

Creencias salientes en la intención de comportamientos de autocuidado ante los trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas

✉ **Iliana Milena Ulloa Sabogal**

<https://orcid.org/0000-0003-1605-6837>
Universidad de Antioquia, Colombia
iliana.ulloa@udea.edu.co

Edier Mauricio Arias Rojas

<https://orcid.org/0000-0003-2096-1792>
Universidad de Antioquia, Colombia
emaucicio.arias@udea.edu.co

Recibido: 07/12/2022
Enviado a pares: 12/01/2023
Aceptado por pares: 22/04/2023
Aprobado: 23/05/2023

DOI: 10.5294/aqui.2023.23.2.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Ulloa IM, Arias EM. Salient beliefs in the intention for self-care behaviors when facing hypertensive disorders in pregnant women. *Aquichán*. 2023;23(2):e2328. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.2.8>

Temática: promoción y prevención

Aporte a la disciplina: las creencias salientes conductuales, normativas y de control constituyen medidas indirectas que van a actuar sobre los determinantes previos en la intención de comportamiento. Por consiguiente, identificar las creencias salientes de las mujeres sobre los comportamientos de autocuidado ante los trastornos hipertensivos del embarazo permite conocer los factores que inciden positiva y negativamente en el cuidado materno y sobre los cuales se deben fortalecer las acciones de enfermería durante el cuidado prenatal. Además, contribuye en la construcción de instrumentos de medición que permiten evaluar desde los constructos teóricos el impacto de intervenciones en salud orientadas a la prevención y disminución del riesgo de esta complicación obstétrica.

Resumen

Introducción: los trastornos hipertensivos del embarazo representan un problema en la salud materna y perinatal. Por lo tanto, es importante identificar las creencias que preceden a los determinantes de los comportamientos en salud durante el embarazo. **Objetivo:** identificar las creencias salientes en la intención de comportamientos de autocuidado ante los trastornos hipertensivos por parte de la mujer embarazada. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de enfoque cuantitativo guiado por la teoría del comportamiento planificado. Se diseñó y evaluó la validez semántica de cada cuestionario. La muestra por conveniencia fue de 114 embarazadas inscritas en el control prenatal de una institución de salud de Piedecuesta, Santander, las cuales respondieron el cuestionario a través de entrevista telefónica, entre enero y febrero de 2022. El análisis de los datos fue descriptivo, utilizando frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** las creencias conductuales positivas se enfocaron en la adecuada nutrición de la madre; en el sano crecimiento y desarrollo del bebé; la prevención y control de enfermedades durante el embarazo; la relajación y la tranquilidad de la madre; y el control y seguimiento de la presión arterial. En las creencias normativas, el personal de salud, la madre, el esposo y familiares influyen positivamente en cada comportamiento. Entre las creencias de control, se admite que: visitar familiares promueve la práctica del ejercicio; a nivel nutricional existe el hábito por preparaciones bajas en sal; tanto el apoyo familiar y social como el hábito y el gusto favorecen el consumo de frutas, verduras, legumbres y carnes; la falta de hábito evita el consumo de grasas, harinas, azúcares, cafeína, alcohol o cigarrillo; la capacidad económica favorece la ingesta del calcio; tomar una ducha previa promueve el sueño y descanso; y asistir a farmacias permite el control de la presión arterial. **Conclusiones:** la identificación de las creencias salientes permitió demostrar aquellas que necesitan ser reforzadas, negociadas o reestructuradas en el logro de comportamientos de autocuidado ante los trastornos hipertensivos del embarazo.

Palabras clave (Fuente: DeCS)

Autocuidado; creencias; cultura; salud materna; comportamientos relacionados con la salud; hipertensión inducida en el embarazo; intención; mujeres embarazadas; teoría social.

4 Salient Beliefs in the Intention for Self-Care Behaviors when Facing Hypertensive Disorders in Pregnant Women

Abstract

Introduction: Hypertensive disorders of pregnancy represent a maternal and perinatal health problem. Therefore, it is important to identify the beliefs preceding the determinants of health behaviors during pregnancy. **Objective:** To identify the salient beliefs in the intention for self-care behaviors when facing hypertensive disorders in pregnant women. **Materials and Methods:** A descriptive study with a quantitative approach guided by the Theory of Planned Behavior. Each questionnaire was designed and its semantic validity was assessed. The sample was convenience one and included 114 pregnant women enrolled in prenatal control at a health institution from Piedecuesta, Santander, who answered the questionnaire via telephone calls between January and February of 2022. Data analysis was descriptive, resorting to absolute and relative frequencies. **Results:** The positive behavioral beliefs were focused on the mother's proper nutrition, the baby's healthy growth and development, disease prevention and control during pregnancy, the mother's relaxation and peace of mind, and blood pressure control and monitoring. Regarding normative beliefs, health personnel, mothers, husbands, and family members exert positive influences on each behavior. The following were acknowledged among the control beliefs: visiting family members promotes the practice of physical exercises; at the nutritional level, there is a habit of preferring low-salt preparations; both family and social support and habit and preference favor the consumption of fruit, vegetables, legumes and meats; lack of habit avoids the consumption of fats, flours, sugars, caffeine, alcohol, and cigarettes; purchase power favors calcium intake; taking a previous shower promotes rest and sleep, and going to pharmacies allows controlling blood pressure. **Conclusions:** Identifying the salient beliefs allowed determining those that need to be reinforced, negotiated, or restructured in achieving self-care behaviors when facing hypertensive disorders in pregnancy.

Keywords (Fonte: DeCS)

Self-care; beliefs; maternal health; health behaviors; hypertension, pregnancy-induced; intention; pregnant women; social theory.

Crenças relevantes na intenção de comportamentos de autocuidado para síndromes hipertensivas gestacionais

Resumo

Introdução: as síndromes hipertensivas gestacionais representam um problema na saúde materna e perinatal. Portanto, é importante identificar as crenças que precedem os determinantes dos comportamentos de saúde durante a gravidez. **Objetivo:** identificar as crenças relevantes na intenção de comportamentos de autocuidado diante de distúrbios hipertensivos por parte das gestantes. **Materiais e método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa orientada pela teoria do comportamento planejado. A validade semântica de cada questionário foi elaborada e avaliada. A amostra de conveniência foi composta de 114 gestantes inscritas no pré-natal de uma instituição de saúde em Piedecuesta, Santander (Colômbia), que responderam ao questionário por meio de entrevista telefônica entre janeiro e fevereiro de 2022. A análise dos dados foi descritiva, usando frequências absolutas e relativas. **Resultados:** as crenças comportamentais positivas se concentraram em nutrição adequada para a mãe; crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê; prevenção e controle de doenças durante a gravidez; relaxamento e tranquilidade para a mãe; e controle e monitoramento da pressão arterial. Nas crenças normativas, a equipe de saúde, a mãe, o companheiro e os membros da família influenciam positivamente cada comportamento. Entre as crenças de controle, admite-se que visitar parentes promove a prática de exercícios; no nível nutricional, há o hábito de preparações com pouco sal; tanto o apoio familiar e social quanto o hábito e o gosto favorecem o consumo de frutas, verduras, legumes e carnes; a falta de hábito evita o consumo de gorduras, farinhas, açúcares, cafeína, álcool ou cigarros; a capacidade econômica favorece a ingestão de cálcio; tomar banho antes da gravidez promove o sono e o descanso; e ir a farmácias permite o controle da pressão arterial. **Conclusões:** a identificação das crenças relevantes nos permitiu demonstrar aquelas que precisam ser reforçadas, negociadas ou reestruturadas na obtenção de comportamentos de autocuidado diante de síndromes hipertensivas gestacionais.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Autocuidado; crenças; cultura; saúde materna; comportamentos relacionados com a saúde; hipertensão induzida pela gravidez; intenção; gestantes; teoria social.

