afirmó no estar trabajando al momento de la encuesta. Esto quiere decir, que hay mujeres cuya vida implica una condición laboral activa pues trabajan.

Tabla 3. Distribución de la Embarazada con HTA según su Estado Civil, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	31	31
Casada	48	48
Viuda	0	0
Separada	13	13
Divorciada	08	08
TOTAL	100	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

Gráfico 3. Distribución de la Embarazada con HTA según su Estado Civil, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

El 48% predominante de las mujeres embarazadas con HTA contestaron que su estado civil era casada; otro, 31% afirmó ser soltera; un siguiente grupo correspondiente a un 13% pertenece al estado civil separada; un 8% dijo ser divorciada; y no se encontraron viudas.

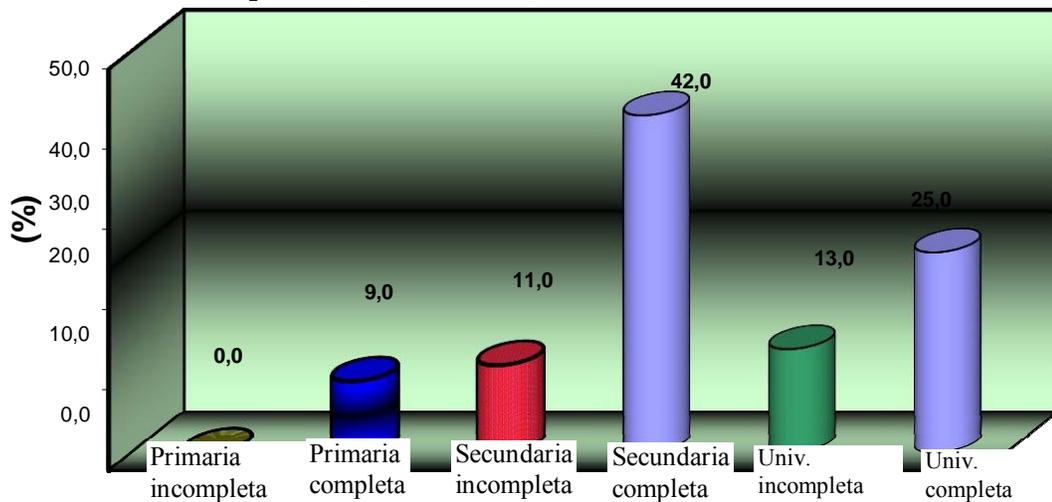
Tabla 4. Distribución de la Embarazada con HTA según su Nivel Educativo, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	0	0
Primaria completa	09	09
Secundaria incompleta	11	11
Secundaria completa	42	42
Universitaria incompleta	13	13
Universitaria completa	25	25
TOTAL	100	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

Gráfico 4. Distribución de la Embarazada con HTA según su Nivel Educativo, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

El 42% predominante respondió que su nivel educativo obedece a la secundaria completa; el siguiente 25% culminó sus estudios universitarios; el otro 13% afirmó haber cursado estudios universitarios pero no los culminó; el 11%

siguiente refirió que posee la secundaria incompleta; un 9% terminó la primaria; y no se encontraron mujeres con HTA que tuvieran la primaria incompleta.

Tabla 5. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

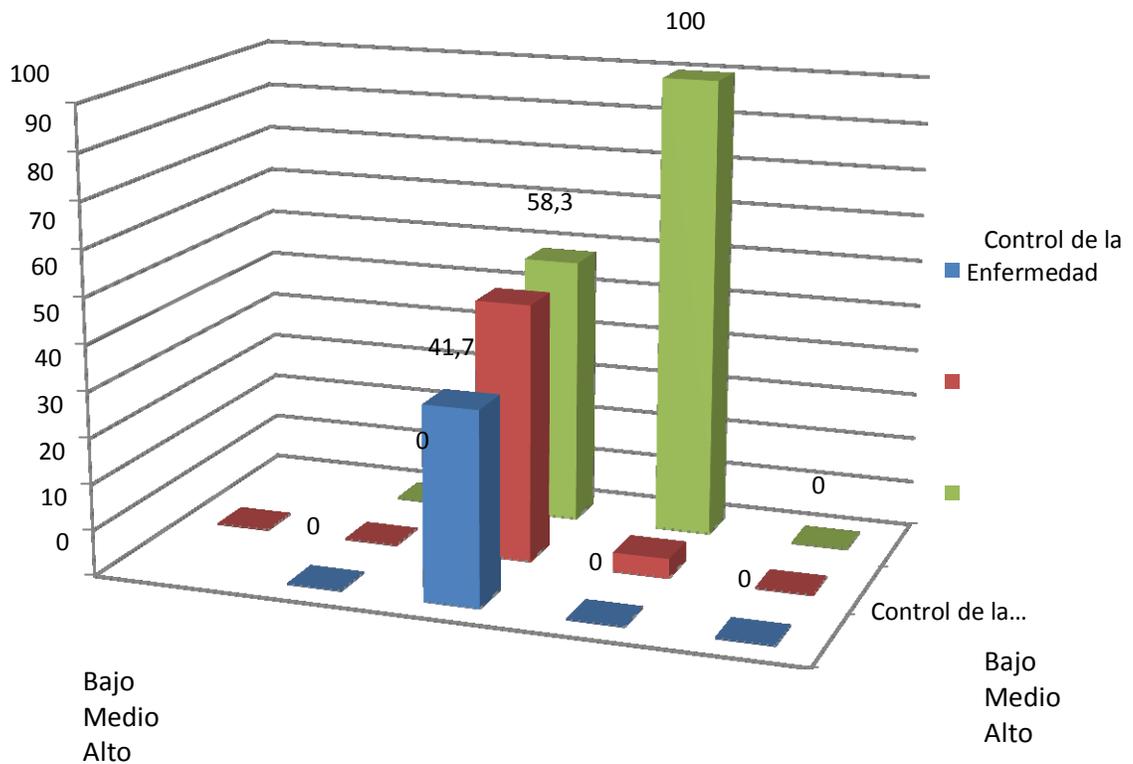
Nivel de Hábitos de Alimentación	Control de la Enfermedad							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	%*	f	%*	f	%*	f	%
Bajo	0	(0)	40	(41,7)	56	(58,3)	96	(96)
Medio	0	(0)	0	(0)	4	(100)	4	(4)
Alto	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	0	(0)	40	(40)	60	(60)	100	(100)

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

***Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.**

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,035 (P< 0,286) No significativo

Gráfico 5. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

El 96% de las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas manifestaron en las respuestas inherentes a los ítems que pertenecen al factor Hábitos de Alimentación, un nivel bajo; encontrándose además un 4% en el nivel medio; y no hallándose ningún grupo (0%) en el nivel alto. En el factor Control de la Enfermedad, se pudo conocer que no se encontró ningún grupo (0%) en el nivel bajo, un 40% se ubicó en el nivel medio y otro 60% en el nivel alto.

Cabe destacar que en el nivel bajo del factor Hábitos de Alimentación, predominó el 60% del nivel alto del factor Control de la Enfermedad, y un 40% restante en el nivel medio.

Para el nivel medio del factor Hábitos de Alimentación, se encontró que solo cuatro mujeres embarazadas con HTA, es decir, un 4% de esta categoría, además coincidió con el nivel alto del factor Control de la Enfermedad.

En el nivel bajo del factor Hábitos de Alimentación, no se encontraron sujetos muestrales que encajarán en el nivel alto del factor Control de la Enfermedad.

De esta manera, se observa a partir de tales resultados, que existe una tendencia a que haya una relación entre los factores Hábitos de Alimentación y Control de la Enfermedad, destacándose una concentración mayor en el nivel bajo del primer factor estudiado, y el nivel alto del segundo factor, ya que de las 100 mujeres embarazadas encuestadas, 56 (58,3%) se encuentran en donde se entrecruzan los dos niveles de ambos factores. Lo cual conlleva a pensar que no existe una relación de concordancia en esos dos factores en cuanto a los niveles de la misma categoría. Es así como el coeficiente de correlación de Pearson generó un valor positivo muy pequeño (+0,035) cuya significación estadística fue de ($P < 0,826$).

A partir de tales resultados se puede decir en conclusión que no se determinó que exista una relación significativa entre el factor hábitos de alimentación y el factor Control de la Enfermedad en las mujeres embarazadas con HTA encuestadas en el Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de la ciudad de Maracay, estado Aragua, durante el año 2016.

