

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



TESIS

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA
HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA-2024

Para optar el título profesional de

OBSTETRA

Presentado por:

Bachiller Chuquipoma Gálvez, Crysthi Fiorella

ASESORA:

Dra. Obsta. Ruth Elizabeth Vigo Bardales

Cajamarca – Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez**

DNI: **71113528**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Obstetricia**

2. Asesor: **Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad

Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E
SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA - 2024**

6. Fecha de evaluación: **9/09/2025**

7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (ORIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**

9. Código Documento: **oid: 3117:495334953**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 9/09/2025

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>	
	
<p>Dra. Martha Vicenta Abanto Villar <i>Directora de la Unidad de Investigación FCS</i> DNI. 26673990</p>	

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2025 by
Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Chuquipoma C. 2025. **RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR, CAJAMARCA-2024.**
/Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez/90
ASESORA: Dra. Obsta. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las ...15:00... del ...4... de SETIEMBRE del 2025 los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6.E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA - 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

CRYSTHI FIORELLA CHOQUIPOMA GÁLVEZ

Siendo las16:25..... del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: MUY BUENO....., con el calificativo de: 18....., con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra APTA..... para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Mg. AMANDA ELENA RODRIGUEZ SANCHEZ	
Secretario(a):	M.Cs. MARICIA MARLENE LEGAMA TORRES	
Vocal:	M.Cs. SONIA ELIZABETH DIAZ ESTACIO	
Accesitaria:		
Asesor (a):	DRA. RUTH ELIZABETH VIGO BARCELON	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
 EXCELENTE (19-20)
 REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
 REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
 DESAPROBADO (10 a menos)

“La perfección no consiste en la multitud de cosas hechas, sino en el hecho de estar bien hechas.”

San Vicente de Paúl

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios por su gran amor día a día y por guiarme para poder llegar a cumplir mis metas.

A mis padres, Luis y Gladis, por su amor incondicional, su ayuda y apoyo a lo largo de mi vida, por ser mi motor en la búsqueda de mis sueños.

A mis hermanas Mireyra y Judith por su apoyo moral, su compañía y ayuda día a día motivándome a cumplir mis objetivos.

A mis sobrinos Cecilia y Andréé por su cariño y respeto.

A Sor Mirabel por su acompañamiento espiritual, confianza y consideración.

Crysthi Fiorella

SE AGRADECE A:

Dios por la vida y a la Santísima Virgen María, por guiarme por el camino correcto y permitirme culminar una etapa de mi vida.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, quien me acogió el tiempo de mis estudios de pregrado, permitiéndome crecer profesionalmente.

A mi asesora Dra. Obstetra Ruth Elizabeth Vigo Bardales, por su compromiso, conocimiento, experiencia, dedicación, paciencia me orientó en la realización de la investigación.

A mis docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por impartir sus conocimientos, su dedicación y paciencia.

A mis amigos y familiares que de una u otra manera han favorecido con el presente estudio.

Crysthi Fiorella

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLA	vi
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación de la investigación.....	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas.....	10
2.3 Hipótesis	19
2.4 Variables	19
CAPÍTULO III	21
DISEÑO METODOLÓGICO	21
3.1. Diseño y tipo de estudio	21
3.2. Área de estudio y población.....	22
3.3. Muestra.....	22
CAPÍTULO IV	28
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
CAPÍTULO V	38
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	49
SUGERENCIAS	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia Hospital II- E Simón Bolívar, Cajamarca-2024.	28
Tabla 2. Estilos de vida según dimensiones. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024	31
Tabla 3. Frecuencia de preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024	33
Tabla 4. Relación entre estilos de vida y preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024	34
Tabla 5. Relación entre las dimensiones de los estilos de vida y preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024	35

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
MINSA	Ministerio de Salud
INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal
ESE	Empresa Sociales del Estado
ISSHP	Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo
ENDES	Encuesta demográfica y de salud familiar
ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida y preeclampsia en gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024. Siendo un estudio de diseño no experimental, tipo descriptivo, analítico, de corte transversal, correlacional, con una muestra de 109 gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Se encontró que las gestantes del estudio se caracterizan por tener 18 a 29 años (55%), ser convivientes (79,8%), con secundaria completa (31,2%), religión católica (46,8%), ocupación ama de casa (85,3%), primigesta (41,3%) y con edad gestacional mayor a 37 semanas de gestación (78,9%). Los resultados, además, indican que la mayoría de las gestantes (60,6%) mostraron estilos de vida inadecuados, en contraposición a un 39,4% con hábitos adecuados. Al analizar a las gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad, resaltan positivamente la alimentación saludable (43,1%), el ejercicio físico (38,5%), el manejo del estrés (40,4%) y la autoactualización (61,5%). En contraste, la responsabilidad en salud y el soporte interpersonal mostraron una incidencia negativa (35,8%). Se observa una situación diferente en los casos de preeclampsia con criterios de severidad, en los que todas las dimensiones de estilo de vida se manifestaron de forma negativa. Se concluye que, existe relación significativa ($p=0,016$) entre los estilos de vida y preeclampsia en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

Palabras claves: Preeclampsia, estilos de vida, alimentación saludable, ejercicio físico, responsabilidad social, manejo del estrés, soporte interpersonal, autoactualización.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between lifestyle and preeclampsia in pregnant women at Hospital II-E Simón Bolívar in Cajamarca during the year 2024. Being a non-experimental study, descriptive, analytical, cross-sectional, correlational design, correlational study, with a sample of 109 pregnant women diagnosed with preeclampsia. It was found that the pregnant women in the study were characterized by being 18 to 29 years old (55%), cohabiting (79.8%), with completed high school (31.2%), Catholic religion (46.8%), housewife (85.3%), primigravida (41.3%) and older than 37 weeks of gestation (78.9%). The results also indicate that the majority of the pregnant women (60.6%) exhibited inadequate lifestyles, in contrast to 39.4% who reported adequate habits. Among those diagnosed with preeclampsia without severe criteria, positive aspects were observed in healthy eating (43.1%), physical exercise (38.5%), stress management (40.4%), and self-actualization (61.5%). In contrast, health responsibility and interpersonal support showed a negative incidence (35.8%). A different situation was observed in cases of preeclampsia with severe criteria, where all dimensions of lifestyle were negatively manifested. It is concluded that there is a significant relationship ($p = 0.016$) between lifestyle and preeclampsia at Hospital II-E Simón Bolívar in Cajamarca during the year 2024.

Keywords: Preeclampsia, lifestyle, healthy eating, physical exercise, health responsibility, stress management, interpersonal support, self-actualization.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia sigue siendo una de las causas fundamentales de complicaciones y muertes maternas y neonatales en el mundo, sobre todo en naciones en vías en desarrollo como es el Perú. Esta condición hipertensiva que ocurre durante la gestación se define por el incremento de la presión arterial, y puede estar asociada a proteinuria o por su daño multisistémico en órgano blanco, presentándose desde la vigésima semana de embarazo (1). Según el Ministerio de Salud (MINSA), esta patología representa cerca del 17% de las causas de la mortalidad materna, afectado principalmente a gestantes jóvenes que no cuentan con un control prenatal adecuado o lo reciben de manera insuficiente (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe a los estilos de vida como la manera de vivir que se centra en las relaciones de sus condiciones de vida y conductas de cada persona (3), influenciadas tanto en mujeres gestantes como en la población en general por factores sociales, culturales y económicos.

Pese a la relevancia del tema, existen pocos estudios en la localidad que analicen la relación directa entre los estilos de vida y la preeclampsia. La presente investigación tiene como finalidad aportar al conocimiento científico desde un contexto particular, mediante la identificación de la influencia que ejercen las costumbres y hábitos de las gestantes en la aparición de la preeclampsia. Asimismo, busca proveer información útil para fomentar estrategias para prevenir y promocionar la salud materna, adaptándolas a nuestra localidad.

Por lo expuesto, esta investigación tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia para aportar a la prevención de las conductas y estilos de vida que pueden poner en riesgo a la madre y al niño por nacer.

Este estudio está distribuido en cuatro capítulos que se describen a continuación:

CAPITULO I: Describe el planteamiento y formulación del problema, los objetivos de la investigación que hacen referencia a los estilos de vida y su asociación con la preeclampsia, además de la justificación del estudio.

CAPITULO II: En este capítulo se presenta los antecedentes internacionales, nacionales y locales que se relacionan con el tema y las bases teóricas, las hipótesis y variables.

CAPITULO III: Se abordó la metodología utilizada en el desarrollo del estudio.