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal (1), especialmente en países de ingresos bajos y medianos (2). Afectan alrededor del 10 % de los embarazos y representan el 14 % de las muertes maternas, por lo cual continúan siendo un importante problema de salud pública en el mundo (3). En Latinoamérica y el Caribe, los THE representan el 25,7 % de las muertes maternas (4), y en Colombia para el año 2021 fueron la primera causa de muerte materna directa, con un 14,6 % (5).

Estudios realizados en diferentes partes del mundo han buscado establecer la etiología exacta de los THE; sin embargo, aún es desconocida (3) y por tanto su predicción y prevención continúan siendo un desafío (6). En este sentido, a nivel internacional (6-9) y nacional (10) se han emitido guías para la práctica clínica orientadas a la prevención, detección y tratamiento de los THE. Entre las medidas preventivas, se establece la suplementación de calcio como la indicación con mayor nivel de evidencia y grado de recomendación (9,10). Sin embargo, a pesar de que se requiere mayor evidencia para realizar recomendaciones relacionadas con dieta, ejercicio, descanso (7), restricción del consumo de sal, alcohol, cigarrillo, y reducción de la carga de trabajo o estrés (9), estos son comportamientos de autocuidado que continúan siendo importantes en la mujer embarazada y su núcleo familiar.

La literatura sugiere que gran parte de las complicaciones relacionadas con los THE son el resultado de un bajo conocimiento, una actitud negativa y una falta de sensibilización de la mujer embarazada hacia la enfermedad y los comportamientos en salud (11). Ante esta problemática, una propuesta teórica como la teoría del comportamiento planificado (TPB por sus siglas en inglés) ha sido útil para entender, predecir y explicar el comportamiento humano. Según la teoría, el comportamiento está determinado por la intención, la cual a su vez está influenciada por tres determinantes (12). El primero de ellos es *la actitud*, que refleja el grado de evaluación favorable o desfavorable hacia un comportamiento. El segundo es *la norma subjetiva*, la cual se refiere a la presión de personas importantes para el sujeto que aprueban o desaprueban el comportamiento. Finalmente está *el control conductual percibido*, definido como la capacidad personal de controlar los factores que facilitan o dificultan realizar el comportamiento (12,13).

La TPB propone que, para predecir la intención, es indispensable establecer las creencias salientes que tienen las personas sobre el comportamiento de interés, es decir, aquellas que un individuo menciona con mayor frecuencia y que se consideran los determinantes de sus acciones. Los teóricos distinguen tres tipos de creencias salientes: 1) las conductuales, que inciden en las actitudes; 2) las normativas, que anteceden a las normas subjetivas; y 3) las creencias de control, que constituyen la base del control del comportamiento (12).

En el contexto del cuidado de la mujer embarazada, estudios (14-20) bajo el enfoque de la TPB han buscado metas conductuales orientadas a promover la salud y prevenir complicaciones durante el embarazo. Sin embargo, en Colombia y Latinoamérica aún es incipiente la investigación enfocada a establecer las creencias de las mujeres embarazadas ante los comportamientos de autocuidado frente a los THE, a la luz de la TPB. Por tal razón, resulta fundamental identificar las creencias que anteceden a los determinantes de la intención del comportamiento en las mujeres embarazadas. Además, precisar las creencias salientes constituye la primera fase del marco teórico para la construcción de instrumentos de medición y la planificación de intervenciones dirigidas a motivar la adquisición de comportamientos en salud (21).

Por consiguiente, el objetivo del presente estudio fue identificar las creencias salientes en la intención de comportamientos de autocuidado ante los trastornos hipertensivos por parte de la mujer embarazada.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo guiado por la TPB (12). Fue realizado entre enero y febrero de 2022, en una institución de salud pública de baja complejidad del municipio de Piedecuesta, Santander (Colombia).

Muestra

Teniendo en cuenta los criterios de la TPB adoptada en este estudio, se seleccionó una muestra de 25 participantes que permite determinar las creencias salientes sobre un comportamiento de interés (21). La población estuvo integrada por 289 mujeres inscritas en el programa de control prenatal, de las cuales 114 cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Los criterios de inclusión contemplaron mujeres embarazadas de edad igual o mayor a 18 años, inscritas en el programa de control prenatal de la institución de salud, con edad gestacional igual o menor a 28 semanas, y domicilio en zona urbana o rural. Se excluyeron mujeres embarazadas con limitaciones cognitivas, lingüísticas o auditivas que dificultaran la realización de la entrevista.

Instrumentos

El primer instrumento correspondió a una ficha que contenía preguntas sociodemográficas y clínicas para establecer la caracterización de las participantes.

El segundo instrumento incorporó un cuestionario por cada comportamiento de autocuidado, orientado a obtener las creen-

cias conductuales, normativas y de control asociadas a los THE. Los cuestionarios fueron contruidos y validados de acuerdo con la guía para construcción de cuestionarios de la TPB del propio autor de la teoría (22) y la guía publicada por Francis (23), siguiendo tres fases. La primera fase implicó identificar a partir de la revisión de la literatura científica y guías de práctica clínica los comportamientos de autocuidado ante los THE. Posterior al análisis de la información, se extrajeron los comportamientos en salud más relevantes ante la prevención o control del riesgo de los THE. Los comportamientos de interés incluyeron: 1) práctica de ejercicio; 2) patrón de sueño y periodos de descanso; 3) consumo de sal; 4) consumo de grasas, harinas y azúcares; 5) consumo de frutas, verduras y legumbres; 6) consumo de pescado, pollo y carnes rojas; 7) ingesta de bebidas con cafeína, alcohol, tabaco o cigarrillo; 8) consumo de suplemento de calcio; y 9) control de la tensión arterial.

En la segunda fase, siguiendo las recomendaciones de la TPB (12) y la página personal del autor (22), se definió cada comportamiento en términos de su objetivo, acción, contexto y tiempo, con el objetivo de conocer las ventajas y desventajas, los referentes positivos y negativos, y los factores que facilitan o dificultan llevar a cabo el comportamiento de autocuidado. De esta manera, cada uno de los nueve cuestionarios se estructuró con seis preguntas, dos para cada tipo de creencia, en formato de respuesta abierta (22,23). Las preguntas fueron diseñadas por los investigadores del estudio, tomando como referente ejemplos de los mismos autores de la TPB (22) y el estudio de Sousa *et al.* (21). Posteriormente, fueron verificadas por un lingüista y avaladas por un grupo de investigadores de la Universidad de Antioquia. La versión final de los instrumentos incorporó las recomendaciones emitidas por los expertos.

A continuación, se enuncian las preguntas formuladas para las creencias conductuales, normativas y de control, tomando como ejemplo la práctica de ejercicio en el embarazo. Para las creencias conductuales: en tu opinión, ¿cuáles son las ventajas de que hagas ejercicio al menos treinta minutos, cinco veces por semana en el próximo mes?, y ¿cuáles son las desventajas de que hagas ejercicio al menos treinta minutos, cinco veces por semana en el próximo mes? Para las creencias normativas: en tu opinión, ¿qué personas importantes para ti, aprobarían o creen que deberías hacer ejercicio al menos treinta minutos, cinco veces por semana en el próximo mes?, y ¿qué personas importantes para ti, desaprobaban o creen que no deberías hacer ejercicio al menos treinta minutos, cinco veces por semana en el próximo mes?. En las creencias de control: en tu opinión, ¿cuáles son los factores o circunstancias que te facilitarían o permitirían hacer ejercicio al menos treinta minutos, cinco veces por semana en el próximo mes?, y ¿cuáles son los factores o circunstancias que te dificultarían o impedirían hacer ejercicio al menos treinta minutos, cinco veces por semana en el próximo mes?