Tabla 6. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

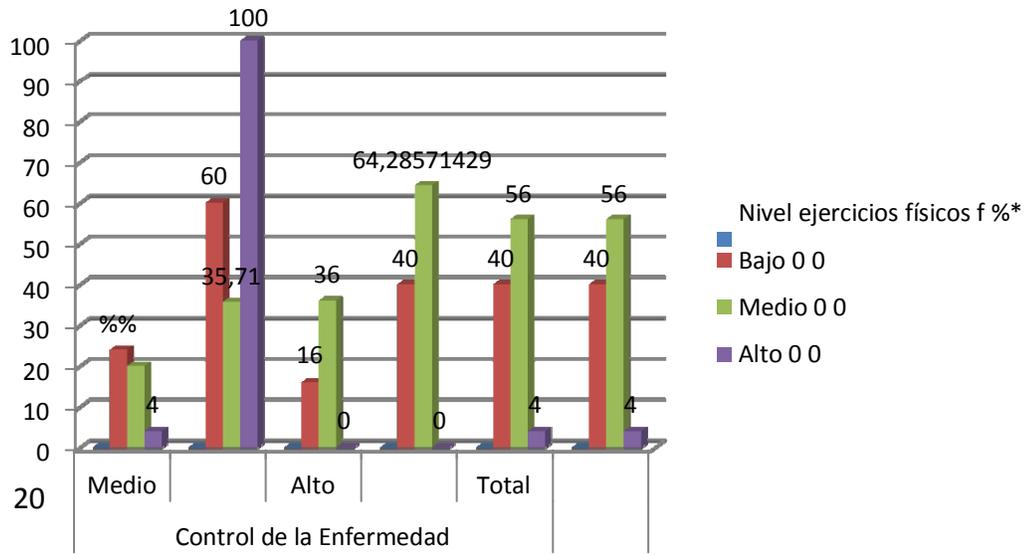
		Control de la Enfermedad							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
Nivel de práctica de Ejercicios Físicos		f	%*	f	%*	f	%*	f	%
	Bajo		0	(0)	24	(60)	16	(40)	40
Medio		0	(0)	20	(35,71)	36	(64,28)	56	(56)
Alto		0	(0)	04	(100)	0	(0)	04	(04)
Total		0	(0)	48	(48)	52	(52)	100	(100)

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

***Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.**

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,187 (P< 0,239) No significativo

Gráfico 6. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Control de la Enfermedad, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

Según los resultados obtenidos a partir del muestreo a las mujeres embarazadas con HTA, en el factor Práctica de Ejercicios Físicos, en el nivel bajo se encontró un 40% se ubicó en el nivel alto del factor Control de la Enfermedad y un 60% en el nivel medio del factor Control de la Enfermedad.

Mientras que en el nivel medio del factor Práctica de Ejercicios Físicos, se encontró que un 64,28%, es decir, 36 embarazadas con HTA se ubicaran en el nivel alto del factor Control de la Enfermedad, y un 35,71% en el nivel medio de ese mismo factor Control de la Enfermedad.

Por su parte, el nivel alto del factor Práctica de Ejercicios Físicos, mostró que un 100% correspondió al nivel medio del factor Control de la Enfermedad.

De esta manera, puede decirse entonces que entre el factor Práctica de Ejercicios Físicos y el factor Control de la Enfermedad, predominan en los niveles alto y medio del segundo factor mencionado, asimismo se observó que en el nivel bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos se encuentra un 60% en el nivel medio del factor Control de la Enfermedad, lo cual conlleva a pensar que no se evidencia una relación de concordancia entre dichos factores tomando en cuenta la misma categoría, asimismo tales resultados obedecen a un coeficiente de correlación de Pearson de un valor de (+0,187) siendo positivo pero casi nulo y sin significación estadística ($P < 0,239$).

Por tanto, se concluye que no se determinó una relación significativa entre los dos factores estudiados, vale decir, Práctica de Ejercicios Físicos y Control de la Enfermedad, en las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas.

Tabla 7. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

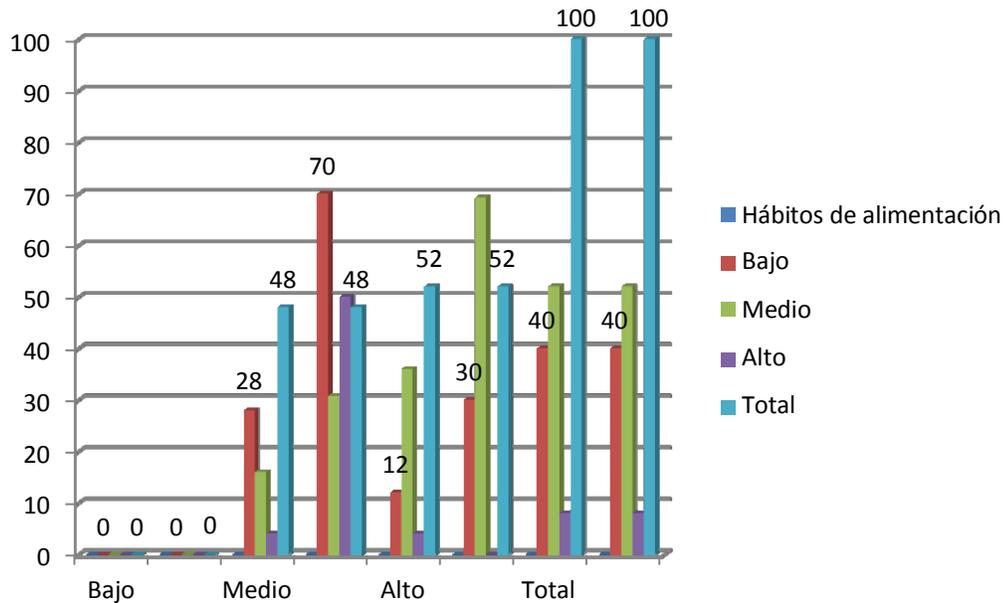
Nivel de Hábitos de Alimentación	Prevención de Complicaciones							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	%*	f	%*	f	%*	f	%
Bajo	0	(0)	28	(70)	12	(30)	40	(40)
Medio	0	(0)	16	(31)	36	(69)	52	(52)
Alto	0	(0)	04	(50)	04	(50)	08	(08)
Total	0	(0)	48	(48)	52	(52)	100	(100)

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

*Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,182 (P< 0,248) No significativo

Gráfico 7. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

De los resultados obtenidos en el muestreo se pudo conocer que el 40% de las mujeres embarazadas con HTA encuestadas, mostraron en la Variable Estilo de Vida en su factor Hábitos de Alimentación, un nivel bajo; un 52% por su parte, manifestó un nivel Medio; y tan solo un 08% manifestó un Nivel Alto.

De manera, que en lo que concierne al nivel Bajo del factor Hábitos de Alimentación de la Variable Estilo de Vida, se tiene que predominó un 70% dado por 28 mujeres que mostraron un nivel Medio en cuanto al factor Prevención de Complicaciones; otro 30% se correspondió con un nivel Alto en el factor Prevención

de Complicaciones. Mientras que para el nivel Medio del factor Hábitos de Alimentación, se encontró que predominó un 69% en el nivel Alto del factor Prevención de Complicaciones, seguido por un 31% en el nivel Medio de dicho factor Prevención de Complicaciones. Por su parte, en el nivel Bajo del factor Hábitos de Alimentación, se encontró que tanto el nivel Medio como el nivel Alto, se correspondieron con un 50% cada uno.

En cuanto a la relación entre el Factor Hábitos de Alimentación y el factor Prevención de Complicaciones, se pudo conocer que tanto en el nivel Medio como en el nivel Alto del primer factor nombrado, predomina un nivel Alto dado por un 69% y 50% respectivamente del segundo factor Prevención de Complicaciones, pese a que en el nivel bajo del factor Hábitos de Alimentación se tiene un 70% del nivel Medio del factor Prevención de Complicaciones. Por tanto, no se observó relación de concordancia entre el factor Hábitos de Alimentación y Prevención de Complicaciones en lo atinente a niveles de la misma categoría.

El coeficiente de correlación de Pearson generó un valor positivo casi nulo dado por (+0,182) y una significación estadística de ($P < 0,248$), es decir, sin significación estadística, por lo que se puede decir que no se pudo demostrar que exista relación entre los factores Hábitos de Alimentación y Prevención de Complicaciones.