CAPÍTULO IV: Se expone los resultados hallados, el análisis y la interpretación de los mismos. Asimismo, como parte final se detallan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente, la población presenta una alta prevalencia de enfermedades crónicas atribuibles, en gran medida, a estilos de vida poco saludables. Entre los factores más comunes se encuentran los hábitos alimentarios inadecuados, insuficientes horas de descanso, consumo de sustancias nocivas y falta de actividad física, entre otros. Estas inadecuadas conductas de vida, forman parte de una problemática social y de salud pública afectando principalmente a las mujeres embarazadas (4).

En la etapa de la gestación, la salud de la embarazada repercute de forma directa en el bienestar y desarrollo biopsicosocial del feto. Por tanto, las prácticas relacionadas a los estilos de vida en sus diversas dimensiones como la alimentación, el sueño, manejo de estrés y actividad física obtienen una importancia crucial. No obstante, diversos estudios e investigaciones que se han realizado, han verificado que gran número de gestantes mantienen estilos de vida poco saludables, por tal motivo, pone en aumento el riesgo a sufrir complicaciones entre ellos: la anemia, desnutrición, obesidad, diabetes y enfermedades crónicas como preeclampsia, eclampsia y síndrome Hellp patologías graves que ocasiona daños diferentes órganos como riñones, hígado, pulmones, corazón e incluso lesiones cerebrales, que no detectadas a tiempo pueden llegar hasta la muerte materna. Asimismo, el niño por nacer puede ser afectado gravemente por complicaciones como restricción del crecimiento uterino, bajo peso al nacer, complicaciones respiratorias graves, prematuridad o incluso muerte intrauterina (5,6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su función de promover la salud de las personas, describe a los estilos de vida saludable como conductas y patrones que cada persona acoge para mejorar su calidad de vida, abarcando no solo la alimentación adecuada, sino también un descanso reparador, actividad física, manejo de estrés, reducción del consumo de sustancias nocivas. En tal sentido, estar sano conlleva una estabilidad integral entre el cuerpo y mente, y no solo en ausencia de enfermedad (7).

En los Estados Unidos, solo el 20% de las gestantes mantiene un estilo de vida saludable en la dimensión de alimentación, específicamente en lo que respecta a una dieta equilibrada, según estudios recientes (8). En cuanto a la dimensión de actividad física, solo el 40,3% de las embarazadas realiza algún tipo de ejercicio durante la gestación (9). A diferencia, un estudio hecho en España muestra que el 69,5% de gestantes realiza ejercicio físico, incluyendo actividades suaves como caminar (10).

A nivel de América Latina, se observa una variedad notable en los valores de estilos de vida saludable. En Brasil, el índice de estilo de vida saludable alcanza el 78%, seguido de Argentina con 77%. En Ecuador, el porcentaje es de 68% y en Chile es del 63% (11). En Colombia, según datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), reporta que existe una significativa incidencia de sobrepeso y obesidad, problema que también es notorio en mujeres embarazadas, en las cuales se ha encontrado un aumento del índice de la masa corporal (IMC), pasando de un 36,4% al 40,6% en los últimos años (11,12). También, se ha identificado que un 71,2% de gestantes colombianas no realizan ningún tipo de actividad física (13), lo cual representa un riesgo adicional para la salud materno-fetal.

En el Perú, se estima que un 56% de las gestantes realizan prácticas de alimentación saludable adecuadas (14). Un estudio realizado en Lambayeque, reportó que el 62% de mujeres embarazadas presentaban un estilo de vida activo en la dimensión de actividad física (15). Por otro lado; otro estudio realizado en Lima evidenció que el 56,4 % de las gestantes presentan altos niveles de estrés durante el embarazo (16); asimismo, se encontró que un 86% de las gestantes evaluadas demostraban un alto nivel de responsabilidad hacia su salud (15).

En Cajamarca, un estudio desarrollado en el Centro de Salud Pachacútec, muestra que la mayoría de mujeres gestantes tenían un estilo de vida considerado saludable, especialmente en las dimensiones de alimentación, manejo del estrés y la responsabilidad hacia la salud personal (17).

Por otro lado, en referencia a la preeclampsia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que el índice de esta complicación es siete veces más en países en vías de desarrollo 2,8%, comparado a los países en desarrollo 0,4%. A nivel global, esta patología afecta entre un 2% y un 10% de los embarazos, con variaciones significativas según la región (18).

En América Latina, la tasa de preeclampsia presenta una amplia variabilidad, que va oscilando entre el 8% y el 45%, con tasas de mortalidad asociadas de 1% a 33% de casos. En México, el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud reporta que el índice de preeclampsia es de 47.3 por cada mil nacimientos. En Ecuador, la preeclampsia constituye un 27,3% de los embarazos y es la principal causa de muerte materna (1,18).

En el Perú, en el año 2022, el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), registró una prevalencia del 13% de trastornos hipertensivos en el embarazo, de los cuales el 4,79% correspondió a casos de preeclampsia con criterios de severidad. De manera general, se estima que el índice de preeclampsia en el país es de 10% y esta condición representa aproximadamente el 22% como causa de muertes maternas (1).

En Cajamarca la prevalencia de la preeclampsia es 37,2%, en un estudio realizado en un centro de salud de la ciudad se encontró como resultado que la preeclampsia fue más frecuente entre las 32 a 36 semanas de gestación en un 11% (19).

Ante esta situación, surge la inquietud de investigar la posible relación entre los estilos de vida y el riesgo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar de Cajamarca durante el año 2024.

1.2 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los estilos de vida y la preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre los estilos de vida y la preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar social demográfica y obstétricamente a las gestantes del estudio.

- Identificar los estilos de vida de las gestantes en las dimensiones de: alimentación saludable, ejercicio físico, manejo de estrés, responsabilidad en salud, soporte interpersonal, autoactualización.
- Indicar la frecuencia de preeclampsia con y sin criterios de severidad en gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.
- Establecer la relación entre los estilos de vida y la preeclampsia con y sin criterios de severidad.
- Estructurar la relación entre las dimensiones de los estilos de vida y la preeclampsia con y sin criterios de severidad.

1.4 Justificación de la investigación

Durante la gestación, las mujeres experimentan diversos cambios físicos, hormonales y fisiológicos en todo su organismo, como parte del proceso natural de adaptación para albergar en su vientre, durante aproximadamente 40 semanas, a un nuevo ser (21). Sin embargo, en algunos casos, esta etapa puede verse afectada por la aparición de diversas complicaciones graves, como la preeclampsia, una patología que compromete varios órganos del cuerpo, poniendo en riesgo la vida tanto de la madre como del niño por nacer. Esta situación se agrava principalmente por la falta de atención obstétrica inmediata y oportuna, lo que conlleva a no subestimar su importancia, puesto que la preeclampsia constituye la primera causa de muerte materna en el Perú (20) y en Cajamarca, constituye la segunda, con 37.2% de tasa de prevalencia. A causa de la alta incidencia reportada y sus consecuencias potencialmente mortales, resultó primordial ahondar el estudio de esta patología en contextos locales, a fin de contribuir con estrategias preventivas y una atención oportuna que permitan disminuir su impacto en la salud materna y fetal (19).

Asimismo, la presente investigación es de gran importancia puesto que permite conocer la realidad de las madres gestantes en relación a sus diferentes estilos de vida. Tanto los hábitos saludables como los no saludables influyen en el desencadenamiento de la preeclampsia. Conociendo esta relación, se pretende aportar a las estrategias de salud materna, para orientar a las gestantes en pro de la mejora en su estilo de alimentación, actividad física, sueño, responsabilidad por su salud, autorrealización y manejo del estrés, con el fin de cambiar patrones de conductas saludables.

Con esta investigación se pretendió establecer la asociación entre los estilos de vida y la preeclampsia en el Hospital II- E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024, a fin de que los resultados obtenidos sirvan de sustento, como información valiosa para siguientes

investigaciones, siendo esta el punto de partida para identificar otros factores que pueden formar parte de las teorías que intentan explicar su prevalencia, disminuyendo las complicaciones materno perinatales, y; por ende, mejorando la calidad de vida de la mujer y el nuevo ser.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Gabino, R (21), realizó un estudio en Ecuador, de tipo observacional, cuantitativo, transversal, descriptivo, no experimental con el objetivo de determinar el estilo de vida y su influencia en el desarrollo de preeclampsia en mujeres de 25 a 40 años Hospital General Monte Sinaí. Guayas 2023; utilizando como muestra 50 pacientes; los resultados en relación con los estilos de vida de las pacientes, muestran una predominancia de hábitos poco saludables, especialmente en aspectos como la alimentación, la actividad física y el autocuidado en salud, alcanzando un 54%. En contraste, solo el 20% de las pacientes presentó un estilo de vida calificado como muy saludable. Concluyendo que el estilo de vida poco saludable es de gran representación en cuanto a la preeclampsia.