En la tercera fase, y siguiendo las directrices de la TPB (22) y la guía de Francis *et al.* (23), cada cuestionario fue sometido a una prueba

de validez semántica a partir de una entrevista individual con 5 mujeres embarazadas de la población objeto. Se solicitó que leyeran el instrumento e informaran alguna dificultad para entender la redacción de la pregunta. Cuando la participante manifestaba que no entendía o desconocía el significado de algún término, se le indicó que expresara lo que comprendía y se le propusieron otros términos que podrían reemplazar la palabra desconocida. Posteriormente, los investigadores consolidaron las observaciones emitidas por las participantes y a la luz de la conceptualización teórica se realizaron ajustes en la estructura semántica de algunas preguntas con un lingüista, con el propósito de mejorar la claridad y comprensión de cada una de los instrumentos. En síntesis, las gestantes manifestaron dificultad en la comprensión de los términos “suplemento”, “cafeína” y “tensión arterial”, los cuales fueron modificados por “tableta”, “bebidas cafeinadas” y “presión arterial”, respectivamente. Asimismo, se presentó confusión en la interpretación del término “dieta”, por lo cual fue eliminado.

Recolección de datos

Las participantes que cumplían con los criterios de inclusión se contactaron telefónicamente, se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria y consentimiento verbal. Las entrevistas se realizaron en forma telefónica por parte de una enfermera. Durante la entrevista, se diligenció la ficha de caracterización sociodemográfica y clínica, y el cuestionario de creencias salientes en la intención de comportamientos de autocuidado ante THE. La entrevista tomó entre 20 y 25 minutos, y las respuestas emitidas por las participantes se registraron en forma escrita durante el tiempo de la llamada telefónica. Cada participante respondió dos cuestionarios.

Análisis de datos

Para analizar la información obtenida se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. Las variables continuas se evaluaron con distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central. Las variables categóricas se analizaron a partir del cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales.

Las creencias de cada comportamiento de autocuidado fueron sometidas a un análisis temático, de acuerdo con las recomendaciones propuestas por la TPB (22,23). En primer lugar, dos investigadores analizaron de manera independiente el contenido de las respuestas de cada creencia y las etiquetaron en temas, según el criterio de similitud y frecuencia de emisión. Posteriormente, cada uno de los temas fue enumerado en orden, desde los que contenían las creencias salientes más mencionadas a

las menos mencionadas. Se adoptó como criterio que las creencias salientes fueran aquellas que tuvieran tres o más emisiones, es decir, creencias con un porcentaje de representatividad igual o mayor al 75% del total de las declaradas por las participantes, índice con el cual se logra dar una cobertura adecuada a las creencias de toda la población (23).

Consideraciones éticas

Esta investigación contó con el aval de la institución de salud y del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía (Acta No CEI-FE 2021-31). Además, se acogió a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud contempladas en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (24).

Resultados

En este estudio participaron 114 mujeres embarazadas, con una media de 24,63 años, edad gestacional máxima de 27,4 semanas, en su mayoría primigrávidas, residentes en el área urbana, en unión libre y pertenecientes al estrato socioeconómico 2 (bajo) según la clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (25). Detalles adicionales de la caracterización sociodemográfica y clínica de las participantes se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Caracterización del perfil sociodemográfico y clínico de las participantes del estudio. Piedecuesta, Santander, 2022

Variable	n= 114 (%)
Edad (años)	
Media - Mediana (DE - RIQ - Min - Máx.)	(24,63 - 24) (5,57 - 21 - 18 - 39)
Área de residencia	
Urbana	91 (79,82)
Rural	23 (20,17)
Estado civil	
Soltera	13 (11,40)
Unión libre	86 (75,43)
Casada	15 (13,15)
Escolaridad	
Primaria	8 (7,01)
Bachillerato	87 (76,31)
Técnica/Tecnología	13 (11,40)
Universitarios	6 (5,26)
Estrato socioeconómico	
1 bajo - bajo	41 (35,96)
2 bajo	51 (44,73)
3 medio - bajo	22 (19,29)

Variable	n= 114 (%)
Ocupación	
Hogar	74 (64,91)
Estudiante	9 (7,89)
Independiente	24 (21,05)
Empleada	7 (6,14)
Gestaciones	
1	48 (42,10)
2	42 (36,84)
3 o más	24 (21,05)
Partos	
0	74 (64,91)
1	29 (25,43)
2 o más	11 (9,64)
Cesáreas	
0	91 (79,82)
1	17 (14,91)
2	6 (5,26)
Abortos	
0	101 (88,59)
1	12 (10,52)
2	2 (1,75)
Edad gestacional (semanas)	
Media - Mediana (DE - RIQ - Min - Máx.)	19,02 - 18,60 (5,24-19,40 -8-27,40)

DE: Desviación estándar; RIQ: Rango intercuartílico; Min: Valor mínimo; Máx: Valor máximo

Fuente: elaboración propia

A continuación, se presenta la frecuencia y porcentaje de representatividad en que fueron emitidas las creencias conductuales, normativas y de control en cada uno de los nueve comportamientos de autocuidado ante los THE que fueron explorados en este estudio.

La tabla 2 describe las creencias conductuales salientes relacionadas con las ventajas y desventajas que las participantes perciben ante cada comportamiento de autocuidado. Las principales ventajas se enfocan en la adecuada nutrición de la madre, el sano crecimiento y desarrollo del bebé, la prevención y control de enfermedades durante el embarazo, y la relajación, el descanso y la tranquilidad de la madre y el bebé.

Frecuencia de creencias conductuales sobre los comportamientos de autocuidado ante los THE

Comportamiento de autocuidado	Ventajas	Fr (%)	Desventajas	Fr (%)
Ejercicio	Mejora la salud de la madre y el bebé	21 (32,30)	Ninguna desventaja	17 (62,96)
	Prepara para el parto	20 (30,76)	Genera cansancio, dolor y molestias abdominales	6 (22,22)
	Mejora el sistema respiratorio, circulatorio y osteomuscular	8 (12,30)	Genera exceso de fuerza o posturas inadecuadas	4 (14,81)
	Otras ventajas	16 (24,59)		
Total 65 (100) 27 (100)				
Creencias conductuales salientes 49 (75,36) 23 (85,18)				
Reducir el consumo de sal	Evita la presión arterial alta	14 (35)	Ninguna desventaja	18 (72)
	Evita enfermedades en la madre	10 (25)	Pérdida del sabor de los alimentos	4 (16)
	Promueve el desarrollo y bienestar del bebé	6 (15)	Pérdida de apetito o gusto por los alimentos	1 (4)
	Otras ventajas	10 (30)	Otras desventajas	2 (8)
Total 40 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 30 (75) 22 (88)				
Consumo de frutas, verduras y legumbres	Aporta vitaminas y minerales que promueven en el sano crecimiento y desarrollo del bebé	27 (51,92)	Ninguna desventaja	25 (100)
	Evita enfermedades y contribuye en la salud de la madre	12 (23,07)		
	Contribuye a mantener una alimentación saludable	8 (15,38)		
	Otras ventajas	5 (9,6)		
Total 52 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 39 (74,99) 25 (100)				
Consumo de pescado, pollo y carnes rojas	Aporta vitaminas, minerales y proteínas en la nutrición del bebé	22(42,30)	Ninguna desventaja	20 (80)
	Promueve el crecimiento del bebé	9 (17,30)	Otras desventajas	5 (20)
	Promueve adecuada nutrición en la madre	8 (15,38)		
	Otras ventajas	13 (24,98)		
Total 52 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 39 (74,98) 20 (80)				