Tabla 8. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

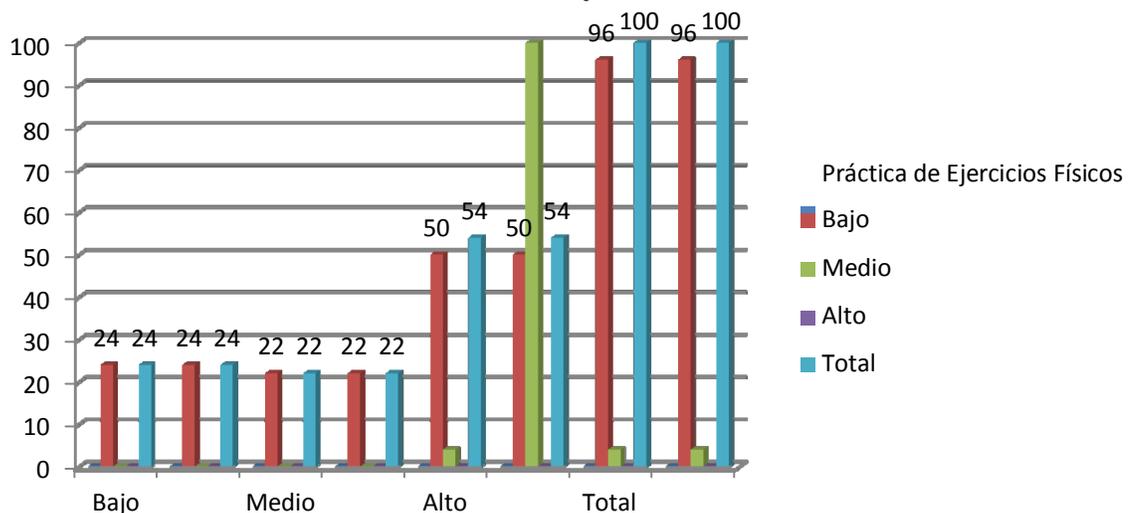
Nivel de Práctica de Ejercicios Físicos	Prevención de Complicaciones						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
Bajo	24	(24)	22	(22)	50	(50)	96	(96)
Medio	0	(0)	0	(0)	04	(100)	04	(04)
Alto	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	24	(24)	22	(22)	54	(54)	100	(100)

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

*Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,137 (P< 0,386) No significativo

Gráfico 8. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Prevención de Complicaciones, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

De los resultados obtenidos se pudo conocer que en cuanto al factor Práctica de Ejercicios Físicos, se encontró que predominó un 50% del nivel Alto, y un 24% para el nivel Bajo y otro 22% restante para el nivel Medio. En el nivel Medio de este factor de Práctica de Ejercicios Físicos, se encontró que sólo 04 mujeres embarazadas con HTA (100% de esta categoría) se ubicaron en el nivel Alto de Prevención de Complicaciones. En cuanto al nivel Alto del factor Práctica de ejercicios Físicos, no se encontraron resultados representados por estas mujeres encuestadas.

De lo antes descrito, se puede decir que se apreció una concentración de los resultados en el nivel bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos con el nivel Alto de Prevención de Complicaciones, cuando se cruzan estos niveles de ambos factores. Sin embargo, no se puede decir que exista una relación de concordancia entre estos factores en niveles de igual categoría.

En lo que concierne al coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo un valor bajo (+0,137) sin significación estadística ($P < 0,386$), de lo cual se puede decir que no se pudo demostrar una relación significativa entre el factor Práctica de Ejercicios Físicos y el factor Prevención de Complicaciones.

Tabla 9. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

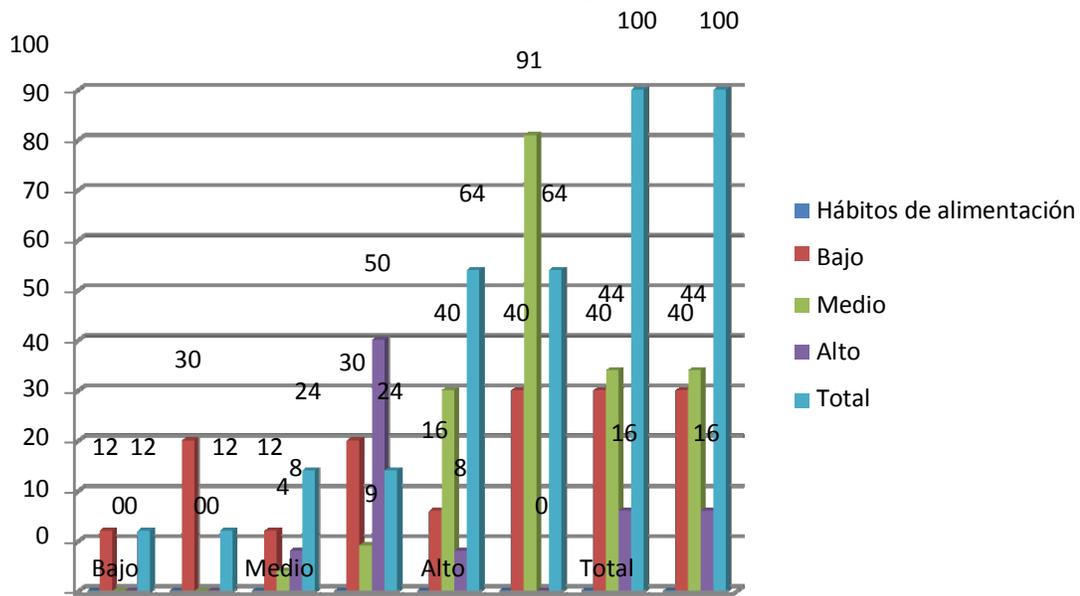
Nivel de Hábitos de Alimentación	Realización de Perfil Lipídico						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
	f	%*	f	%*	f	%*	f	%
Bajo	12	(30)	12	(30)	16	(40)	40	(40)
Medio	0	(0)	04	(09)	40	(91)	44	(44)
Alto	0	(0)	08	(50)	08	(50)	16	(16)
Total	12	(12)	24	(24)	64	(64)	100	(100)

Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

*Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,048 (P< 0,763) No significativo

Gráfico 9. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

Al evaluarse estadísticamente los resultados obtenidos en el muestreo, se pudo conocer que en el nivel Bajo del factor Hábitos de Alimentación, predominó un 40% correspondiente al nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico; seguido de un 30% correspondiente al nivel Medio, y de un 30% también, al nivel Bajo. En lo que concierne al nivel Medio del factor Hábitos de Alimentación se tuvo que predominó el 91% (dado por 40 mujeres embarazadas con HTA) que se ubicó en el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, y el otro, 9% restante, se ubicó en el nivel Medio del factor Realización de Perfil Lipídico. En cuanto al nivel Alto del factor Hábitos de Alimentación, se tuvo un 50% tanto en el nivel Medio como en el nivel Alto, del factor Realización de Perfil Lipídico.

De este modo, se puede decir que en los niveles del factor Hábitos de Alimentación predominaron un 40% en el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, un 91% en el nivel medio de este mismo factor, y un 50% tanto en el nivel medio como alto de este segundo factor; por tanto, se puede decir que no se evidenció concordancia entre los factores Hábitos de Alimentación y Realización de Perfil Lipídico, cuando se trata de igual categoría.

En cuanto al coeficiente de correlación de Pearson hallado se obtuvo un valor positivo casi nulo (+0,048) sin significación estadística ($P < 0,763$), por lo cual no se

pudo demostrar que exista un relación significativa entre los factores Niveles de Hábitos de Alimentación y Realización de Perfil Lipídico.