Benítez A, et al. (22), efectuaron una investigación en Colombia, de tipo cuantitativo descriptivo, con el objetivo de evaluar el perfil de vida promotor de salud de las gestantes inscritas en un programa de control prenatal de una Empresa Sociales del Estado (ESE) de la ciudad de Montería en el segundo semestre de 2022, cuya muestra fue de 266 gestantes, con el resultado de que el perfil de vida promotor de salud en nutrición tiene una media de 2,54 con 30.9%, responsabilidad en salud 33.5% (media de 2,63), relaciones interpersonales 21,8% (media de 2,60), manejo del estrés con una media de 2,55 con 21,5%; mientras que la actividad física obtuvo la puntuación media más baja (media de 1,81) con 10% . Concluyó que, en las gestantes evaluadas, no existe una adecuada concientización en cuanto a la responsabilidad en salud, lo cual se evidencia, entre otros aspectos, en la insuficiente realización de actividad física, dimensión importante en la etapa de gestación. De la misma manera, se observó que el manejo del estrés fue inadecuado, lo que repercute negativamente en el estado emocional y la tranquilidad de la gestante.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Torres A, et al. (15), efectuaron una investigación en Lima, de tipo descriptivo, observacional, transversal, con el objetivo de determinar el estilo de vida en las gestantes atendidas en el Centro de Salud José Olaya en el 2022. Los resultados indicaron que el 84% de las embarazadas presentaban estilo de vida saludable y 6% estilo de vida poco saludable o muy saludable. Además, en las dimensiones de los estilos de vida, la mayoría se encuentran en escala “saludable” de responsabilidad hacia la salud (86%), actividad física (62%) y nutrición (60%). Conclusiones: El estilo de vida saludable sí prevalece en las gestantes atendidas en el Centro de Salud José Olaya, durante el año 2022, siendo las gestantes con promedio de edad de 20 a 25 años, las que representan el mayor porcentaje.

Cano K y Guevara C. (23), ejecutaron una investigación en Huancavelica, de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo; con el objetivo de determinar el estilo de vida en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Progreso 2021; encontrando como resultados que para la dimensión nutrición y ejercicios el total de las embarazadas no seleccionan los alimentos sin ingredientes artificiales o químicos; tampoco no participa en actividades físicas, en responsabilidad en salud el 74% desconoce de su presión arterial, para el manejo del estrés el 78% no relaja conscientemente sus músculos antes de dormir. En cuanto al soporte interpersonal el 72% no mantenía interacciones recreativas ni comunicativas con amistades. Sin embargo, para la dimensión de autoactualización los resultados fueron positivos. Concluyen, que los estilos de vida, llevados por las gestantes, son negativos.

Ñañez, M (24), realizó un estudio en Huancavelica de tipo descriptivo, observacional y transversal; cuyo objetivo fue determinar la incidencia de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de salud de Yauli, Huancavelica 2019 y 2020. La muestra estuvo conformada por 147 embarazadas con preeclampsia. Obtuvo como resultados que un 40,8% de los casos correspondieron a preeclampsia con criterios de severidad, mientras que el 59,2% presentaron preeclampsia sin criterios de severidad. Concluyendo que la incidencia de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de salud de Yauli, Huancavelica 2019 y 2020 fue de 44,5%.

2.1.3 Antecedentes locales

Villena, K (17), efectuó un estudio de tipo descriptivo y prospectivo, cuantitativo, correlacional y de corte transversal, con el objetivo de establecer la asociación entre los estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec

– 2020, teniendo como muestra 86 gestantes. Obteniendo como resultado que en cuanto a la dimensión alimentación, el 73,3% de las pacientes estudiadas presentaban hábitos saludables y el 26,7% no saludable; en cuanto a la dimensión actividad física el 54,7% lo realizaban de forma continua y el 45,3% discontinua. En cuanto a la dimensión del manejo de estrés el 98.8% reportó un estado emocional estable y solo el 1,2% inestabilidad emocional. Respecto a los diagnósticos de preeclampsia, el 4,7% presentó preeclampsia con signos de severidad y sin signos de severidad el 14%. Concluyendo que no existe relación entre la dimensión alimentación del estilo de vida y la presencia de preeclampsia.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Estilos de vida

A) Definición

La Organización Mundial de la Salud define los estilos de vida como una manera general de la vida, determinada por la interacción de las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están afectados por factores socioculturales y características personales. Al respecto, los estilos de vida son un conjunto de actitudes y comportamientos que adquieren las personas ya sea individualmente o en conjunto, para satisfacer las necesidades como seres humanos y alcanzar el desarrollo personal (3).

Para Colque, los estilos de vida abarcan las pautas y hábitos que diariamente definen el comportamiento del ser humano, siendo un reflejo de la manera de vivir; estos influyen directamente en la salud y en las relaciones sociales, además disminuye la probabilidad de enfrentar patologías graves. En este sentido, los estilos de vida saludables son fundamentales para el desarrollo humano promoviendo el crecimiento personal y colectivo de manera positiva (25).

Según Lorenzo, al identificar un estilo de vida, es importante considerar los comportamientos que ponen en riesgos a las personas, como son el consumo de sustancias dañinas, de la misma manera verificar conductas que protegen la salud como es el caso de las actividades que realizan los seres humanos para protegerse de las enfermedades o sus consecuencias (26).

Balanzá menciona que el estilo de vida usualmente se ha determinado como una estructura multifacética que comprende un grupo de conductas tales como: la alimentación saludable, el ejercicio físico, manejar el estrés, consumo de sustancias dañinas; estas conductas tienen como finalidad principal disminuir la morbimortalidad y mejorar el nivel de salud y bienestar de las personas (27).

El estilo de vida en la mujer gestante se entiende como una agrupación multidimensional de comportamiento y hábitos voluntarios que influyen directamente en su bienestar físico, emocional y social, así como en el desarrollo y la salud del feto. Entre estos se incluyen aspectos fundamentales como la nutrición, la actividad física, la responsabilidad hacia la salud, el manejo del estrés, las relaciones interpersonales positivas y la autorrealización personal. Estas dimensiones actúan de manera integrada para promover o deteriorar la salud materna y fetal (28).

Mantener un estilo de vida saludable durante el embarazo involucra seguir una alimentación equilibrada y rica en nutrientes esenciales, practicar al menos treinta minutos de ejercicio físico moderado, evitar consumo de sustancias dañinas, tener un descanso adecuado, cuidar de la salud mental y tener controles médicos regulares. Todo esto previene complicaciones en la gestante y mejora la calidad de vida tanto de la madre como del niño por nacer (29).

2.2.1.1 Dimensiones de los Estilos de vida

a) Alimentación saludable

La alimentación saludable es una de las dimensiones del estilo de vida y se define como aquella que brinda nutrientes que el cuerpo necesita para tener un buen funcionamiento, permitiendo preservar o mejorar la salud, así como disminuir el riesgo de patologías. En el caso de las gestantes, una alimentación equilibrada es importante para garantizar una adecuada reproducción, gestación, lactancia, desarrollo fetal y crecimiento infantil. Para lograr una nutrición adecuada, se recomienda el consumo diario y equilibrado de los grupos de alimentos como frutas, verduras, legumbres, cereales, lácteos, carnes en cantidades y combinaciones adecuadas (30).

La alimentación es un mecanismo en el cual las personas, y especialmente las mujeres durante su periodo reproductivo, realizan ingestas de diversos alimentos con la finalidad de adquirir nutrientes necesarios para poder vivir. Estos nutrientes son transformados y convertidos en energía, que permiten al organismo desarrollarse, mantener funciones vitales y adaptarse a las demandas fisiológicas. En el caso de la gestación, una alimentación apropiada alcanza un rol fundamental, puesto que no solo influye en la salud de la madre, sino también en el correcto desarrollo del feto. Una dieta inadecuada puede desencadenar múltiples complicaciones, como el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), parto prematuro o incluso alteraciones en el desarrollo neurológico del recién nacido (17,31,32).

La alimentación es, además, un proceso importante que no solo desempeña una función biológica, sino que también está condicionado por factores sociales, culturales, económicos y educativos. Involucra la selección, preparación e ingestión consciente de sustancias provenientes del entorno (33,34).