Comportamiento de autocuidado	Ventajas	Fr (%)	Desventajas	Fr (%)
Ingesta de calcio	Promueve el crecimiento, desarrollo y bienestar del bebé	25 (55,55)	Ninguna desventaja	19 (76)
	Suplemento nutricional para la madre y el bebé	8 (17,77)	Incrementa las náuseas y agrieras	2 (8)
	Evita descalcificación dental y ósea en la madre	6 (13,32)	Otras desventajas	4 (16)
	Otras ventajas	6 (13,32)		
Total 45 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 39 (86,64) 19 (76)				
Reducir el consumo de grasas, harinas y azúcares	Evita problemas en la salud de la madre (diabetes e hipertensión)	25 (41,66)	Ninguna desventaja	25 (100)
	Promueve el crecimiento, desarrollo y bienestar del bebé	16 (26,66)		
	Mantiene un peso saludable en la madre	9 (15)		
	Evita complicaciones en el parto	3 (5)		
	Otras ventajas	7 (11,66)		
Total 60 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 50 (83,32) 25 (100)				
Evitar el consumo de bebidas cafeinadas, alcohol, tabaco o cigarrillo	Evita malformaciones y promueve el crecimiento y desarrollo del bebé	18 (58,06)	Ninguna desventaja	25 (100)
	Contribuye a mantener la salud de la madre	11 (35,48)		
	Evita la presión arterial alta	2 (6,45)		
Total 31(100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 29 (93,54) 25 (100)				
Sueño y descanso	Favorece el descanso, la relajación y la tranquilidad de la madre	17 (33,33)	Ninguna desventaja	25(100)
	Contribuye al desarrollo, descanso y relajación del bebé	16 (31,37)		
	Mejora el humor y el nivel de energía en la madre	8 (15,68)		
	Disminuye el nivel de estrés en la madre	4 (7,84)		
	Otras ventajas	6 (19,6)		
Total 51 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 41 (80,38) 25 (100)				

Comportamiento de autocuidado	Ventajas	Fr (%)	Desventajas	Fr (%)
Control de la presión arterial	Permite controlar los niveles de presión arterial	18 (48,64)	Ninguna desventaja	25 (100)
	Facilita el control y seguimiento de la salud de la madre y el bebé	14 (37,83)		
	Previene complicaciones en el embarazo	3 (8,10)		
	Desconoce ventajas de realizar control de la presión arterial	2 (5,40)		
Total 37 (100) 25 (100)				
Creencias conductuales salientes 22 (86,47) 25 (100)				

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3 se presentan las creencias normativas salientes relacionadas con los referentes positivos o negativos, es decir, las personas que son significativas para las participantes y que consideran que deben o no llevar a cabo cada uno de los comportamientos de autocuidado ante los THE. En este tipo de creencias, el personal de salud, la madre, la pareja o esposo y otros familiares (hermanas, tías, abuelas y suegras) son referentes positivos que ejercen mayor influencia en la mujer para adquirir, cambiar o eliminar comportamientos de autocuidado ante los THE.

Tabla 3.

Frecuencia de creencias normativas sobre los comportamientos de autocuidado ante los THE

Comportamiento de Autocuidado	Referentes positivos	Fr (%)	Referentes negativos	Fr (%)
Ejercicio	Madre	12 (28,57)	Ninguna persona	19 (73,07)
	Esposo/pareja	10 (23,80)	Otros familiares	4 (15,37)
	Ninguna persona	8 (19,04)	Otros referentes	3 (11,53)
	Otros familiares	6 (14,28)		
	Otros referentes	6 (14,28)		
Total 42 (100) 26 (100)				
Creencias normativas salientes 36 (85,69) 23 (88,44)				
Reducir el consumo de sal	Madre	11 (26,82)	Ninguna persona	24 (96)
	Otros familiares	10 (24,39)	Otros familiares	1 (4)
	Personal de salud	7 (17,07)		
	Ninguna persona	7 (17,07)		
	Otros referentes	6 (14,62)		
Total 41 (100) 25 (100)				
Creencias normativas salientes 35 (85,35) 24 (96)				
Consumo de frutas, verduras y legumbres	Personal de salud	17 (26,56)	Ninguna persona	24 (96)
	Madre	17 (26,56)	Otros referentes	1 (4)
	Otros familiares	14 (21,87)		
	Esposo/pareja	11 (17,18)		
	Otros referentes	5 (7,8)		
Total 64 (100) 25 (100)				

Comportamiento de Autocuidado	Referentes positivos	Fr (%)	Referentes negativos	Fr (%)
Creencias normativas salientes 48 (74,99) 24 (96)				
Consumo de pescado, pollo y carnes rojas	Personal de salud	17 (30,35)	Ninguna persona	22 (88)
	Madre	14 (25)	Otros referentes	3 (12)
	Esposo/pareja	12 (21,42)		
	Otros familiares	11 (19,64)		
	Ninguna persona	2 (3,57)		
Total 56 (100) 25 (100)				
Creencias normativas salientes 43 (76,77) 22 (88)				
Ingesta de calcio	Esposo/pareja	12 (26,66)	Ninguna persona	22 (84,61)
	Madre	11 (24,44)	Otros familiares	2 (7,69)
	Personal de salud	10 (22,22)	Otros referentes	2 (7,69)
	Otros familiares	5 (11,11)		
	Otros referentes	7 (15,54)		
Total 45 (100) 26 (100)				
Creencias normativas salientes 38 (84,43) 22 (84,61)				
Reducir el consumo de grasas, harinas y azúcares	Personal de salud	15 (30)	Ninguna persona	23 (92)
	Madre	11 (22)	Otros familiares	1 (4)
	Esposo/pareja	9 (18)	Otros referentes	1 (4)
	Otros familiares	6 (12)		
	Otros referentes	9 (18)		
Total 50 (100) 25 (100)				
Creencias normativas salientes 41 (82) 23 (92)				
Evitar el consumo de bebidas cafeinadas, alcohol, tabaco o cigarrillo	Personal de salud	12 (23,07)	Ninguna persona	21 (84)
	Esposo/pareja	11 (21,15)	Otros referentes	3 (12)
	Madre	10 (19,22)	Otros familiares	1 (4)
	Otros familiares	9 (17,30)		
	Otros referentes	6 (11,52)		
	Ninguna persona	4 (7,69)		
Total 52 (100) 25 (100)				
Creencias normativas salientes 42 (80,74) 21 (84)				
Sueño y descanso	Esposo/pareja	14 (31,11)	Ninguna persona	23 (92)
	Madre	10 (22,22)	Madre	1 (4)
	Otros familiares	10 (22,22)	Otros familiares	1 (4)
	Ninguna persona	6 (13,33)		
	Otros referentes	5 (11,1)		
Total 45 (100) 25 (100)				
Creencias normativas salientes 24 (75,55) 23 (92)				
Control de la presión arterial	Ninguna persona	21 (70)	Ninguna persona	23 (92)
	Otros familiares	5 (16,66)	Otros referentes	2 (8)
	Madre	2 (6,66)		
	Esposo/pareja	2 (6,66)		
Total 30 (100) 25 (100)				
Creencias normativas salientes 26 (86,66) 23 (92)				

La tabla 4 describe las creencias de control salientes relacionadas con los factores que facilitan o dificultan realizar cada uno de los comportamientos de autocuidado ante los THE. La creencia de control que más facilita realizar ejercicio durante el embarazo corresponde a caminar cuando visitan familiares o amigos. A nivel nutricional, la preparación de los alimentos con bajo contenido de sal, el apoyo social y familiar con la compra u ofrecimiento de frutas, verduras y legumbres, el gusto por el consumo de carnes, y la capacidad económica para adquirir el calcio son factores que facilitan estos comportamientos. Asimismo, la falta de hábito o gusto por el consumo de grasas, harinas, azúcares, bebidas con cafeína, alcohólicas y tabaco o cigarrillo son factores que evitan este tipo de comportamientos. El patrón de sueño y descanso mejora al tomar una ducha previa, y el deseo frecuente de micción se convierte en una barrera. La asistencia a una farmacia posibilita realizar un control periódico de la presión arterial.

Tabla 4.