Tabla 10. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016

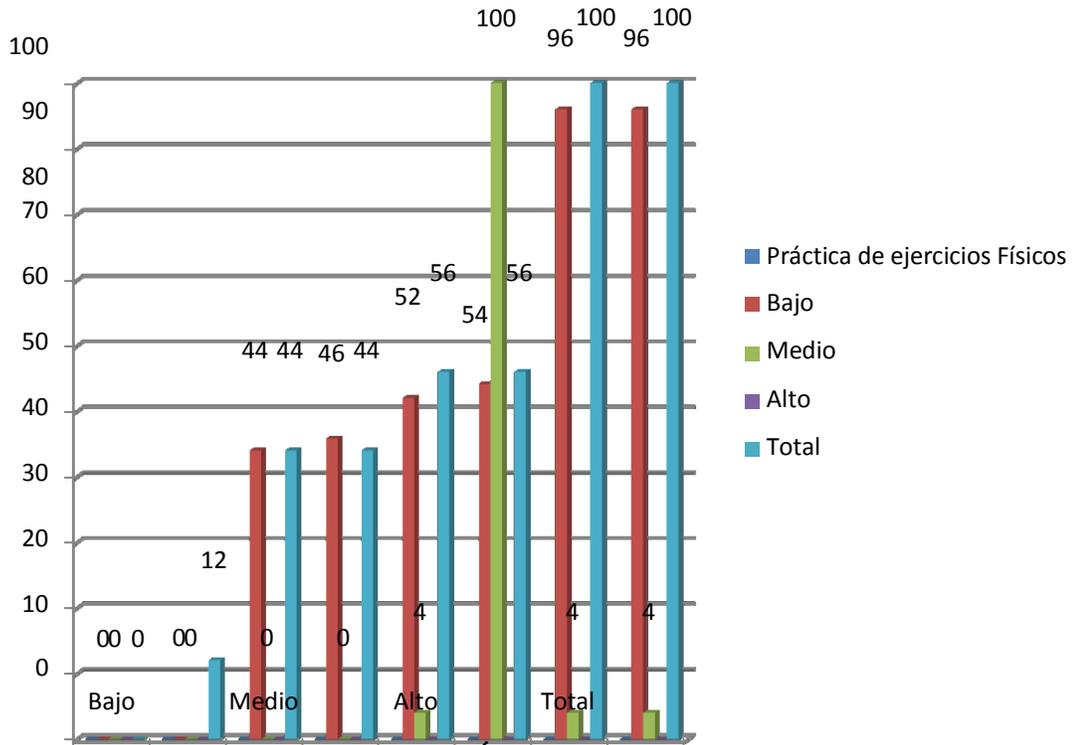
Nivel de Práctica de Ejercicios Físicos	Realización de Perfil Lipídico						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
	f	%*	f	%*	f	%*	f	%
Bajo	0	(0)	44	(46)	52	(54)	96	(96)
Medio	0	(0)	0	(0)	04	(100)	04	(04)
Alto	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	0	(0)	44	(44)	56	(56)	100	(100)

Fuente: Instrumento aplicado. (Alvarez, 2016).

*Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,039 (P< 0,835) No significativo

Gráfico 10. Estilo de Vida de la Embarazada y Autocuidado de la HTA Distribución de las Embarazadas con HTA según Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos en el Factor Realización de Perfil Lipídico, Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de Maracay. 2016



Fuente: Instrumento aplicado. (Álvarez, 2016).

Una vez realizado el muestreo se procedió al análisis estadístico de los resultados obtenidos, de ello se pudo conocer que en el factor Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos, predominó el nivel Bajo con un total de 96%, es decir, albergó a 96 mujeres embarazadas con HTA. En el nivel Medio de este factor, se encontró apenas un escaso 04% de las 100 mujeres embarazadas con HTA encuestadas. Y no se encontró representación en el nivel Alto de este factor.

Ahora bien, en el nivel Bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos, predominó un 54% correspondiente del nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, conjuntamente con un 46% en el nivel Medio de este mismo factor Realización de Perfil Lipídico; en el nivel Medio del factor Práctica de Ejercicios Físicos se encontró que predominó un 100% (es decir, solo 04 mujeres con HTA) en el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico.

De manera que, se observó una tendencia marcada en cuanto a la concentración del nivel Bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos, con el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, al cruzarse ambos factores en esos niveles. No obstante, no se evidenció una correlación entre estos factores en igual categoría.

En lo que concierne al coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo un valor positivo casi nulo (+0,039) sin significancia estadística ($P < 0,83$), por lo que se puede afirmar que no se pudo demostrar una relación significativa entre los factores Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos y Realización de Perfil Lipídico, por lo que se pudo inferir que las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas en dicho muestreo, no mostraron relación de sus práctica de ejercicios físicos con la realización de exámenes de laboratorios como lo han de ser los correspondientes al perfil lipídico.

4.2 Análisis de los Resultados

Para el análisis e interpretación de los resultados mostrados en el aparte anterior de esta investigación, se procederá según los objetivos específicos previamente definidos en este estudio y en función de las hipótesis establecidas.

Así, se tiene que con respecto a los datos sociodemográficos de las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas se pudo determinar que el grupo etareo predominante (43%) fue el de 19 a 25 años; de las cuales en su mayoría (57%), trabajan; de ellas, la gran mayoría (48%) se encuentran casadas, seguidas de las que serán o son madres solteras (31%); y el nivel educativo predominante (42%) entre ellas fue la secundaria completa, es decir, son Bachilleres.

En cuanto a la Hipótesis Específica 1, que plantea que existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas diagnosticadas con HTA, se encontró que existe una tendencia a que haya una relación entre los factores Hábitos de Alimentación y Control de la Enfermedad, destacándose una concentración mayor en el nivel bajo del primer factor estudiado, y el nivel alto del segundo factor, ya que de las 100 mujeres embarazadas encuestadas, 56 (58,3%) se encuentran en donde se entrecruzan los dos niveles de

ambos factores. Lo cual conlleva a pensar que no existe una relación de concordancia en esos dos factores en cuanto a los niveles de la misma categoría. Es así como el coeficiente de correlación de Pearson generó un valor positivo muy pequeño (+0,035) cuya significación estadística fue de ($P < 0,826$). Entonces se concluye que no se determinó que exista una relación estadística significativa entre el factor Hábitos de Alimentación y el factor Control de la Enfermedad en las mujeres embarazadas con HTA encuestadas en el Hospital Militar “Coronel Elbano Paredes Vivas” de la ciudad de Maracay, estado Aragua, durante el año 2016.

No obstante, es válido acotar al respecto que, “es responsabilidad de la enfermera, educar a la embarazada sobre la alimentación adecuada durante el embarazo, es fundamental para su salud y la de su hijo, ya que se puede transformar en perjudicial para esta, si aumenta demasiado, así como que la ganancia de peso sea insuficiente, debido a que incluso no fomenta dentro de su estilo de vida, la práctica diaria de ejercicios físicos” (3). De esta manera, la embarazada con HTA, debe mantener dentro de su estilo de vida, una dieta diaria balanceada, en la que procure el consumo de alimentos bajos en sal, preferiblemente sin embutidos ni salsas o elementos químicos (cubitos, adobos, alimentos ahumados) o grasas saturadas (aceites, mayonesa, quesos) que puedan alterar su salud pues el elevado consumo de sales ha sido asociado a la HTA y el excesivo consumo de grasas también ha sido asociado como factor de riesgo en hipercolesterolemia. Por tanto, la embarazada con

HTA debe mantener una dieta baja en sal y complementarla con la práctica de ejercicios físicos que le ayuden al controlar la ganancia de peso durante el proceso gestacionario.

Con respecto a la Hipótesis Específica 2, que plantea, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA, se pudo encontrar que entre el factor Práctica de Ejercicios Físicos y el factor Control de la Enfermedad, predominan en los niveles alto y medio del segundo factor mencionado, asimismo se observó que en el nivel bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos se encuentra un 60% en el nivel medio del factor Control de la Enfermedad, lo cual conlleva a pensar que no se evidencia una relación de concordancia entre dichos factores tomando en cuenta la misma categoría, asimismo tales resultados obedecen a un coeficiente de correlación de Pearson de un valor de (+0,187) siendo positivo pero casi nulo y sin significación estadística ($P < 0,239$).

Por tanto, no se demostró una relación estadística significativa entre los dos factores Práctica de Ejercicios Físicos y Control de la Enfermedad, en las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas. Entonces la segunda hipótesis específica se rechaza. Sin embargo, es conveniente destacar que se ha sugerido que

“el ejercicio físico tiene efecto sobre los niveles de presión arterial siendo un complemento importante en las medidas farmacológicas, pues los beneficios del ejercicio físico deben ser aprovechados en el tratamiento inicial del individuo hipertenso, logrando evitar o reducir el número de medicamentos y de sus dosis; en personas sedentarias e hipertensas se reduce clínicamente la presión arterial cuando realizan ajustes inclusive modestos en la actividad física; por lo tanto, el volumen de ejercicio físico para el control de la presión arterial, incluso puede ser pequeño” (3).

En lo que concierne a la Hipótesis Específica 3, dada por, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA, se pudo conocer que tanto en el nivel Medio como en el nivel Alto del primer factor nombrado, predomina un nivel Alto dado por un 69% y 50% respectivamente del segundo factor Prevención de Complicaciones, pese a que en el nivel bajo del factor Hábitos de Alimentación se tiene un 70% del nivel Medio del factor Prevención de Complicaciones. Por tanto, no se observó relación de concordancia entre el factor Hábitos de Alimentación y Prevención de Complicaciones en lo atinente a niveles de la misma categoría.

El coeficiente de correlación de Pearson generó un valor positivo casi nulo dado por (+0,182) y una significación estadística de ($P < 0,248$), es decir, sin

significación estadística, por lo que se puede decir que no se pudo demostrar que exista relación entre los factores Hábitos de Alimentación y Prevención de Complicaciones.