Durante el tiempo de gestación, las demandas nutricionales se incrementan para cubrir tanto las necesidades de la madre como las del crecimiento fetal. Por ello, la dieta de una mujer embarazada debe ser equilibrada, variada y rica en nutrientes clave como hierro, calcio, ácido fólico, zinc, yodo, ácidos grasos esenciales y vitaminas del complejo B. El hierro es fundamental para prevenir la anemia materna y sus consecuencias sobre el desarrollo fetal. El ácido fólico, por su parte, es indispensable para la prevención de defectos del tubo neural, como la espina bífida, especialmente en el primer trimestre del embarazo (35,36).

b) Ejercicio físico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa al ejercicio físico como aquel movimiento del cuerpo originado por los músculos esqueléticos que requiere gastar energía, incluye actividades realizadas durante el tiempo libre, los desplazamientos o tareas en el entorno laboral. La práctica regular de actividad física es de gran beneficio para la salud física y mental; por el contrario, su ausencia incrementa el riesgo de enfermedades no transmisibles, además puede afectar el bienestar psicológico y social (37).

El ejercicio físico, como forma planeada y estructurada de actividad física, tiene como finalidad mejorar o mantener la condición física. Este tipo de actividad beneficia al ser humano en tres niveles: a nivel fisiológico, ayuda a mantener un peso corporal saludable, fortalece los huesos, incrementa la fuerza muscular y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas; en el aspecto psicológico, mejora la autoestima, reduce el estrés y la ansiedad, y contribuye al bienestar emocional; y desde el ámbito social, fomenta la integración, promueve relaciones interpersonales positivas y potencia la autonomía individual (38).

Durante el tiempo de embarazo, el ejercicio físico se convierte en una de las principales dimensiones del estilo de vida saludable. Favorece al bienestar físico y emocional de la gestante, mejora la circulación, regula el aumento de peso y disminuye el riesgo de complicaciones obstétricas como la hipertensión gestacional y la preeclampsia. Incluso con estos beneficios, numerosas mujeres embarazadas mantienen niveles bajos de actividad física, debido al desconocimiento, al temor de perjudicar al feto o a la falta de asesoramiento profesional. La práctica regular de ejercicio moderado, adaptado a las condiciones fisiológicas propias de la gestación y bajo supervisión médica, se asocia con

mejores desenlaces perinatales y una disminución de enfermedades relacionadas con el embarazo. Esto resalta la necesidad de promover la actividad física como parte integral del cuidado prenatal y del estilo de vida saludable en la mujer gestante (39).

c) Manejo del estrés

El estrés se define como una respuesta automática, que puede manifestarse a nivel físico, mental y emocional, ante situaciones percibidas como complicadas o desafiantes. Según la Organización Mundial de la Salud, lo conceptualiza como un estado de intranquilidad o tensión de la mente generado por un suceso difícil. Es en esencia, una respuesta adaptativa del cuerpo frente a amenazas reales o percibidas, así como a otros estímulos externos o internos que generan presión (40).

Aunque el estrés puede tener efectos positivos al actuar como mecanismo de alerta y adaptación, también su persistencia en niveles elevados o durante periodos prolongados puede afectar negativamente la salud física, mental y emocional. Actualmente, el estrés es considerado a nivel mundial como un problema de salud pública puesto que afecta a toda la población, con un impacto significativo en la calidad de vida (41).

En el caso de las mujeres gestantes, el estrés representa un factor de riesgo tanto para su salud como para el niño por nacer. El estrés materno de manera prolongada se ha vinculado con complicaciones obstétricas como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer e incluso alteraciones en el desarrollo neuroconductual del recién nacido (42,43).

El embarazo, si bien es una etapa natural, involucra numerosos cambios físicos, hormonales, emocionales y sociales que pueden generar ansiedad o preocupación. Por ello, es importante que la gestante cuente con herramientas efectivas para manejar el estrés (43).

Dentro de las estrategias para manejar el estrés en las embarazos se considera la participación en programas prenatales que incluyan educación emocional y preparación para el parto; actividad física controlada, como caminatas o yoga prenatal, técnicas de relajación y respiración, acompañamiento emocional por parte de la pareja, familia o personas cercanas a la gestante, asesoría psicológica en casos de ansiedad, depresión o estrés crónico. Promover la salud mental de la gestante no solo mejora su calidad de vida, sino que también contribuye al desarrollo saludable del futuro bebé (44).

d) Responsabilidad en salud

La responsabilidad en salud se refiere a la comprensión de que las acciones individuales de cada persona tienen consecuencias directas en la salud de uno mismo como de la colectividad; implica tener un comportamiento ético y moral en el diario vivir, dirigido a cuidado del bienestar personal y colectivo (45).

En este contexto, el derecho a la salud no solo considera el acceso a servicios sanitarios adecuados, sino que también incluye, progresivamente, la necesidad de proteger al medio ambiente. La salud humana está profundamente vinculada con el entorno, por lo que resulta necesario implementar políticas ecológicas sostenibles en los niveles macro (gubernamental), meso (comunitario) y micro (individual). Estas acciones deben garantizar un hábitat saludable, tanto en el presente como para las generaciones futuras (46).

En el caso de la gestante, la responsabilidad en salud adquiere una doble dimensión el cuidado de su propio bienestar y el del ser en gestación. Durante el embarazo, las decisiones que toma la gestante no solo afectan su salud física y mental, sino también el desarrollo del feto y las condiciones del parto (47).

Tener conductas responsables durante el embarazo supone asistir a los controles prenatales, adoptar hábitos de vida saludable, como una alimentación equilibrada, actividad física y descanso suficiente, evitar el consumo de sustancias nocivas, cuidar su salud mental, cumplir con el esquema de vacunación, seguir las indicaciones médicas, mantener una alimentación equilibrada y tomar decisiones informadas sobre su estado de salud (48).

Asimismo, la gestante debe ser consciente de su papel activo dentro del sistema de salud. Participar informadamente en las decisiones sobre su embarazo, parto y puerperio forma parte de su autonomía y responsabilidad. Del mismo modo, las instituciones y el personal de salud tienen el deber de proporcionar información clara, atención humanizada y acompañamiento educado durante todo el proceso (49).

e) Soporte interpersonal

El soporte interpersonal o también conocido como relaciones interpersonales, se definen como la interrelación entre los seres humanos basada en la comunicación y en la parte emocional; estas relaciones son fundamentales para la vida en sociedad e implican el intercambio de sentimientos, intereses y actividades sociales (50).

El establecimiento de vínculos saludables favorece la empatía, la cooperación y la resolución de conflictos, y constituye un pilar esencial para la salud mental y emocional. Además, el soporte social que brindan estas relaciones actúa como un factor protector frente al estrés, la ansiedad y otras dificultades emocionales (51).

Para las gestantes, el apoyo familiar, es un factor protector durante el embarazo, al disminuir el riesgo de complicaciones neonatales, llevar de mejor manera los cambios que ocurren durante este periodo y la transición a la maternidad; también favorece el apego madre e hijo durante la lactancia materna. Del mismo modo, la percepción positiva de la gestante por el apoyo de la pareja o cónyuge, se asocia con una mejor calidad de vida y reducción del riesgo de presentar síntomas de depresión, ansiedad, y estrés generalizado (52).

f) Autoactualización

Se define como el crecimiento individual para satisfacer las necesidades más altas del hombre, en especial aquellas relacionadas con el propósito y el significado de la vida. Para Carl (53), la autoactualización implica que un potencial de crecimiento con el objetivo de integrar el “ser real” con un “ser ideal”, para que el ser humano esté completamente funcional.

La autoexpresión mediante el arte podría potenciar el bienestar mental de las personas. La interpretación del arte tanto por el artista como por el público, se transforma en un camino hacia la autorrealización, aunque esta experiencia pueda ser idiosincrásica y subjetiva. La autorrealización, es la plena realización de uno mismo, que implica alcanzar un estado en el que el individuo logra integrar su verdadero ser con su ideal, desarrollando así su máximo potencial (53).

Durante la gestación, la mujer no sólo experimenta transformaciones biológicas, sino también una reconfiguración de su identidad, roles y prioridades. Este proceso puede abrir espacios para la reflexión, el autoconocimiento y el desarrollo de nuevas habilidades, lo cual contribuye al crecimiento personal. Una gestante que cultiva su dimensión de autoactualización es capaz de: reconocer sus propias necesidades y emociones, fortalecer su autoestima y autonomía, establecer metas personales más allá de la maternidad, asumir la gestación como una experiencia de crecimiento, más que sólo un evento biológico, buscar información, formación y acompañamiento para tomar decisiones conscientes sobre su salud su parto y su maternidad (54).