Frecuencia de creencias de control sobre los comportamientos de autocuidado ante los THE

Comportamiento de autocuidado	Factores facilitadores	Fr (%)	Factores que dificultan	Fr (%)
Ejercicio	Realizar visitas a familiares y amigos	7 (16,27)	Dolor	8 (24,24)
	Caminar en compañía de familiares	6 (13,95)	Ningún factor	7 (21,21)
	Acompañar los hijos al colegio	6 (13,95)	Molestias en el embarazo	6 (18,18)
	Disponer de parques y espacios deportivos	5 (11,62)	Recomendación médica	5 (15,15)
	Pasear mascotas	4 (9,30)	Otros factores	7 (21,21)
	Asistir a diferentes lugares	4 (9,30)		
	Condiciones del trabajo/hogar	3 (6,97)		
	Otros factores	8 (18,59)		
Total 43 (100) 33 (100)				
Creencias de control salientes 35 (81,36) 26 (78,78)				
Reducir el consumo de sal	Preparaciones bajas en sal	18 (46,15)	Ningún factor	25 (100)
	Hábito de consumir bajo en sal	6 (15,38)		
	Diagnóstico de presión arterial alta en el embarazo o antecedentes de THE	5 (12,82)		
	Antecedentes familiares de presión arterial alta	3 (7,69)		
	Otros factores	7 (17,92)		
Total 39 (100) 25 (100)				
Creencias de control salientes 32 (82,04) 25 (100)				

Comportamiento de autocuidado	Factores facilitadores	Fr (%)	Factores que dificultan	Fr (%)
Consumo de frutas, verduras y legumbres	Apoyo de familiares y amigos en su compra u ofrecimiento	10 (20,40)	Ningún factor	16 (55,17)
	Compra por parte del esposo/ pareja	9 (18,36)	Factor económico	9 (31,03)
	Hábito y gusto por su consumo	9 (18,36)	Intolerancia	3 (10,34)
	Facilidad de compra	6 (12,24)	Falta de disponibilidad de frutas o verduras en el supermercado	1 (3,44)
	Preparaciones de los alimentos por parte de la madre o suegra	3 (6,12)		
	Otros factores	12 (24,48)		
Total 49 (100) 29 (100)				
Creencias de control salientes 37 (75,48) 25 (86,20)				
Consumo de pescado, pollo y carnes rojas	Gusto por su consumo	9 (24,32)	Ningún factor	9 (30)
	Factor económico para su compra	9 (24,32)	Factor económico	7 (23,33)
	Compra por parte del esposo/ pareja	9 (24,32)	Aversión en su consumo	7 (23,33)
	Hábito de su consumo en la dieta	5 (13,51)	Otros factores	7 (23,33)
	Otros factores	5 (13,51)		
Total 37(100) 30 (100)				
Creencias de control salientes 32 (86,47) 23 (76,66)				
Ingesta de calcio	Factor económico para su compra	12 (30)	Ningún factor	9 (29,03)
	El bienestar del bebé	10 (25)	Falta de entrega hospitalaria	8 (25,80)
	Entrega por la institución de salud	6 (15)	Olvidos en la toma	6 (19,35)
	Horario estricto para la toma	5 (12,5)	Problemas de salud	4 (12,90)
	Recordatorio por parte familiares para la toma	3 (7,5)	Otros factores	4 (12,89)
	Otros factores	4 (10)		
Total 40 (100) 31 (100)				
Creencias de control salientes 33(82,5) 27 (87,08)				
Reducir el consumo de grasas, harinas y azúcares	Hábito de evitar el consumo	10 (27,02)	Ningún factor	15 (60)
	El bienestar del bebé	6 (16,21)	Antojos del embarazo	5 (20)
	Aversión a su consumo	5 (13,51)	Capacidad de compra	2 (8)
	Recomendación médica o de familiares	4 (10,81)	Otros factores	2 (8)
	Antecedentes o alteración del examen de glucosa	4 (10,81)	Costumbre de su consumo	1(4)
	Otros factores	8 (21,60)		
Total 37 (100) 25 (100)				
Creencias de control salientes 29 (78,36) 20 (80)				

Comportamiento de autocuidado	Factores facilitadores	Fr (%)	Factores que dificultan	Fr (%)
Evitar consumo de bebidas cafeinadas, alcohol, tabaco o cigarrillo	Hábito de no consumo	25 (55,55)	Ningún factor	24 (96)
	El bienestar del bebé	12 (26,66)	Antojos al café	1 (4)
	Generar insomnio, cefalea, náuseas y vómitos	6 (13,33)		
	Otros factores	2 (4,44)		
Total 45 (100) 25 (100)				
Creencias de control salientes 37 (82,21) 24 (96)				
Sueño y descanso	Tomar una ducha antes de dormir	12 (21,42)	Deseos de micción frecuente	14 (25)
	Hábito de dormir temprano	8 (14,28)	Molestias del embarazo	9 (16,07)
	Realizar actividades que favorezcan el sueño y descanso	7 (12,5)	Incomodidad del abdomen	5 (8,92)
	La sensación de cansancio	6 (10,71)	Preocupaciones y estrés	6 (10,71)
	Aumento de sueño en el embarazo	4 (7,14)	Cuidado de los hijos	6 (10,71)
	Evitar actividades que limitan el sueño	4 (7,14)	Levantarse temprano	4 (7,14)
	Apoyo de la pareja	3 (5,35)	Insomnio	4 (7,14)
	Rutina de descansar en el día	3 (5,35)	Otros factores	8 (14,27)
	Otros factores	9 (16,05)		
Total 56 (100) 56 (100)				
Creencias de control salientes 44 (78,54) 44 (78,55)				
Control de la presión arterial	Asistir a una farmacia	16 (40)	Ningún factor	11 (40,74)
	Familiar o conocido que realice la toma de la presión arterial	7 (17,5)	Largas distancias a institución de salud o farmacia	8 (29,62)
	Bajo costo de la toma	5 (12,5)	Falta de tiempo, ocupaciones y olvidos	5 (18,51)
	Disponer de tensiómetro en casa	3 (7,5)	Otros factores	3 (11,10)
	Otros factores	9 (22,5)		
Total 40 (100) 27 (100)				
Creencias de control salientes 31 (77,5) 24 (88,87)				

Fuente: elaboración propia

Discusión

La TPB plantea que el comportamiento humano es una conducta razonada o planeada, debido a que es consistente con las creencias de la persona (26). En este sentido, se puede afirmar que, a través de las creencias conductuales las personas ponderan las consecuencias de una acción futura, en términos de favorabilidad o desfavorabilidad (21).

Las creencias conductuales relacionadas con el ejercicio destacan como mayor ventaja el mejoramiento de la salud de la madre y el bebé durante el embarazo. Aunque este resultado es coherente, existe una

percepción limitada de los beneficios del ejercicio sobre el control de la presión arterial, hallazgo que puede estar relacionado no solo con el desconocimiento causal de estos trastornos en la población obstétrica (27), sino también con la falta de información de la mujer y de conocimiento por parte del personal de salud de los efectos del ejercicio durante el embarazo, lo que hace que no se imparta este tipo de recomendación y que pocas mujeres embarazadas se beneficien de esta conducta (28). El ejercicio ha sido considerado una estrategia no farmacológica importante para reducir el riesgo de padecer THE (27). Los hallazgos de una revisión sistemática y de metaanálisis demostraron el efecto beneficioso del ejercicio aeróbico, de fuerza y flexibilidad (OR = 0,50; IC del 95 %: 0,33 a 0,75; $p = 0,001$), o del yoga (OR = 0,28; IC del 95 %: 0,13 a 0,58; $p = 0,001$) en la prevención o reducción del riesgo de desarrollar THE (29). Actualmente, las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) sugieren que toda mujer en embarazo o en periodo de posparto debe llevar a cabo ejercicio con intensidad moderada durante treinta minutos o más al día, cinco o más días a la semana (30). Entre las creencias conductuales negativas, la mayoría de las participantes no refieren desventajas en cuanto al ejercicio durante el embarazo; solo para algunas esta práctica genera sensación de cansancio, dolor, molestias abdominales, además del uso de fuerza y posturas inadecuadas. Al respecto, la ACOG describe que el ejercicio contribuye a disminuir el dolor corporal, lumbar y ciático en la embarazada. Además, recomienda motivar a las mujeres con embarazos sin complicaciones a realizar ejercicios aeróbicos y de fuerza antes, durante y después del embarazo (30).