De esta forma, se rechaza la Hipótesis Específica 3, pero es pertinente señalar que para educar a la población acerca de cómo cambiar sus hábitos de alimentación, enfermería tiene que intervenir para modificar primero en ellos, sus creencias acerca de la enfermedad (HTA), tratando de incorporarles a ellos mismos, la percepción de amenaza que representa para su salud su sola presencia y lograr así que se sientan vulnerables antes las complicaciones que ella puede ocasionar, y al mismo tiempo, percibir los beneficios que pueden recibir de realizar el tratamiento en forma sistemática y no ocasionalmente.

Por ello, debería incorporársele una adecuada educación, con el fin de tener personas capaces y formadas, más que informadas, para el tratamiento que tienen que llevar por largos períodos o por toda la vida, en este sentido, se ha dicho que “la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes se debe a que no reciben educación suficiente y adecuada y no tuvieron incorporadas creencias en salud que le permitieran modificar sus conductas o prácticas en salud” (3). Por ello, la prevención de complicaciones de la HTA, a partir del cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito está de alguna manera vinculado a los aspectos sociales,

culturales y económicos de las personas, debido a que la actividad física, la alimentación, el manejo del estrés, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, se ven afectados por diferentes factores que impiden un régimen adecuado, entre estos se destacan: los personales, biológicos, psicológicos y socioculturales, la autoeficiencia percibida y el apoyo social.

En cuanto a la Hipótesis Específica 4, plantea que, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA, se pudo conocer que se apreció una concentración de los resultados en el nivel bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos con el nivel Alto de Prevención de Complicaciones, cuando se cruzan estos niveles de ambos factores. Sin embargo, no se puede decir que exista una relación de concordancia entre estos factores en niveles de igual categoría. En lo que concierne al coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo un valor bajo (+0,137) sin significación estadística ($P < 0,386$), de lo cual se puede decir que no se pudo demostrar una relación significativa entre el factor Práctica de Ejercicios Físicos y el factor Prevención de Complicaciones, por lo que se rechaza la cuarta hipótesis.

En lo atinente a la Hipótesis Específica 5, dada por, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de

alimentación y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA, se pudo determinar que en los niveles del factor Hábitos de Alimentación predominaron un 40% en el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, un 91% en el nivel medio de este mismo factor, y un 50% tanto en el nivel medio como alto de este segundo factor; por tanto, se puede decir que no se evidenció concordancia entre los factores Hábitos de Alimentación y Realización de Perfil Lipídico, cuando se trata de igual categoría.

En cuanto al coeficiente de correlación de Pearson hallado, se obtuvo un valor positivo casi nulo (+0,048) sin significación estadística ($P < 0,763$), por lo cual no se pudo demostrar que exista una relación estadísticamente significativa entre los factores Niveles de Hábitos de Alimentación y Realización de Perfil Lipídico.

Por ello, se rechaza la Hipótesis Específica 5, porque no se encontró significación estadística. No obstante, hay que destacar que enfermería debe trabajar en el empoderamiento de las mujeres embarazadas con HTA, debido a que “la orientación que debe recibir la embarazada en riesgo de padecer este trastorno debe ser precisa en cuanto a los cuidados que debe tener para evitar mayores complicaciones, por lo que enfermería está en la capacidad de ofrecer un asesoramiento continuo, fomentando mejores hábitos de alimentación en las embarazadas y en la importancia que tiene el control prenatal conjuntamente con la realización de exámenes de

laboratorio que ayuden a controlar la enfermedad” (41). Por ello, el fomentar estilos de vida saludables, que impliquen sanos hábitos de alimentación permite a la embarazada una mejor nutrición, prevenir tanto enfermedades como complicaciones en su estado de salud, a fin de recuperarse de los trastornos que padezca e incluso de la disminución de su agotamiento, estrés o vejez.

Con respecto a la Hipótesis Específica 6, dada por, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA, se pudo determinar una tendencia marcada en cuanto a la concentración del nivel Bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos, con el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, al cruzarse ambos factores en esos niveles. No obstante, no se evidenció una correlación entre estos factores en igual categoría.

En lo que concierne al coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo un valor positivo casi nulo (+0,039) sin significancia estadística ($P < 0,83$), por lo que se puede afirmar que no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativa entre los factores Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos y Realización de Perfil Lipídico; por tanto se rechaza la sexta hipótesis. Sin embargo, es conveniente destacar que enfermería debe insistir en las consultas prenatales, en la importancia

que tiene la realización del perfil lipídico en las embarazadas con HTA, porque este es un mecanismo de control de la enfermedad durante el proceso gestacionario, razón por la cual, se debe recomendar que exámenes de laboratorio tales como: orina, glicemia, hemoglobina, triglicéridos, colesterol, creatinina sérica, calcio, potasio, perfil lipídico, entre otros, se los haga la embarazada cada tres meses como mínimo o preferiblemente, cada mes.

Ahora bien, en lo que respecta a la hipótesis general, dada por, la relación estadísticamente significativa entre las variables Estilo de Vida de la embarazada con HTA y el Autocuidado de la HTA, se encontró que tres de los factores del Estilo de Vida presentaron mayorías en los niveles Alto de la variable Autocuidado, y uno en el nivel Medio, pero sin significación estadística, por lo que se debe rechazar la hipótesis general.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Una vez finalizada la presente investigación se pudo concluir lo siguiente:

- Con respecto a los datos sociodemográficos de las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas se pudo determinar que el grupo etareo predominante (43%) fue el de 19 a 25 años; de las cuales en su mayoría (57%), trabajan; de ellas, la gran mayoría (48%) se encuentran casadas, seguidas de las que serán o son madres solteras (31%); y el nivel educativo predominante (42%) entre ellas fue la secundaria completa, es decir, son Bachilleres.
- En cuanto a la Hipótesis Específica 1, que plantea que existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas diagnosticadas con HTA, se encontró que existe una tendencia a que haya una relación entre los factores Hábitos de Alimentación y Control de la Enfermedad, destacándose una concentración mayor en el nivel bajo del primer factor estudiado, y el nivel alto del segundo factor, ya que de las 100 mujeres embarazadas encuestadas, 56 (58,3%) se encuentran en donde se entrecruzan los dos niveles de ambos factores. Lo cual conlleva a pensar que no existe una relación de concordancia en esos dos factores en cuanto a los niveles de la misma categoría. Es así como el coeficiente de correlación de Pearson generó un valor

positivo muy pequeño (+0,035) cuya significación estadística fue de ($P < 0,826$). Entonces no se determinó que exista una relación estadística significativa entre el factor hábitos de alimentación y el factor Control de la Enfermedad en las mujeres embarazadas con HTA.

- Con respecto a la Hipótesis Específica 2, que plantea, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: control de la enfermedad, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA, se pudo encontrar que entre el factor Práctica de Ejercicios Físicos y el factor Control de la Enfermedad, predominan en los niveles alto y medio del segundo factor mencionado, asimismo se observó que en el nivel bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos se encuentra un 60% en el nivel medio del factor Control de la Enfermedad, lo cual conlleva a pensar que no se evidencia una relación de concordancia entre dichos factores tomando en cuenta la misma categoría, asimismo tales resultados obedecen a un coeficiente de correlación de Pearson de un valor de (+0,187) siendo positivo pero casi nulo y sin significación estadística ($P < 0,239$). Por tanto, no se demostró una relación estadística significativa entre los dos factores Práctica de Ejercicios Físicos y Control de la Enfermedad, en las mujeres embarazadas con HTA que fueron encuestadas. Entonces la segunda hipótesis específica se rechaza.
- En lo que concierne a la Hipótesis Específica 3, dada por, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA, se pudo conocer que tanto en el nivel Medio como en el nivel Alto del primer factor nombrado, predomina un nivel Alto dado por un 69% y 50% respectivamente del segundo factor

Prevención de Complicaciones, pese a que en el nivel bajo del factor Hábitos de Alimentación se tiene un 70% del nivel Medio del factor Prevención de Complicaciones. Por tanto, no se observó relación de concordancia entre el factor Hábitos de Alimentación y Prevención de Complicaciones en lo atinente a niveles de la misma categoría. El coeficiente de correlación de Pearson generó un valor positivo casi nulo dado por (+0,182) y una significación estadística de ($P < 0,248$), es decir, sin significación estadística, por lo que se puede decir que no se pudo demostrar que exista relación entre los factores Hábitos de Alimentación y Prevención de Complicaciones. De esta forma, se rechazó la Hipótesis Específica 3.