Fomentar la autoactualización durante el embarazo no implica descuidar al bebé, sino integrar la vivencia de la maternidad dentro de un proceso de realización personal. Para ello, es primordial que los servicios de salud promuevan un enfoque integral y humanizado del cuidado prenatal, que reconozcan a la mujer gestante no sólo como paciente, sino como persona con historia, proyectos y capacidades en evolución (55).

Como alcanzar la autorrealización:

- Autoconocimiento y aceptación: conocerse a uno mismo y entender las fortalezas y habilidades que cada persona tiene incluyendo valores y metas.
- Exploración de intereses: buscar lo que te brinda mayor satisfacción en la vida diaria, buscar lo que a cada ser humano le apasiona y que tenga un realce positivo en la sociedad.
- Establecimiento de objetivos: trazarse los objetivos claros y coherentes según intereses y valores.
- Dedicación y flexibilidad: se necesita esfuerzo, dedicación constante para lograr las metas propuestas, aun cuando se presenten dificultades.
- Desarrollo de habilidades: identificar cuáles son las habilidades que la persona tiene y desarrollarlas en las diferentes áreas de la vida.
- Mentalidad de crecimiento: tener una mente abierta y flexible para poder crecer diariamente y lograr los objetivos propuestos.
- Relaciones saludables: rodearse de gente en donde se sientan aceptados, con apoyo y motivación, gente sincera.
- Bienestar emocional y físico: cuidado del aspecto emocional y físico con hábitos saludables (53).

2.2.2 PREECLAMPSIA

A) Definición

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) interpreta la preeclampsia como una hipertensión de nueva aparición (>140/>90 mmHg) en mujeres embarazadas después de las 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria (>300 mg/24 h, cociente de creatinina > 30 mg/mmol o > 2 tiras reactivas). La

nueva definición de preeclampsia fue revisada para incluir casos sin proteinuria pero con insuficiencia renal y hepática, disfunción hematológica, disfunción neurológica y cambios uteroplacentarios (56,57).

B) Tipos de preeclampsia

- a. Preeclampsia sin criterios de severidad:** Se presenta como una forma leve de la enfermedad hipertensiva del embarazo, que aparece después de las 20 semanas de gestación o dentro de la semana posparto. Los signos y síntomas incluyen hipertensión sin afectación orgánica. Tienen las siguientes características: presión arterial $\leq 160/110$ mmHg, con o sin proteinuria cualitativa 1 (ácido sulfosalicílico) o 2 (tira reactiva), proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 horas y sin lesiones orgánicas (58).
- b. Preeclampsia con criterios de severidad:** Se caracteriza por una evolución progresiva de la preeclampsia leve, con hallazgos clínicos que indican compromiso sistémico significativo. Los criterios de severidad incluyen: presión arterial $\geq 160/\geq 110$ mmHg, proteinuria en orina de 24 horas > 5 g, edema masivo (ascitis o edema generalizado), diuresis < 400 ml/24 horas, trombocitopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$), daño de órganos pulmonares, coagulación intravascular diseminada (CID) (56).

C) Etiología de la preeclampsia

La fisiopatología de la preeclampsia es multifactorial y resulta de la disfunción placentaria, inmune, vascular y renal. El desarrollo de la enfermedad se divide en dos etapas:

- La primera etapa: anomalía placentaria, la cual se caracteriza por una placentación defectuosa, cuando los problemas en el desarrollo de la placenta desencadenan señales al organismo de la madre, provocando una serie de reacciones patológicas que originan la preeclampsia.
- La segunda etapa, denominada estrés sincitiotrofoblástico, es el signo más destacado del síndrome en la madre. Este síndrome clínico comienza con la disfunción placentaria que conduce a la liberación de factores antiangiogénicos, especialmente la tirosina quinasa 1 soluble (sFlt-1) y la endoglina soluble (sEng), los cuales contribuyen al daño endotelial sistémico característico de la enfermedad.

Los niveles altos de estos marcadores angiogénicos pueden causar:

- Disfunción endotelial
- Vasoconstricción
- Trastornos del sistema inmunológico que afectan negativamente los sistemas de órganos maternos y fetales.

Una característica importante en la fisiopatología de la preeclampsia es la alteración en la remodelación de las arterias espirales placentarias. Esta remodelación deficiente reducirá el flujo sanguíneo a la placenta, lo que resultará en una disminución de la perfusión útero-placentaria. Como consecuencia, puede provocar una restricción del crecimiento fetal. Además, la placenta disfuncional secreta principalmente citocinas proinflamatorias y factores antiangiogénicos, estos factores se difunden hacia la circulación materna y causan disfunción endotelial, lo que provoca cambios en la circulación materna (58).

D) Factores de riesgo asociados a preeclampsia

a. Factores preconceptionales: edad materna, riesgo aumentado en mujeres muy jóvenes (<17) o mayores (>35), otros estudios analizaron la edad mayor de 40 años. Las personas de raza negra tienen una mayor prevalencia de preeclampsia que otras razas, historia familiar: datos de preeclampsia en hogares, preeclampsia en embarazos anteriores (59).

b. Enfermedades crónicas: hipertensión crónica preexistente, obesidad, diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, vasculopatía diabética, enfermedad renal, enfermedad trombótica (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos)

c. Factores con la gestación en curso: primer embarazo con la pareja actual, agrandamiento uterino por embarazo molar, embarazo múltiple. Además, tener una distinta pareja en cada embarazo aumenta el riesgo de preeclampsia en comparación con tener más de dos hijos con la misma pareja. El embarazo inicial aumenta el riesgo de patología, especialmente si el embarazo fue concebido antes de los 20 años (59).

d. Otros factores: nuliparidad, trastornos autoinmunitarios, uso de fertilización in vitro, complicaciones en un embarazo previo, período de más de 10 años desde el último embarazo, colagenopatías, apnea obstructiva del sueño, infección por COVID - 19 (58).

E) Epidemiología de la preeclampsia

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, la tasa de mortalidad materna por preeclampsia supera el 20% y es la segunda causa de muerte materna en el mundo en 2018. En Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal la identificó como la principal causa de muerte materna; con un 28,7% del total de casos. En la región Cajamarca, según datos del Centro Nacional de Epidemiología del 2020, entre la prevención y control de 18 enfermedades, la enfermedad hipertensiva fue una de las causas directas de muerte materna, representando el 56,3% de casos (58).

F) Tratamiento de preeclampsia

- Hospitalizar a la paciente e iniciar con medicación antihipertensiva para controlar los niveles de presión arterial
- Monitoreo fetal continuo, para evaluar el bienestar del bebé y detectar signos de sufrimiento fetal.
- Culminación de la gestación, parto vaginal o cesárea, según los factores (edad gestacional, tipo de preeclampsia y respuesta a diferentes tratamientos), posterior la estabilización materna.
- Prevenir, tratar y evitar convulsiones mediante la administración de sulfato de magnesio, fármaco de elección para la profilaxis.
- En pacientes estables con gestaciones menores a 34 semanas o en el periodo pretérmino tardío <36 semanas, si es posible prolongar el embarazo de manera segura, se recomienda la administración de corticoides durante 48 horas para acelerar la maduración pulmonar fetal (58).
- La administración de ácido acetilsalicílico a bajas dosis, antes de las 16 semanas de gestación, ha demostrado reducir significativamente la aparición de preeclampsia prematura (58).

2.3 Hipótesis

Hi: Los estilos de vida tienen una relación significativa con la preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca en el año 2024.

H0: No existe relación significativa entre los estilos de vida y preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca en el año 2024.