En los comportamientos nutricionales, la disminución del consumo de sal contribuye a evitar la presión arterial alta y las enfermedades en la madre. Aunque según las guías de práctica clínica no hay suficiente evidencia que demuestre que la reducción de la sal en la dieta ayude a tratar o prevenir la hipertensión durante el embarazo (7-9), la restricción puede ser beneficiosa para mujeres embarazadas normotensas con trastornos metabólicos u obesidad, o con diagnóstico de hipertensión crónica (31). Las creencias desfavorables frente a este comportamiento se relacionan con la pérdida del sabor, el apetito y el gusto por los alimentos. Estos hallazgos son similares a los descritos por Sousa *et al.* (21), en los que resalta que los cambios en la palatabilidad de los alimentos asociados al uso de sal en la preparación de las comidas se configuran como aspectos negativos para la reducción de su consumo.

En el consumo de frutas, verduras, legumbres y carnes sobresale como creencia favorable el aporte de vitaminas y minerales que contribuyen con el adecuado crecimiento y desarrollo del bebé, y con la nutrición y salud de la madre. Estudios han encontrado que el consumo de frutas, verduras y legumbres se relaciona positivamente con el peso y tamaño de los recién nacidos (32). Igualmente, los alimentos de origen animal son una fuente de hierro, proteínas y vitaminas que contribuyen no solo a evitar

enfermedades maternas, sino que por su alto valor nutritivo influyen en el desarrollo y protección del bebé (33).

Por otra parte, las participantes de este estudio no describieron la importancia del consumo de frutas, verduras y legumbres en el control del peso en el embarazo. Al respecto, se ha descrito que una ganancia de peso gestacional superior a la recomendada incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas como la hipertensión. Por lo tanto, un correcto control prenatal, una clasificación nutricional adecuada, las indicaciones apropiadas del personal de salud y la elaboración de una dieta son estrategias claves para alcanzar un régimen alimenticio en la embarazada que permita evitar un excesivo incremento de peso y reduzca el riesgo de desarrollar THE (34).

Asimismo, las mujeres de este estudio consideran que reducir el consumo de grasas, harinas y azúcares evitaría problemas de diabetes, presión arterial alta y sobrepeso materno, y promovería un sano crecimiento y desarrollo en el bebé. Estas creencias están en relación con la evidencia científica, en la que se ha identificado que las dietas maternas con una ingesta elevada de energía se asocian con mayor riesgo de hipertensión, diabetes gestacional, aumento de peso materno, macrosomía y partos por cesárea (35).

Las creencias favorables de la ingesta de calcio en el embarazo están relacionadas con el crecimiento, desarrollo y bienestar del bebé, y con su valor como suplemento nutricional en la madre y el bebé, que evita descalcificación dental y del sistema óseo de la madre. Aunque estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura, existe desconocimiento de la función del calcio en la reducción del riesgo de THE. Una revisión de Cochrane ha concluido que existe suficiente evidencia para demostrar que la suplementación de calcio (≥ 1 g/día) se asocia de manera significativa con la reducción del riesgo de preeclampsia y otras enfermedades hipertensivas del embarazo, particularmente en mujeres con dietas bajas en este mineral (36).

Entre las ventajas de evitar el consumo de bebidas con cafeína, alcohol, tabaco o cigarrillo, se destacan creencias como prevenir malformaciones y promover el sano crecimiento y desarrollo del bebé, mantener la salud de la madre y evitar la presión arterial alta. Existe evidencia de que la exposición prenatal al alcohol, el tabaco y la cafeína tiene efectos adversos en la salud de la mujer embarazada, el feto y recién nacido (37,38). En relación con el desarrollo de THE, una revisión sistemática sugirió asociación entre el alcohol y la preeclampsia, con una prevalencia del 13 %, pero ninguno de los estudios incluidos reportó el consumo de tabaco como factor de riesgo (39). Igualmente, Kawanishi *et al.* (40) demostraron que un consumo de 131 mg/día de cafeína, valor muy por debajo de las cantidades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (300 mg/día), se asoció con mayor riesgo de THE (OR=1,35; IC del 95 %: 1,99 a 1,52; $p = 0,001$).

El sueño y los periodos de descanso durante el embarazo son referenciados como comportamientos que favorecen la relajación y

tranquilidad de la madre y el bebé. Sin embargo, existe falta de conocimiento de la importancia de la calidad del sueño y los resultados del embarazo. Estudios sugieren que las mujeres embarazadas son una población con un riesgo mayor de trastornos del sueño, tales como la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas y el insomnio (41). Al respecto, los hallazgos de Sharma *et al.* (42) indicaron que la falta o fragmentación del sueño pueden predisponer a las mujeres embarazadas a varios resultados adversos, como la hipertensión gestacional y un parto por cesárea.

Finalmente, en las creencias conductuales, el control de la presión arterial es referenciado como un comportamiento que permite vigilar las cifras tensionales, realizar control y seguimiento de la salud de la madre y del bebé, y prevenir complicaciones en el embarazo. Aunque el monitoreo de la presión arterial no tiene ningún papel en la prevención de los THE, sí resulta útil en determinar alteraciones de los parámetros considerados normales y en la detección temprana de THE.

En cuanto a las creencias normativas, los hallazgos resaltan que el personal de salud, la madre, el esposo o pareja y otros familiares son referentes que podrían influir en la motivación de la embarazada para llevar a cabo un comportamiento de autocuidado ante los THE. En tal sentido, Malta *et al.* (43) describen que las mujeres mantienen contacto frecuente con médicos y enfermeras durante las visitas prenatales. Por lo tanto, estos profesionales, como proveedores de conocimiento, prácticas y apoyo, desempeñan un papel relevante en la promoción de cambios de comportamiento en salud. En el contexto familiar, la evidencia ha demostrado que cuando la pareja, madre y familiares cercanos están involucrados en el embarazo, es más probable que la mujer acceda oportunamente a los programas de atención prenatal, evite comportamientos nocivos para la salud y desarrolle acciones de autocuidado, componentes que se asocian con mejores resultados en salud materno perinatal (44,45).

En las creencias de control, es evidente que realizar visitas a otras personas, salir a caminar en compañía de la pareja o familiares y llevar los hijos al colegio son factores que facilitan el ejercicio en el embarazo. Estos hallazgos destacan que existe una relación de dependencia entre las participantes y sus referentes sociales, la cual contribuye en la adquisición de conductas en salud durante el embarazo que lograrían promover resultados óptimos en la salud y bienestar de la madre y el bebé (44).

A nivel nutricional, la preparación de los alimentos con escaso contenido de sal y el hábito de su bajo consumo para evitar enfermedades en la madre y en el bebé son creencias facilitadoras del comportamiento. En efecto, el conocimiento de las madres sobre los beneficios de la reducción de sal en el embarazo y las estrategias para hacerlo pueden ayudar a reducir su consumo (46). El consumo de frutas, verduras, legumbres y carnes se ve favorecida por el apoyo de familiares y amigos, la compra por

parte de la pareja, y el hábito y gusto por su consumo. Al respecto, el estudio de Hromi *et al.* (47) demostró que el apoyo social, conyugal y familiar es la principal fuente que impulsa comportamientos alimentarios saludables, especialmente el consumo de frutas y verduras. Asimismo, Asiabar *et al.* (48) informaron que la pareja suele ser la fuente de apoyo financiero en la familia y, por lo tanto, tienen un papel importante en el abastecimiento de alimentos. Además, se ha descrito que el apoyo social influye directamente en la autoeficacia percibida de la mujer embarazada, favoreciendo el acceso, las preferencias, el conocimiento y las estrategias necesarias para incrementar el consumo de este tipo de alimentos (47).