- En cuanto a la Hipótesis Específica N° 4, plantea que, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: prevención de complicaciones, en embarazadas adultas diagnosticadas con HTA, se pudo conocer que se apreció una concentración de los resultados en el nivel bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos con el nivel Alto de Prevención de Complicaciones, cuando se cruzan estos niveles de ambos factores. Sin embargo, no se puede decir que exista una relación de concordancia entre estos factores en niveles de igual categoría. En lo que concierne al coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo un valor bajo (+0,137) sin significación estadística ($P < 0,386$), de lo cual se puede decir que no se pudo demostrar una relación significativa entre el factor Práctica de Ejercicios Físicos y el factor Prevención de Complicaciones, por lo que se rechazó la cuarta hipótesis.
- En lo atinente a la Hipótesis Específica 5, dada por, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: hábitos de alimentación y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en

embarazadas diagnosticadas con HTA, se pudo determinar que en los niveles del factor Hábitos de Alimentación predominaron un 40% en el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, un 91% en el nivel medio de este mismo factor, y un 50% tanto en el nivel medio como alto de este segundo factor; por tanto, se puede decir que no se evidenció concordancia entre los factores Hábitos de Alimentación y Realización de Perfil Lipídico, cuando se trata de igual categoría. En cuanto al coeficiente de correlación de Pearson hallado se obtuvo un valor positivo casi nulo (+0,048) sin significación estadística ($P < 0,763$), por lo cual no se pudo demostrar que exista una relación estadísticamente significativa entre los factores Niveles de Hábitos de Alimentación y Realización de Perfil Lipídico. Por ello, se rechazó la Hipótesis Específica 5.

- Con respecto a la Hipótesis Específica 6, dada por, existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor: práctica de ejercicios físicos y el auto cuidado en su factor: realización de perfil lipídico, en embarazadas diagnosticadas con HTA, se pudo determinar una tendencia marcada en cuanto a la concentración del nivel Bajo del factor Práctica de Ejercicios Físicos, con el nivel Alto del factor Realización de Perfil Lipídico, al cruzarse ambos factores en esos niveles. No obstante, no se evidenció una correlación entre estos factores en igual categoría. En lo que concierne al coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo un valor positivo casi nulo (+0,039) sin significancia estadística ($P < 0,83$), por lo que se puede afirmar que no se pudo demostrar una relación estadísticamente significativa entre los factores Niveles de Práctica de Ejercicios Físicos y Realización de Perfil Lipídico; por tanto se rechazó la sexta hipótesis.
- En lo que respecta a la Hipótesis General, dada por, la relación estadísticamente significativa entre las variables Estilo de Vida de la embarazada con HTA y el

Autocuidado de la HTA, se encontró que tres de los factores del Estilo de Vida presentaron mayorías en los niveles Alto de la variable Autocuidado, y uno en el nivel Medio, pero sin significación estadística, por lo que se rechazó la hipótesis general.

5.2 Recomendaciones

Tomando en consideración la problemática previamente abordada en la presente investigación, así como en función de cada uno de los objetivos previamente definidos y de las variables e hipótesis manejadas en la misma, en concordancia con las conclusiones anteriormente dadas, es posible recomendar lo siguiente:

- Hacer de conocimiento de la Directiva del Hospital “Coronel. Elbano Paredes Vivas” de Maracay, estado Aragua, los resultados de la presente investigación a los fines de que se tomen medidas para disminuir el índice de morbimortalidad de mujeres embarazadas con HTA.
- Diseñar, implementar y evaluar programas de promoción de salud en las embarazadas con HTA, en los cuales se haga énfasis en: (1) La promoción de Estilos de Vida saludables que encierren: (a) Hábitos de alimentación enmarcados en: una dieta alimentaria sana y equilibrada, con consumo de alimentos bajos en sodio, poca grasa saturada, bajos en sal; (b) Práctica de ejercicios físicos tales como: caminatas, trote, andar en bicicleta, bailoterapia, natación, con frecuencias mínimas de dos veces a la semana por sesiones de treinta minutos; (2) El fomento del Autocuidado por parte de la embarazada en cuanto a: (a) Control de la HTA denotando la importancia que tiene: la realización de la medición de la presión

arterial, ya sea con síntoma o sin síntoma aparente, o cada tres veces a la semana como mínimo; (b) Control de peso cada treinta días o en cada consulta prenatal, que ésta última como mínimo, debe ser de cada tres meses; (c) Prevención de complicaciones a través del cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito; (d) Realización del perfil lipídico, como mínimo cada tres meses, durante el proceso gestacionario.

- Incentivar el apoyo familiar en pro del autocuidado de la mujer embarazada con HTA, a través de las orientaciones de enfermería con miras a lograr el fortalecimiento de los conocimientos tanto del núcleo familiar de la embarazada como de ella misma, acerca de las generalidades de la HTA, prevención de complicaciones de la HTA, mejores hábitos de vida en la paciente, apoyo psicológico a la paciente.
- Realizar campañas de concienciación en la ciudadanía, a través del empleo y apoyo de los medios de comunicación masivos, incluyendo las redes sociales, y de herramientas comunicacionales diversas tanto impresas como audiovisuales, para la divulgación constante y permanente de información dirigida tanto al manejo de la HTA tanto en mujeres embarazadas como en poblaciones adultas, como al fomento de estilos de vida saludables que ayuden a una mejor calidad y esperanza de vida.
- Realizar seminarios, foros, talleres, congresos, mesas redondas, jornadas, tanto a nivel nacional como internacional, en los cuales se traten diversos tópicos relacionados con el manejo y autocuidado de la HTA, en embarazadas y en la población en general.
- Fomentar la realización de estudios dirigidos a desarrollar líneas de investigación relacionadas con la promoción de estilos de vida sanos, manejo de la HTA y

fomento de una salud reproductiva con conciencia, en las que se recomienden propuestas, planes, programas, proyectos que lleven implícitas soluciones a los problemas en los que se ven inmersos quienes padecen HTA.

- Centralizar los datos de salud, a los fines de disponer de estadísticas veraces y oportunas, que indiquen el estado actual de las mujeres con HTA, a nivel municipal, estatal y regional, a los fines de ayudar en la detección precoz de la HTA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Políticas de Salud Dirigida a la Adolescente Embarazada. Caracas. 2000.
2. Desser. Embarazo en Adolescente. O.P.S. / O.M.S. Publicación Científica. 2006.
3. Vásquez, E. Autocuidado para el Manejo de la Hipertensión Arterial. Trabajo de Grado presentado para optar al Título de Licenciada en Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Bogotá. 2008. 86, 77,78.
4. CARMEN. Una Iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas. OPS Colombia. 2002. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ocuZ9RSAImSJ:www.col.ops-oms.org/prevencion/carmen.asp+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ve> 15, 16
5. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Colombia. 2008. 4-6
6. Colmenares, Z.; Montero, I.; Reina, R.; González, Z. Intervención de Enfermería durante la Clínica Prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Revista Enfermería global. [internet] 2010. Feb. [citado el 15 de junio de 2015] pp. 1-2. Disponible desde: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000100005>.
7. Marriner-Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. España: S. A. Elsevier, 1994. p. 150.
8. Barrera, G. Problemas Sociales del Adolescente. Caracas. Tomo II del Compendio de Puericultura y Pediatría. Capítulo IV. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca. 1996. 291-300.
9. CORPOSALUD Aragua. Corposalud Atiende Mensualmente 8000 Mujeres Embarazadas en Aragua. (agosto, 01, 2012). Disponible en: <http://www.avn.info.ve/contenido/corposalud-atiende-mensualmente-8000-mujeres-embarazadas-aragua>

10. Díaz L., González M. Características de las Mujeres Embarazadas con Hipertensión Arterial del Valle de Traslasierra. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Enfermería. Villa Dolores. 2009. pp. 57.
11. Montero L. Efecto sobre los Niveles de Presión Arterial y Apnea del sueño. Rev Med de Costa Rica y Centroamérica, LXV (586) 355-359;2008. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art8.pdf>.
12. Arriola G, Alonso M. Estilo de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial. Salud Pública y Nutrición: RESPYN [Internet] 2001. [Citado el 22 de Junio de 2015] (4) Disponible en: http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistematica_cis2001.html.
13. Cruz C., Muñoz, R., Chazarreta M. Factores que Influyen para que el Paciente con Hipertensión Arterial No Modifique sus Estilos de Vida. Salud Pública y Nutrición RESPYN [internet] 2001 [Citado el 10 de agosto de 2007] Edición Especial 4 Disponible en: respyn.uanl-mx/especiales/ssnl-web/hta_sistematica_cis2001-1.html
14. Villegas y Jiménez C., López G., Pichardo C. Déficit de Autocuidado y el Desconocimiento de las Complicaciones de la Hipertensión Arterial. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet] Ener-Ab 2003. (11) 1 [Citado el 15 de Abril de 2007] Disponible desde: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=13700&id_seccion=961&id_ejemplar=1404&id_revista=33
15. Colmenares Z., Montero L., Reina R., González Z., Rondón M., Rondón A., Guerra de Rondón A. Manual Clínico de Hipertensión Arterial. pp. 12-13, 81,82. [Internet] [consultado el 20 de Junio de 2015] Disponible desde: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/37250/1/manual_clinico_hta.pdf
16. Colmenares, Z., Montero, L., Reina, R., González, Z. Intervención de Enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre los riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Feb [citado 2017 Jun 18]; (18). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100005
17. Morillo O., Pimentel M. Programa de Orientación sobre Hipertensión Inducida por el Embarazo, dirigida a la Embarazada que Asiste a la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital “Dr. Domingo Luciani” del Llanito. Universidad