2.4 Variables

Variable 1: Estilos de vida

Variable 2: Preeclampsia

2.5 Operacionalización de variables

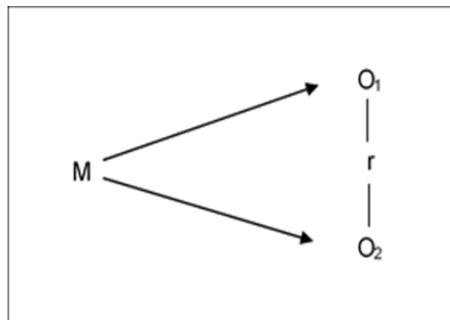
VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Estilos de vida .- Es el patrón de conducta de la vida diaria, es decir la manera en cómo vive una mujer embarazada, y que se ve reflejada en sus actitudes y comportamientos (60).	Alimentación saludable	Saludable $\geq 16 - 24$ No saludable $\geq 6 - 15$	Nominal
	Ejercicio físico	Continuo $\geq 14 - 20$ Discontinuo $\geq 5 - 13$	Nominal
	Manejo de estrés	Estable $\geq 16 - 40$ No estable $\geq 10 - 25$	Nominal
	Responsabilidad en salud	Positivo $\geq 18 - 28$ Negativo $\geq 7 - 17$	Nominal
	Soporte interpersonal	Positivo $\geq 18 - 28$ Negativo $\geq 7 - 17$	Nominal
	Autoactualización	Positivo $\geq 33 - 52$ Negativo $\geq 13 - 32$	Nominal
Variable 2: Preeclampsia .- Trastorno de la gestación que se manifiesta con alza de presión arterial después de las 20 semanas de embarazo que se asocia a proteinuria, daño en órgano blanco o deficiencia útero placentaria (33).	Preeclampsia con criterios de severidad Preeclampsia sin criterios de severidad	SI NO	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio fue de diseño no experimental, pues no hubo ninguna manipulación de variables. Asimismo, corresponde al tipo descriptivo, porque se realizó la recopilación de datos relacionados con la información general de estilos de vida y la preeclampsia, con el objetivo de integrar ambas variables; también se clasifica como un estudio analítico, puesto que se pretendió estudiar y analizar la relación o asociación entre dichas variables. Además, fue un estudio de corte transversal, debido a que se efectuó una sola medición de los sujetos y se evalúa de forma concurrente la exposición y el evento de interés; de igual manera, se consideró como estudio correlacional por que tuvo como fin medir la relación entre estilos de vida y preeclampsia. En el estudio se utilizó el siguiente esquema:



Dónde:

M: Muestra de estudio (gestantes con preeclampsia)

O1: Estilos de vida

R: Relación de variables

O2: Preeclampsia

3.2. Área de estudio y población

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital II – E Simón Bolívar, ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 500 de la ciudad de Cajamarca, en el distrito, provincia y departamento del mismo nombre.

Es un establecimiento de salud de nivel II- E que ofrece los servicios de salud de calidad, tiene la capacidad de brindar servicios de atención integral ambulatoria, de emergencia y hospitalaria de daños de complejidad especializada, enfocada especialmente en el ámbito materno perinatal, cuenta con equipo completo profesionales que brindan atención primaria y secundaria.

El distrito de Cajamarca está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste a 856 kilómetros de la capital del país "Lima", a una altitud de 2720 000 m.s.n.m y cuenta con una temperatura media anual de 18.9°C.

La población del presente estudio de investigación estuvo conformada por las gestantes, que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – E Simón Bolívar durante el año 2024 del siendo un total de 150 gestantes con preeclampsia.

3.3. Muestra

3.3.1. Tamaño de la muestra y muestreo

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico casual accidental para la estimación de proporciones poblacionales, teniendo en cuenta, una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%. Se tuvo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * N(p * q)}{E^2(N - 1) + Z^2(p * q)}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 150(0.5 * 0.5)}{(0.05)^2(149) + (1.96)^2(0.5 * 0.5)}$$

$$n = 108.08$$

$$n = 109$$

Dónde:

N: 150 (Total de gestantes con preeclampsia)

Z: Nivel de confianza (95% = 1.96)

E: 5% - 0.05 Nivel de error

p: 0.50 Proporción de casos de la población – Probabilidad de éxito

q: 0.50 Complemento de “p” - Probabilidad de fracaso

n: Tamaño mínimo de muestra

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente estudio estuvo conformada por cada una de las gestantes diagnosticada con preeclampsia con y sin criterios de severidad, que acudieron al Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, y que cumplen con los criterios de inclusión.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia con y sin criterios de severidad.
- Gestantes que deseen participar de la presente investigación.

b. Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnóstico distintos al de preeclampsia.
- Gestantes que alguna discapacidad que imposibilite su participación en la investigación.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

Confidencialidad: Se garantizó la privacidad de cada una de las gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2024 quienes participaron en la encuesta, puesto que fue de manera anónima, respetando su cultura, creencias, religión y principalmente respetando sus derechos.

Veracidad: Se respetó en todo momento los datos recolectados de las pacientes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2024, sin alterar ni manipular datos.

Privacidad: Se respetó la intimidad de las gestantes con preeclampsia del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2024.

Respeto: A la dignidad humana, la igualdad, la autonomía individual y la libertad de expresión de las embarazadas del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2024.

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

En el presente estudio se realizó diferentes acciones para la recolección de datos, las cuales se describen a continuación:

- Se solicitó el permiso correspondiente tanto al director del Hospital Simón Bolívar II-E Cajamarca para llevar a cabo la investigación, como a la Dirección Regional Salud Cajamarca.
- Se solicitó permiso a los obstetras, responsables de las áreas de hospitalización, para la aplicación del cuestionario, informándoles sobre la naturaleza de la investigación.
- Posteriormente, a las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó el consentimiento informado y el procedimiento para completar el cuestionario; una vez otorgada su autorización, procedieron a firmar y a llenar el Cuestionario de Estilo de Vida.
- Finalmente, una vez obtenida la información completa, se organizaron los resultados para su posterior análisis e interpretación.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente trabajo se utilizó una encuesta como fuente de investigación primaria que dio pase a la aplicación del instrumento, un cuestionario que consta de aspectos básicos como datos generales y otro cuestionario sobre el Perfil de Estilos de Vida de la autora Nola Pender que consta de 48 ítem, distribuido en 6 dimensiones; permitiendo medir las variables de estilos de vida y preeclampsia en gestantes, el cual ayudó a interpretar la información de la investigación con la finalidad de demostrar y validar la hipótesis planteada.

3.8.1 Descripción del instrumento

- a. Cuestionario de datos generales: Es una ficha que consta de dos partes, la primera de datos generales de la gestante que está conformado por 8 preguntas que corresponde

a los datos personales de la participante (Anexo 02); la segunda parte relacionada con preeclampsia que permitirá saber qué tipo de preeclampsia tuvo la paciente en estudio.

- Preeclampsia sin signos de severidad: cuando presente la presión arterial mayor o igual a 140 mmHg en la sistólica y mayor o igual a 90 mmHg en la diastólica; y menor a 160 mmHg en presión sistólica y menor de 110 mmHg en la presión diastólica, presente proteinuria 1 + (ácido sulfosalicílico) o 2+ en tira reactiva, además que pueda presentar proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg y < 5 g en orina de 24 horas.
 - Preeclampsia con signos de severidad: cuando presente presión arterial $\geq 160/\geq 110$ mmHg, proteinuria en orina de 24 horas > 5 g, edema masivo (ascitis o edema generalizado), diuresis < 400 ml/24 horas, trombocitopenia $< 100.000/mm^3$, daño de órganos pulmonares, coagulación intravascular diseminada, creatinina $> 1,1$ mg/dL, sintomatología cerebral o visual, enzimas hepáticas elevadas más del doble, epigastralgia, o dolor en hipocondrio derecho persistentes, y que no mejoran con medicación o no es explicable por algún diagnóstico, o ambos.
- b. Cuestionario de Perfil Estilos de Vida de autora Nola Pender (Anexo 2): consta de 48 ítems, distribuidos en 6 dimensiones; donde la participante entrevistada (previa autorización y orientación) indicó la frecuencia con la que lleva a cabo cada actividad establecida en el instrumento mencionado, consta de 4 respuestas de valor 1= nunca, 2= a veces, 3= frecuentemente, 4= rutinariamente (Anexo 5). Cada dimensión estuvo conformada por los siguientes ítems:

Dimensiones de los estilos de vida	Nº de ítems	ítem
Alimentación saludable	6	1, 5, 14, 19, 26, 35
Ejercicio físico	5	4, 13, 22, 30, 38
Responsabilidad en salud	10	2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46
Manejo del estrés	7	6, 11, 27, 36, 40, 41, 45
Soporte interpersonal	7	10, 18, 24, 25, 31, 39, 47
Autoactualización	13	3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48

3.9. Procesamiento y análisis de datos

El instrumento utilizado en la investigación fue codificado con el fin de organizar la información de manera más clara y práctica. Una vez finalizada la aplicación del cuestionario, se verificó que todos estuvieran completamente llenos, realizando un control riguroso para evitar la presencia de datos perdidos.

Posteriormente, se elaboró una base de datos en Microsoft Excel y se procedió al análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 27.0. Los resultados fueron presentados mediante tablas estadísticas para facilitar su interpretación.

Cada variable fue analizada utilizando estadística descriptiva, y para la comprobación de la hipótesis se aplicó estadística inferencial, específicamente la prueba de chi cuadrado, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

3.10 Control de calidad de datos

3.10.1 Validez

El instrumento de recolección de datos (Anexo 6) fue sometido a una revisión por juicio de expertos. Un panel de tres expertos en Obstetricia, con Grado de Maestría evaluó la pertinencia, claridad y exhaustividad de las variables propuestas en la ficha. Sus sugerencias fueron incorporadas, asegurando que las variables estén adecuadamente representadas.