Por otra parte, las creencias que contribuyen a disminuir comportamientos nutricionales no saludables en el embarazo resaltan el hábito de evitar el consumo de grasas, harinas y azúcares, la aversión a las comidas, la no existencia del hábito o gusto por bebidas con cafeína, alcohólicas o cigarrillos, son formas de promover el bienestar del bebé y evitar problemas en la salud de la madre. Estas creencias son consistentes con los hallazgos de Forbes *et al.* (49), para quienes las razones más comunes de las mujeres para disminuir o eliminar la ingesta de este tipo de alimentos incluyen la salud del bebé, la preocupación por su propia salud, las aversiones, las náuseas y la intención de cumplir con las recomendaciones dietéticas transmitidas por los profesionales de la salud.

En relación al consumo del suplemento de calcio, las participantes describen como mayores facilitadores pensar en el bienestar del bebé, la entrega por parte de la institución de salud o la capacidad económica para comprarlo. Según un estudio realizado en Bangladesh, la suplementación con calcio durante el embarazo depende de factores como el conocimiento materno, el apoyo del esposo o pareja, el recordatorio de los miembros del hogar para la toma, el inicio temprano y un mayor número de las visitas prenatales, así como con la recepción gratuita por parte de los servicios de salud (50).

Las creencias de control asociadas al sueño y el descanso se orientan al hábito de tomar una ducha previa, dormir temprano y realizar actividades que favorezcan el sueño y el descanso. Las actividades descritas coinciden con los hallazgos de Hashmi *et al.* (51), quienes destacan que durante el embarazo se deben practicar estrategias que mejoren la calidad del sueño, entre ellas, establecer un mismo horario de dormir y despertar todos los días, tomar un baño tibio y realizar actividades que no sean estimulantes, como tejer, leer un libro, etc. Asimismo, las participantes describen creencias que interfieren en la duración y calidad del sueño también identificadas en la literatura, como la polaquiuria, las molestias causadas por el dolor de espalda, los movimientos fetales y la incomodidad del abdomen (51).

Por último, se identifican como creencias facilitadoras de la toma de la presión arterial la asistencia a una farmacia cercana, la medición por parte de un familiar o conocido y el bajo costo que conlleva el procedimiento. Los hallazgos de Tucker *et al.* (52) describen que las mujeres embarazadas se sienten satisfechas de realizar seguimien-

to de la presión arterial en forma de autocontrol o ambulatoria, y por lo tanto, es factible que las creencias manifestadas por las participantes de este estudio contribuyan de manera positiva en este comportamiento.

En las implicaciones para la práctica de enfermería, los hallazgos plantean la necesidad fortalecer el conocimiento y las acciones de autocuidado de la mujer embarazada ante los THE, a través de la educación en la consulta prenatal o mediante el desarrollo de intervenciones o programas educativos en salud, que promuevan una actitud positiva, involucren un mayor apoyo social o familiar y que fortalezcan en la embarazada el reconocimiento y control de sus propios recursos y capacidades, así como de su motivación para desarrollar comportamientos en salud ante THE. Además, la identificación de las creencias salientes apoyará la construcción de instrumentos que permitan medir las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido, como determinantes claves en la intención de comportamientos de autocuidado de la mujer ante los THE.

Este estudio reconoce como una de sus limitaciones la falta de mayor número de respuestas a las preguntas formuladas que aportarían una mejor comprensión del fenómeno, lo cual pudo ser debido a la forma de recolección de la información o a la negativa de responder en profundidad por parte de las participantes. Una siguiente limitación corresponde a la realización del estudio en un solo entorno, lo cual conlleva a realizar nuevas investigaciones en diferentes regiones de Colombia, reconociendo la pluralidad cultural, la diversidad nutricional y los hábitos en el estilo de vida de las mujeres embarazadas, a fin de ampliar, ratificar o refutar los hallazgos de este estudio, ya que se trata de comportamientos de cuidado en la etapa prenatal que están sujetos a influencias del contexto cultural y social en el que vive la embarazada, no siendo posible generalizar los hallazgos.

Conclusión

Los resultados de este estudio revelaron las creencias salientes conductuales, normativas y de control de las mujeres embarazadas ante los comportamientos de autocuidado relacionados con los THE. En las creencias conductuales existen ventajas que se deben preservar, reforzar o modificar en la prevención o control el riesgo de THE, así como desventajas que requieren ser corregidas. Por otra parte, el personal de salud, la madre, la pareja o esposo y otros familiares son referentes que ejercen una fuerte influencia en el logro del comportamiento de autocuidado esperado. Finalmente, se identificaron factores facilitadores del comportamiento, y otros que influyen en forma negativa, factibles de negociar o reestructurar con el objetivo de alcanzar comportamientos en salud que fortalezcan en el cuidado de la salud materno perinatal ante el riesgo de THE.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

- Wang W, Xie X, Yuan T, Wang T, Zhao F, Zhou Z, et al. Epidemiological trends of maternal hypertensive disorders of pregnancy at the global, regional, and national levels: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:364. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03809-2>
- Lazo L, Toledo L, Badner A, Barriga J, Castro M, Euser A, et al. ACOG and local diagnostic criteria for hypertensive disorders of pregnancy (HDP) in La Paz-El Alto, Bolivia: A retrospective case-control study. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2022;9:100194. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100194>
- Kahsay H, Gashe F, Ayele W. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among mothers in Tigray region, Ethiopia: Matched case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):482–492. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2106-5>
- Rojas L, Rojas L, Villagómez M, Rojas A, Rojas A. Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Rev. Eugenio Espejo*. 2019;13(2):79–91. <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín epidemiológico Semanal (BES). Semana Epidemiológica 52; 2021. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemiologico.aspx>
- Poon L, Shennan A, Hyett J, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145(S1):1–33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management; 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
- Mounier C, Amar J, Boivin J, Denolle T, Fauvel J, Plu G, et al. Hypertension and pregnancy: expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology. *Fundam Clin Pharmacol*. 2016;31(1):83–103. <https://doi.org/10.1111/fcp.12254>
- Magee L, Pels A, Helewa M, Rey E, Von Dadelszen P. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(5):416–438. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30588-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30588-0)
- Ministerio de Seguridad y Protección Social, Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para uso de profesionales de Salud. Guías No 11- 15. Bogotá: Colombia; 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guía.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
- Ouasmani F, Engeltjes B, Haddou Rahou B, Belayachi O, Verhoeven C. Knowledge of hypertensive disorders in pregnancy of Moroccan women in Morocco and in the Netherlands: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):344–455. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1980-1>
- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Guzmán F, García B, Rodríguez L, Alonso M. Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontiera norte*. 2014;26(51):53–74. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722014000100003&lng=es&tlng=es
- Farzaneh Z, Asadollahi Z, Asadpour M, Rahaei Z, Sardari F, Rezaeian M. The Effect of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior in Promotion of Oral Health Behaviors in Pregnant Women of Rafsanjan City, Kerman, Irán. *JCHR*. 2021;10(1):12–21. <https://doi.org/10.18502/jchr.v10i1.5827>
- Jalambadani Z, Borji A, Delkosh M. The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Iron Supplementation among Pregnant Women. *Korean J Fam Med*. 2018;39(6):370–374. <https://doi.org/10.4082/kjfm.17.014>
- Moradpour S, Shahnazi H, Hassanzadeh A. The effect of behavior-based planned education theory on the adoption of urinary tract infection prevention behavior in pregnant women: a randomized controlled trial. *Research Square*; 2020. Preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-52176/v1>
- Mohammadi Z, Pakpour A, Mohammadi Z. Effectiveness of educational intervention on exclusive breast feeding in primipara women: application of planned behavior theory. *RJMS*. 2015;21(127):12–23. <http://rjms.iuims.ac.ir/article-1-3469-en.html>
- Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, Wan H. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women Birth*. 2017;30(2):146–152. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.011>
- Ghaffari M, Rakhshanderou S, Harooni J, Mehrabi Y, Ebrahimi A. Prenatal Interventional Program about Mothers' Behavior Related to Exclusive Breast Feeding: Findings of Planned Behavior Theory-Based Research. *J Lifestyle Med*. 2019;9(2):143–149. <https://dx.doi.org/10.15280/jlm.2019.9.2.143>
- El Sayed H, Said S, Mohy H, Emam A. Efficacy of an Intervention Based on Theory of Planned Behavior on Self-Care Management among Women with Pregnancy Induced Hypertension. *J Nurs Heal Sci*. 2020;9(1):7–20. <https://doi.org/10.9790/1959-0901030720>
- Sousa M, Gouveia B, Almeida T, Freire M, Sousa Oliveira S. Crenças de pessoas com insuficiência cardíaca relacionadas à ingestão de sal. *Rev. Enferm UERJ*. 2019; 27:e44197. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.44197>
- Ajzen. Constructing a theory of planned behavior questionnaire. <https://people.umass.edu/aizen/tpb.html>
- Francis J, Eccles M, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior: A manual for health services researchers. Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne; 2004. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/1735/>
- Ministerio de Salud. Resolución Número 008430: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. Bogotá, Colombia; 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estratificación Socioeconómica – Preguntas frecuentes. Bogotá: DANE; 2021. <https://www.dane.gov.co/index.php/116-espanol/informacion-georreferenciada/2421-estratificacion-socioeconomica-preguntas-frecuentes>
- Hernández E, Salazar M, Vacio M, Rodríguez S. Instrumento para evaluar la intención de niños mexicanos para consumir bebidas alcohólicas desde la Teoría de la Conducta Planeada. *Univ Psychol*. 2017;16(2):80–89. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-2.iein>
- Sánchez S, Sánchez A, Castro J. Programa de entrenamiento óptimo durante el embarazo en la prevención de la hipertensión gestacional y preeclampsia: una revisión sistemática. *Arch Med Deporte*. 2021;38(2):127–135. <https://doi.org/10.18176/archmed-deporte.00036>