- Central de Venezuela. 2011. p. 34. [Internet] [Consultado el 20 de Junio de 2015]
Disponible desde: aber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/459/1/tesis.pdf
18. Oyarzún E., Valdés G. Alto Riesgo Obstétrico. Ediciones Escuela de Medicina de la Universidad Pontificia de Chile. 2000. p. 48.
 19. Figuera E., López G., Méndez D. Módulo de Enfermería Materno Infantil. Ediciones de la Universidad Central de Venezuela. Caracas. 1996. p. 52.
 20. Mendoza P. Estilo de Vida. [Internet] [Consultado el 21 de junio de 2015].
Disponible en: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
 21. Sánchez A. Estilo de Vida. [Internet] [Consultado el 30 de junio de 2015].
Disponible en: ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
 22. Casimiro y cols. Estilo de vida. [Internet] [Consultado el 30 de junio de 2015].
Disponible en: ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
 23. Gutiérrez L. Estilo de Vida. [Internet] [Consultado el 30 de junio de 2015].
Disponible en: ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
 24. OMS. Promoción de la Salud. Glosario. [Internet] [Consultado el 20 de Julio de 2015].
Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
 25. Pantoja S. Estilo de Vida. Salud Pública I. Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela. [Internet] [Consultado el 20 Septiembre 2015]
Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>
 26. Rojas, M. Estilos de vida y el manejo de la hipertensión arterial en los adultos mayores que asisten al Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD. Valencia. Estado Carabobo. Trabajo de grado presentado ante La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar al título de Magíster en Enfermería en Gerontología y Geriatria. 2015. [Internet] [Consultado el 20 de Junio de 2015]
Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2317/1/mrojas.pdf>
 27. Maya P. Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. [Internet] Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación [Funlibre] 2001.

[Consultado el 23 de Junio de 2015 Disponible desde:
www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm

28. Gómez F. Estilos de Vida Saludable. Universidad Nacional Autónoma de México. 2011. p. 26. [Internet] [Consultado el 19 de junio de 2015] Disponible en: ww.iingen.unam.mx/es-mx/bancodeinformacion/memoriasdeeventos/jornadassalud/estilosdevidasaludable.pdf

29. Guía Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. [Internet] 2007. (25) 6 [Citado el 8 de Mayo de 2008] Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf> 40-50

30. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. p. 40, 45-50

31. Dotres. p. 20-25

32. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 24 de marzo de 2000.

33. Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.687 de fecha 26 de abril de 2012.

34. Ley Orgánica del Trabajo. De los Trabajadores y de las Trabajadoras. Decreto Presidencial Nro. 8.938, Publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria Nro. 6.076 de fecha 7 de mayo de 2012.

35. Ley del Seguro Social. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.912 del 30 de abril de 2012.

36. Hernández-Sampieri, R., Fernández C. C., y Baptista L., P. Metodología de la Investigación. México: Editorial Mc Graw Hill. 2009. p. 186

37. Pineda E., Canales F., Alvarado E. Metodología de la Investigación. 2^{da} Edición. O.P.S. Washington. 2004. p. 81, 171, 173.

38. Vélez.

39. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de Trabajo de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales. Caracas: FEDUPEL.2006. p.18.
40. Ramírez, T. Cómo Hacer un Proyecto de Investigación. Caracas: Editorial Panapo. 1996. p. 68.
41. Morillo O., Pimentel M. p. 79.

A N E X O S

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



**INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN ACERCA DEL
ESTILO DE VIDA DE LA EMBARAZADA Y SU RELACION
CON LA HIPERTENSION ARTERIAL**

**Autora: Lcda. Flor Álvarez
Asesora: Dra. María Cárdenas**

Valencia Marzo, 2018

PRESENTACIÓN

Estimada Embarazada:

El presente instrumento está diseñado para obtener información sobre: **ESTILO DE VIDA DE LA EMBARAZADA Y EL AUTOCUIDADO EN LA EMBARAZADA CON HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)**. La información que se suministre es confidencial y solo será utilizada con fines académicos para la realización de investigación en el área de Salud Reproductiva.

Se le agradece responder todas las preguntas, con la mayor libertad y sinceridad posible, según las instrucciones dadas.

No se requiere de su identidad, por favor no firme, de esta manera sus respuestas se mantendrán en anonimato.

Gracias por su Colaboración

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente los enunciados del instrumento antes de responder. Este instrumento está diseñado en tres partes: en la Primera Parte encontrará alternativas relacionadas con los Datos Socio-Demográficos, por lo que se le agradece responder colocando una equis (x) en el espacio indicado.

En la segunda y tercera parte, encontrará preguntas relacionadas con el Estilo de Vida que Tiene la Embarazada que Asiste a la Consulta Prenatal en el Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, con un diagnóstico de Hipertensión Arterial, sobre su Hábitos de Alimentación, Realización de Ejercicios Físicos, Control de la hipertensión Arterial y Evitar Complicaciones de la Enfermedad. Por tanto, se le agradece responder cada pregunta seleccionando la alternativa que corresponda según la escala: SIEMPRE, CASI SIEMPRE, ALGUNAS VECES Y NUNCA.

Sus respuestas son de carácter estrictamente confidencial, no escriba su nombre, y por favor no deje preguntas sin responder.

PARTE I

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Marca con una equis (X) la respuesta

Edad:

12 hasta 18 años	()
19 hasta 25 años	()
26 hasta 30 años	()
31 hasta 35 años	()
36 años y más	()

Trabaja:

Si	()
No	()

Estado Civil:

Soltera	()
Casada	()
Viuda	()
Separada	()
Divorciada	()

Nivel Educativo:

Primaria Incompleta	()
Primaria Completa	()
Secundaria Incompleta	()
Secundaria Completa	()
Universitaria Incompleta	()
Universitaria Completa	()

PARTE II

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con una X en el espacio correspondiente a la respuesta que considere Usted adecuada a su estilo de vida, no marque más de una respuesta y conteste el cuestionario con la mayor sinceridad, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Variable I: Estilo de vida.

Item	Hábitos de Alimentación (Consumo de alimentos ricos en sodio)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
1	Usted prefiere enlatados al momento de consumir los alimentos.				
2	Usted consume embutidos en sus comidas.				
3	Usted usa salsas de soya, inglesa y tomate en su alimentación.				
4	Usted utiliza cubitos en la preparación de sus sopas.				
5	Usted consume quesos para acompañar sus alimentos.				
6	Usted consume aceitunas en sus alimentos.				
Consumo de alimentos ricos en grasas saturadas					
7	Usted consume papas fritas en su alimentación.				
8	Usted consume mantequilla en su alimentación.				
9	Usted consume aceite en su alimentación				
10	Usted consume alimentos mayonesa en su alimentación				
11	Usted consume alimentos mortadela en su alimentación.				
Preparación de alimentos					
12	Usted utiliza adobo en vez de sal al preparar los alimentos.				
13	Usted utiliza cubitos para condimentar los alimentos.				
14	Usted en la preparación de granos utiliza huesitos ahumados.				
Frecuencia con que Usa las Sales					
15	Usted cubitos diariamente cuando prepara sus alimentos.				

16	Usted consume alimentos ricos en sal una vez a la semana.				
17	Usted consume alimentos ricos en sales y grasas, dos veces a la semana.				
Tipo de Ejercicios Físicos					
18	Usted realiza Caminatas				
19	Usted trota				
20	Usted anda en bicicleta				
21	Usted baila o realiza bailoterapia				
22	Usted practica natación				
Frecuencia con que Realiza Ejercicios Físicos					
23	Usted realiza ejercicios físicos, al menos dos veces a la semana				
24	Usted realiza ejercicios físicos, con una duración máxima de 30 minutos.				