Posteriormente, se aplicó el coeficiente de validez V de Aiken para analizar las valoraciones emitidas, obteniéndose un valor de 1.00 para el “Cuestionario de Estilos de vida”, lo que indica un alto nivel de concordancia entre los evaluadores (Anexo 7).

3.10.2 Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se realizó la prueba piloto de la ficha de recolección de datos con un subconjunto de 30 gestantes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, las mismas que fueron elegidas al azar y no fueron incluidas en la muestra final. Esta prueba permitió identificar ambigüedades en las definiciones de variables, inconsistencias en el registro de datos y dificultades en la extracción de cierta formación. Las observaciones de la prueba piloto se utilizaron para realizar ajustes finales a la ficha y para estandarizar los criterios de extracción de datos.

De la misma forma, los resultados fueron sometidos a la Prueba Alfa de Cronbach, consiguiendo como coeficiente 0,820, lo que mostró la confiabilidad del indicador como bueno (Anexo 8).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Características sociales, demográficas y obstétricas

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con preeclampsia. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca-2024

Característica sociodemográficas y obstétricas		n	%
Edad	12-17 años	6	5,5%
	18-29 años	60	55,0%
	30-45 años	43	39,4%
Estado Civil	Soltera	14	12,8%
	Casada	8	7,3%
	Conviviente	87	79,8%
	Separada	0	0,0%
	Divorciada	0	0,0%
	Viuda	0	0,0%
	Sin instrucción	0	0,0%
Grado de Instrucción	Primaria incompleta	12	11,0%
	Primaria completa	16	14,7%
	Secundaria incompleta	32	29,4%
	Secundaria completa	34	31,2%
	Superior técnico incompleto	3	2,8%
	Superior técnico completo	7	6,4%
	Superior Universitario incompleto	3	2,8%
	Superior Universitario completo	2	1,8%
	Ninguna	4	3,7%
Religión	Católica	51	46,8%
	Evangélica	34	31,2%
	Adventista	18	16,5%
	Otros	2	1,8%
	Ama de casa	93	85,3%
Ocupación	Estudiante	8	7,3%
	Trabajadora independiente	6	5,5%
	Trabajadora dependiente	2	1,8%
	Primigesta	45	41,3%
Gravidez	Segundigesta	21	19,3%
	Multigesta	43	39,4%
Edad Gestacional	20 – 27 6/7ss	1	0,9%
	28-34 ss	3	2,8%
	35-36 6/7 ss	19	17,4%
	> 37ss	86	78,9%
Total		109	100,0%

En esta tabla se caracterizó sociodemográfica y obstétricamente a un total de 109 gestantes diagnosticadas con preeclampsia. La variable edad fue distribuida en tres rangos etarios. El grupo con mayor representación fue el de 18 a 29 años, con un 55,0 % (n=60), seguido por las gestantes entre 30 a 45 años, con un 39,4 % (n=43), en menor proporción, solo el 5,5 % (n=6) se encontró en el rango de 12 a 17 años. Esto indica que la preeclampsia afecta principalmente a mujeres jóvenes adultas.

Respecto al estado civil, se identificó que la mayoría de las gestantes se encontraban en condición de convivientes, representando el 79,8 % (n=87). Las solteras constituyeron el 12,8 % (n=14) y las casadas 7,3 % (n=8). No se reportaron casos de gestantes separadas, divorciadas ni viudas.

En cuanto al grado de instrucción, el nivel predominante fue secundaria completa con un 31,2 % (n=34), seguido de secundaria incompleta, con el 29,4 % (n=32), mientras que gestantes con primaria completa se reportó un 14,7 % (n=16), y con primaria incompleta un 11% (n=12). Un menor porcentaje alcanzó estudios superiores, siendo el 6,4% (n=7) técnicos completos y solo el 1,8% (n=2) universitarios completos. No se registraron gestantes sin instrucción. Estos datos reflejan un nivel educativo medio en la mayoría de las participantes.

Referente a la religión, el 46,8 % (n=51) de las gestantes se identificó como católica, el 31,2 % (n=34) como evangélica y el 16,5 % (n=18) como adventista. Una minoría manifestó no profesar ninguna religión (3,7 %; n=4) o pertenecer a otra denominación (1,8 %; n=2).

Con relación a la ocupación, se identificó que la mayoría de las gestantes se dedica a labores del hogar, siendo clasificadas como amas de casa (85,3 %; n=93). Otras categorías ocupacionales registradas fueron estudiante (7,3 %; n=8), trabajadora independiente (5,5 %; n=6) y trabajadora dependiente (1,8 %; n=2).

En cuanto a la historia obstétrica, en relación con el número de gestaciones, se evidenció que el 41,3 % (n=45) eran primigestas, el 39,4 % (n=43) multigestas y el 19,3 % (n=21) segundigestas, lo que indica que la mayoría eran mujeres en su primer embarazo o con múltiples gestaciones previas.

Finalmente, al analizar la edad gestacional al momento de la evaluación, se encontró que el 78,9 % (n=86) de las gestantes se encontraba en una edad gestacional mayor a las 37 semanas. El 17,4 % (n=19) presentaba entre 35 y 36 semanas con 6 días, y porcentajes

menores se encontraban entre las 28-34 semanas (2,8 %, n=3) y entre las 20 – 27 semanas con 6 días (0,9 %, n=1). Esto indica que la mayoría de los casos de la preeclampsia se manifestaron en el tercer trimestre avanzado del embarazo.

Por lo tanto, la mayoría de las gestantes con preeclampsia fueron mujeres jóvenes (18-29 años), convivientes, con nivel educativo secundario, amas de casa, de religión católica, y en su primer o múltiples embarazos. Los casos se presentaron principalmente en el tercer trimestre, lo cual es clínicamente relevante para la detección y vigilancia oportuna.

4.2 Estilos de vida

Tabla 2 - Estilos de vida según dimensiones. Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

Estilos de vida	Categoría	Ni	%
Alimentación saludable	No Saludable	57	52,3%
	Saludable	52	47,7%
Ejercicio físico	Discontinuo	61	56,0%
	Continuo	48	44,0%
Manejo de estrés	No estable	57	52,3%
	Estable	52	47,7%
Responsabilidad en salud	Negativo	63	57,8%
	Positivo	46	42,2%
Soporte interpersonal	Negativo	64	58,7%
	Positivo	45	41,3%
Autoactualización	Negativo	30	27,5%
	Positivo	79	72,5%
Total		109	100,0%

La tabla 2, muestra la distribución de los estilos de vida de 109 gestantes diagnosticadas con preeclampsia, evaluadas a través de seis dimensiones clave: alimentación saludable, ejercicio físico, manejo del estrés, responsabilidad en salud, soporte interpersonal y autoactualización.

En cuanto a la dimensión alimentación saludable, se identificó que el 52,3 % (n=57) de las gestantes presentaban un estilo de alimentación no saludable, mientras que el 47,7 % (n=52) mantenía hábitos saludables. Este hallazgo indica que más de la mitad de la muestra no seguía una alimentación adecuada durante el embarazo.

Respecto a la dimensión de ejercicio físico, el 56,0 % (n=61) practicaba actividad física de forma discontinua, frente al 44,0 % (n=48) que mantenía una rutina de ejercicio continuo. Lo anterior refleja un bajo nivel de actividad física entre las gestantes evaluadas.

En la dimensión manejo del estrés, el 52,3 % (n=57) presentaron dificultades para gestionar adecuadamente situaciones estresantes, mientras que el 47,7 % (n=52) reportó un manejo emocional estable. Esto indicó un equilibrio cercano al 50 %, aunque con una ligera mayor proporción de gestantes en riesgo psicológico.

Con relación a la dimensión de la responsabilidad en salud, un 57,8 % (n=63) presentaron actitudes y conductas de autocuidado negativas, en contraste con el 42,2 % (n=46) que asumía una postura positiva hacia el mantenimiento de su salud durante el embarazo. Este resultado reflejó una necesidad importante de intervención educativa y preventiva.

En la dimensión de soporte interpersonal, se halló que el 58,7 % (n=64) de las gestantes reportaron un soporte interpersonal negativo, no contaba con redes de apoyo emocional o social efectivas, mientras que el 41,3 % (n=45) señalaron contar con un soporte positivo, recibiendo acompañamiento y respaldo adecuado. La mayoría de las participantes, por tanto, se encontraba en situación de vulnerabilidad relacional.