28. Montes A, Sánchez J, Merino E, Molina E, Rodríguez R. El ejercicio físico en el embarazo y/o el posparto frente a la fatiga percibida. *JONNPR*. 2020;5(3):329-346. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.2916>
29. Danielli M, Gillies C, Thomas R, Melford S, Baker P, Yates T, et al. Effects of Supervised Exercise on the Development of Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(1):793. <https://doi.org/10.3390/jcm11030793>
30. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstet Gynecol*. 2020;135(4):e178-e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
31. Asayama K, Yutaka I. The impact of salt intake during and after pregnancy. *Hypertens Res*. 2018;41(1):1-5. <https://doi.org/10.1038/hr.2017.90>
32. Martínez J, Amezcua C, Salcedo I, González G, Bueno A, Delgado M. Maternal dietary consumption of legumes, vegetables and fruit during pregnancy, does it protect against small for gestational age? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):486. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2123-4>
33. Quintana M. Beneficios y barreras al consumo de alimentos de origen animal percibidos por gestantes de diferente nivel socioeconómico en Lima. *An. Fac. med*. 2016;77(4):351-356. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000400006&script=sci_abstract
34. Minjarez M, Rincón I, Morales Y, Espinosa M, Zárate A, Hernández M. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol. Reprod. Hum*. 2014;28(3):159-166. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007&lng=es
35. Lowensohn R, Stadler D, Naze C. Current Concepts of Maternal Nutrition. *Obstet Gynecol Surv*. 2016;71(7):413-26. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000329>
36. Hofmeyr G, Lawrie T, Atallah A, Duley L, Tortoní M. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):CD001059. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001059.pub5>
37. Corrales I, Baena F, Gómez D, León F, Mendoza R. Relationship between Eating Habits, Physical Activity and Tobacco and Alcohol Use in Pregnant Women: Sociodemographic Inequalities. *Nutrients*. 2022;14(3):557. <https://doi.org/10.3390/nu14030557>
38. Oh S, Park S, You Y-A, Jee Y, Ansari A, Kim S, et al. Prenatal Exposure to Alcohol, Tobacco, and Coffee: Associated Congenital Complications and Adverse Birth Outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(6):3140. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063140>
39. Hounkpatin O, Amidou S, Houehanou Y, Lacroix F, Preux P, Houinato D, et al. Systematic review of observational studies of the impact of cardiovascular risk factors on preeclampsia in sub-saharan Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(97). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03566-2>
40. Kawanishi Y, Kakigano A, Kimura T, Ikehara S, Sato T, Tomimatsu T, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy in Relation to Coffee and Tea Consumption: The Japan Environment and Children's Study. *Nutrients*. 2021;13(2):343. <https://doi.org/10.3390/nu13020343>
41. Reid K, Facco F, Grobman W, Parker C, Herbas M, Hunter S, et al. Sleep During Pregnancy: The nuMoM2b Pregnancy and Sleep Duration and Continuity Study. *Sleep* 2017;40(5). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx045>
42. Sharma S, Nehra A, Sinha S, Soneja M, Sunesh K, Sreenivas V, et al. Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: a prospective observational study. *Sleep Breath*. 2016;20(1):87-93. <https://doi.org/10.1007/s11325-015-1188-9>
43. Malta M, Carvalhaes M, Takito M, Tonete V, Barros A, Parada C, et al. Educational intervention regarding diet and physical activity for pregnant women: changes in knowledge and practices among health professionals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;16(1):175. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0957-1>
44. Walsh T, Carpenter E, Costanzo M, Howard L, Reynders R. Present as a partner and a parent: Mothers' and fathers' perspectives on father participation in prenatal care. *Infant Mental Health J*. 2021;42(3):386-399. <https://doi.org/10.1002/imhj.21920>
45. Laguado T, Lafaurie M, Vargas L. Experiencias de participación de los hombres en el cuidado de su pareja gestante. *Duazary*. 2019;16(1):79-92. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2532>
46. Aktaş, S, Sabuncular G, Kargin D, Gunes F. Evaluation of nutrition knowledge of pregnant women before and after nutrition education according to sociodemographic characteristics. *Ecol Food Nutr*. 2018;57(6):441-455. <https://doi.org/10.1080/03670244.2018.1544561>
47. Hromi, A, Chapman D, Segura S, Damio G, Clark P, Martínez J, et al. Barriers and facilitators to improve fruit and vegetable intake among WIC-eligible pregnant latinas: An application of the health action process approach framework. *J Nutr Educ Behav*. 2016;48(7):468-477.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.04.398>
48. Asiabar A, Amin F, Hajifaraji M, Zayeri F. The Effect of an Educational Intervention with Spouse's Participation on Food Intake of Pregnant Females: A Randomized Controlled Trial. *Irán Red Crescent Med J*. 2018;20(S1):e55954. <https://doi.org/10.5812/ircmj.55954>
49. Forbes L, Graham J, Berglund C, Bell R. Dietary Change during Pregnancy and Women's Reasons for Change. *Nutrients*. 2018;10(8):1032. <https://doi.org/10.3390/nu10081032>
50. Nguyen P, Sanghvi T, Kim S, Tran L, Afsana, K, Mahmud Z, et al. Factors influencing maternal nutrition practices in a large scale maternal, newborn and child health program in Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(7):e0179873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179873>
51. Hashmi A, Bhatia S, Bhatia S, Khawaja I. Insomnia during pregnancy: Diagnosis and Rational Interventions. *Pak J Med Sci*. 2016;32(4):1030-1037. <https://doi.org/10.12669/pjms.324.10421>
52. Tucker K, Taylor K, Crawford C, Hodgkinson J, Bankhead C, Carver T, et al. Blood pressure self-monitoring in pregnancy: examining feasibility in a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(442). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1605-0>