Variable II: Autocuidado de la Embarazada con HTA

Item	Control de la Enfermedad (Control de la HTA)	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
25	Usted se realiza la medición de presión arterial sin presentar algún síntoma.				
26	Usted se mide la presión arterial cuando siente dolor de cabeza.				
27	Usted se mide la presión arterial cuando siente sudoración.				
Frecuencia de la Medición de la Presión Arterial					
28	Usted diariamente se mide la presión arterial.				
29	Usted se mide la presión arterial cada tres veces a la semana.				
Control de Peso					
30	Usted se controla su peso cada 30 días.				
31	Usted se controla de peso cuando le corresponde su control prenatal.				
Frecuencia con que se Realiza el Control Prenatal					
32	Usted se realiza el control prenatal cada 30 días.				
33	Usted se realiza el control prenatal cada tres meses.				
Prevención de Complicaciones (Tratamiento farmacológico prescrito)					
34	Usted cumple diariamente con la toma de su medicamento.				
35	Usted cumple su tratamiento médico cuando se acuerda.				

Frecuencia con que se Realiza el Perfil Lipídico					
36	Usted se realiza los exámenes de laboratorio: tales como: triglicéridos y colesterol, cada mes.				
37	Usted se realiza los exámenes de laboratorio: tales como: triglicéridos y colesterol, cada tres meses.				

ANEXO B CONSENTIMIENTO

INFORMADO

Yo, _____, púérpera egresada del Hospital “Coronel Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua, de Nacionalidad _____, en pleno uso de mis facultades, por medio de la presente hago constar que la Licenciada en Enfermería Flor Álvarez, portadora de la Cédula de Identidad Nro. V-8.809.761 y perteneciente a la cohorte 2014 de la Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva de la Universidad de Carabobo, me ha solicitado que participe como informante en la investigación titulada. **Relación entre los Estilos de Vida y el Autocuidado en Embarazadas con Hipertensión Arterial.** De igual manera doy fe que se me ha explicado detalladamente cual es el objetivo y procedimiento de la investigación, me han garantizado la confidencialidad y anonimato de los datos que le estoy proporcionando. Siendo así, acepto realizar el cuestionario, tomar fotos, que acordemos de mutuo consentimiento y que le pudiera servir para su trabajo. Además, autorizo la publicación de los resultados si fuese el caso, hemos acordado de manera conjunta que la encuesta a realizar y el tiempo serán los necesarios para cumplir con el trabajo. Que si en algún momento no deseo seguir participando puedo retirarme sin que sea motivo de represalias y no se verán afectados los servicios de salud para mí. Por medio de la presente otorgo mi consentimiento para participar en el estudio.

En Valencia, a los ____ días del mes de _____ de 2016.

Firma de la Encuestada: _____ C. I. Nro.: _____

Firma de la Autora: _____ C.I. Nro.: _____

ANEXO C

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



Señor(a) Especialista.: _____
Presente.-

Ante todo reciba un cordial saludo, la presente es para informarle que se está realizando un Proyecto de Investigación para optar al Título de Mg. Sc. En Enfermería en Salud Reproductiva, el cual se titula: “**ESTILOS DE VIDA Y EL AUTO CUIDADO EN EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**”, razón por la cual, para la recolección de datos se aplicará la técnica de la encuesta a través de un instrumento que debe estar validado por insignes profesores de esta Casa de Estudios.

Por tanto, me es grato dirigirme a Usted muy respetuosamente en su calidad de Experto, con la finalidad de solicitarle la revisión y evaluación del contenido del instrumento a utilizarse en el desarrollo del trabajo de grado, pues su opinión y observaciones son muy importantes para optimizar la versión definitiva del mismo. A tales efectos, se le suministra, la definición de los objetivos de la investigación y el cuadro de operacionalización de las variables.

Sin más a que hacer referencia y agradeciendo de antemano su atención y valiosa colaboración para dicha actividad, me despido de Usted, esperando su pronta respuesta.

Atentamente,

Lcda. Flor Álvarez.
C. I. Nro.: V-8.809.761

Información General del Experto:

Nombres y Apellidos: _____

Profesión/Ocupación: _____

Tiempo de Graduado: _____

Empresa u Entidad donde Labora: _____

Tiempo de Servicio: _____

Instrucciones de Llenado del Formato de Validación:

Identifique con precisión en el cuadro de variables e instrumento anexo, los objetivos específicos, sus variables y los respectivos indicadores.

Lea detenidamente cada uno de los ítems relacionados con los indicadores correspondientes a las variables.

Utilice el formato de validación anexo, para indicar en cada ítem, los siguientes criterios:

- La claridad en la redacción de la pregunta.
- Pertinencia con los objetivos planteados en la investigación.
- Precisión del contenido del ítems con el nivel de desempeño del sujeto a quien va dirigida la investigación.

Marque una equis (X), en la respuesta que considere adecuada, según la siguiente escala:

- (3) El ítem está bien.
- (2) El ítem está regular
- (1) El ítem requiere modificación.

Indique al final, cualquier sugerencia u observación, que permita mejorar el instrumento.

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítems	Claridad			Pertinencia			Precisión			Observación
	3	2	1	3	2	1	3	2	1	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										

25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										

Leyenda:

3: El ítems está bien.

2: El ítems está regular.

1: El ítems está deficiente, por lo que requiere ser modificado.

Validado por: _____ Firma _____

Fecha __/__/_____

ANEXO D

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



APROBACIÓN DEL EXPERTO

Quien suscribe, _____, titular de la Cédula de Identidad N° _____, de profesión _____, mediante la presente hago constar que he revisado y aprobado el instrumento de recolección de información del trabajo de grado titulado: **“RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**, cuya autora es la Licenciada Flor Álvarez, titular de la Cédula de Identidad N° 8.809.761. Dicho instrumento cumple con los requisitos suficientes y necesarios para ser considerado válido en cuanto a pertinencia, congruencia y claridad en todos sus ítems, por lo tanto, apto para ser aplicado a la muestra seleccionada en la investigación.

Constancia que se expide en Valencia a los _____ días del mes de _____ de 2016

Atentamente;

Lic.
C.I.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA



APROBACIÓN DEL EXPERTO

Quien suscribe, _____, titular de la Cédula de Identidad N° _____, de profesión _____, mediante la presente hago constar que he revisado y aprobado el instrumento de recolección de información del trabajo de grado titulado: **“RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**, cuya autora es la Licenciada Flor Álvarez, titular de la Cédula de Identidad N° 8.809.761. Dicho instrumento cumple con los requisitos suficientes y necesarios para ser considerado válido en cuanto a pertinencia, congruencia y claridad en todos sus ítems, por lo tanto, apto para ser aplicado a la muestra seleccionada en la investigación.

Constancia que se expide en Valencia a los _____ días del mes de _____ de 2016

Atentamente;

Lic.
C.I.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA:
SALUD REPRODUCTIVA**



APROBACIÓN DEL EXPERTO

Quien suscribe, _____, titular de la Cédula de Identidad N° _____, de profesión _____, mediante la presente hago constar que he revisado y aprobado el instrumento de recolección de información del trabajo de grado titulado: **“RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**, cuya autora es la Licenciada Flor Álvarez, titular de la Cédula de Identidad N° 8.809.761. Dicho instrumento cumple con los requisitos suficientes y necesarios para ser considerado válido en cuanto a pertinencia, congruencia y claridad en todos sus ítems, por lo tanto, apto para ser aplicado a la muestra seleccionada en la investigación.

Constancia que se expide en Valencia a los _____ días del mes de _____ de 2016

Atentamente;

Lic.
C.I.

ANEXO E

RESULTADOS DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

sujetos de
la prueba

items

a1 a2 a3 a4 a5 a6 a7 a8 a9 a10 a11 a12 a13 a14 a15 a16 a17 a18 a19 a20 a21 a22 a23 a24 a25 a26 a27 a28 a29 a30 a31 a32 a33 a34

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

donde

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

cronbach

Alfa
cronbach 0,9

$$\begin{aligned} &= 37/36 * (1 - (28,75/194,4)) \\ &= (1,02)(1-0,14) \\ &= (1,02)(0,86) \end{aligned}$$

= 0,87 equivalente a 0,9
lo que es lo mismo 90% de confiabilidad

Rango entre 0,81 a 1,00 por tanto, probabilidad muy Alta
lo cual quiere decir 90% de confiabilidad

ANEXO E

COMUNICACIÓN DIRIGIDA AL HOSPITAL