Finalmente, en la dimensión de autoactualización, a diferencia de las dimensiones anteriores, mostró un resultado favorable: el 72,5 % (n=79) de gestantes presentaron actitudes positivas orientadas al crecimiento personal, al desarrollo de metas y a la proyección de vida, frente al 27,5 % (n=30) mostró limitaciones en este aspecto. Esta fue la única dimensión en la que predominó el perfil positivo, lo cual podría interpretarse como un factor protector potencial frente a otras dimensiones deficitarias, refleja un buen nivel de motivación personal y búsqueda de bienestar general, a pesar de los retos del embarazo.

En conjunto, los resultados evidenciaron que un número considerable de gestantes con preeclampsia mostró estilos de vida poco saludables en las dimensiones de alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés, responsabilidad en salud y soporte interpersonal. Sin embargo, se observó un resultado positivo en la dimensión de autoactualización. Estos hallazgos respaldaron la hipótesis de que los estilos de vida desfavorables constituirían factores condicionantes relevantes en la aparición y evolución clínica de la preeclampsia.

4.3 Preeclampsia con y sin criterios de severidad

Tabla 3: Frecuencia de preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

Preeclampsia	Ni	%
Con criterios de severidad	29	26,6%
Sin criterios de severidad	80	73,4%
Total	109	100,0%

En la Tabla 3, se muestra la distribución de las 109 gestantes diagnosticadas con preeclampsia, diferenciando los casos según la presencia o no de criterios de severidad, en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024.

Se observa que la mayoría de las gestantes, un 73,4 % de los casos (n=80), presentaron preeclampsia sin criterios de severidad, mientras que el 26,6 % (n=29) fueron diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad.

Este resultado indica que, a pesar de que la mayoría de los casos fueron sin criterios de severidad, más de una cuarta parte de las embarazadas evolucionó la enfermedad a una forma más grave, lo que representa un riesgo significativo para la salud materna y fetal. Este hallazgo recalca la necesidad de una detección temprana, monitoreo adecuado y seguimiento clínico estricto para prevenir complicaciones graves.

Estos resultados permitieron establecer una base cuantitativa sólida para el análisis posterior de los factores asociados a la severidad del cuadro clínico, especialmente en relación con los estilos de vida maternos.

4.4 Estilos de vida y Preeclampsia con y sin criterios de severidad

Tabla 4. Relación entre los estilos de vida y la preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

Estilos de vida	Preeclampsia				Total		Chi cuadrado Sig.
	Con criterios de severidad		Sin criterios de severidad		Ni	%	
	Ni	%	Ni	%			
Inadecuado	23	21,1%	43	39,4%	66	60,6%	Sig.=0,016
Adecuado	6	5,5%	37	33,9%	43	39,4%	
Total	29	26,6%	80	73,4%	109		

De la Tabla 4 el análisis de la asociación entre los estilos de vida y el tipo de preeclampsia diagnosticada en la población estudiada, se identificó que el 60,6 % (n=66) de las gestantes presentó un estilo de vida inadecuado, mientras que el 39,4 % (n=43) manifestó un estilo de vida adecuado.

Del total de gestantes con estilos de vida inadecuados, el 21,1 % (n=23) desarrolló preeclampsia con criterios de severidad, mientras que el 39,4% (n=43) presentó una forma leve. En contraste, entre quienes mantuvieron estilos de vida adecuados, solo el 5,5% (n=6) cursó con preeclampsia con criterios de severidad, y el 33,9% (n=37) con la forma leve de la enfermedad.

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi cuadrado evidenció una asociación significativa entre los estilos de vida y el tipo de preeclampsia (valor de significancia $p = 0,016$), lo que permitió inferir que la severidad del cuadro clínico de la preeclampsia se relacionó de manera estadísticamente significativa con la calidad del estilo de vida materno. En términos relativos, las gestantes con estilos de vida inadecuados presentaron más del doble de frecuencia de preeclampsia con criterios de severidad en comparación con aquellas que llevaron un estilo de vida adecuado (21,1 % vs. 5,5%).

Estos hallazgos respaldaron la hipótesis de que los estilos de vida maternos constituyeron un factor asociado a la progresión y severidad de la preeclampsia durante el embarazo.

Tabla 5. Relación entre las dimensiones de los estilos de vida y preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

Estilos de vida	Categoría	Preeclampsia				Total		Chi cuadrado Sig.
		Con criterios de severidad		Sin criterios de severidad				
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	
Alimentación saludable	No Saludable	24	22,0%	33	30,3%	57	52,3%	Sig.=0,000
	Saludable	5	4,6%	47	43,1%	52	47,7%	
Ejercicio físico	Discontinuo	23	21,1%	38	34,9%	61	56,0%	Sig.=0,003
	Continuo	6	5,5%	42	38,5%	48	44,0%	
Manejo de estrés	No estable	21	19,3%	36	33,0%	57	52,3%	Sig.=0,011
	Estable	8	7,3%	44	40,4%	52	47,7%	
Responsabilidad en salud	Negativo	22	20,2%	41	37,6%	63	57,8%	Sig.=0,021
	Positivo	7	6,4%	39	35,8%	46	42,2%	
Soporte interpersonal	Negativo	23	21,1%	41	37,6%	64	58,7%	Sig.=0,009
	Positivo	6	5,5%	39	35,8%	45	41,3%	
Autoactualización	Negativo	17	15,6%	13	11,9%	30	27,5%	Sig.=0,000
	Positivo	12	11,0%	67	61,5%	79	72,5%	
Total		29	26,6%	80	73,4%	109	100,0%	

En la tabla 5, se examinó la relación entre diversas dimensiones del estilo de vida y la severidad de la preeclampsia, hallándose asociaciones estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas ($p < 0,05$).

En cuanto a la alimentación saludable, se encontró que el 52,3 % ($n=57$) de las gestantes mantuvo un patrón alimenticio no saludable, mientras que el 47,7 % ($n=52$) refirió prácticas alimentarias saludables. Dentro del grupo con alimentación no saludable, el 22 % ($n=24$) presentó preeclampsia con criterios de severidad, frente a solo el 4,6 % ($n=5$) en el grupo con alimentación saludable. La asociación fue altamente significativa (Chi cuadrado, $p = 0,000$), lo que evidenció que una alimentación inadecuada se vinculó con una mayor proporción de preeclampsia con criterios de severidad.

Respecto al ejercicio físico, el 56,0 % (n=61) realizaba actividad física de forma discontinua, mientras que el 44,0 % (n=48) mantenía un patrón de ejercicio continuo. Entre las gestantes con ejercicio discontinuo, el 21,1% (n=23) desarrolló preeclampsia con criterios de severidad, mientras que, en aquellas con ejercicio continuo, dicha proporción fue notablemente menor (5,5%; n=6), registrándose una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,003$).

En relación con el manejo del estrés, el 52,3 % (n=57) refirió un manejo no estable, de las cuales el 19,3% (n=21) tuvo preeclampsia con criterios de severidad. En contraste, entre quienes manejaban el estrés de forma estable (47,7 %; n=52), solo el 7,3% (n=8) presentó la forma severa. Esta variable también mostró una relación significativa con la severidad de la enfermedad ($p = 0,011$).

Al analizar la dimensión responsabilidad en salud, se observó que el 57,8 % (n=63) mostraba actitudes negativas hacia su salud, mientras que el 42,2 % (n=46) presentaba actitudes positivas. De aquellas con baja responsabilidad en salud, el 20,2% (n=22) cursó con preeclampsia con criterios de severidad, frente al 6,4% (n=7) de quienes evidenciaban un enfoque positivo hacia su bienestar. La asociación fue significativa ($p = 0,021$).

En cuanto al soporte interpersonal, el 58,7 % (n=64) manifestó contar con redes de apoyo inadecuadas, siendo que el 21,1 % (n=23) de ellas presentó preeclampsia con criterios de severidad y solo un 5,5% (n=6) de las gestantes con soporte interpersonal positivo. En comparación, en las pacientes con preeclampsia sin criterios de severidad el 37,6 % (n=41) se encontró que tuvo un soporte interpersonal negativo y 35,8% (n=39). La asociación también resultó significativa ($p = 0,009$).

Por último, en la dimensión de autoactualización, el 27,5 % (n=30) no evidenció prácticas de desarrollo personal positivo, y de este grupo, el 15,6% (n=17) desarrolló preeclampsia con criterios de severidad. En contraposición, solo el 11 % (n=12) de las gestantes tenían niveles positivos de autoactualización. Englobado a todos los casos se observa el doble de porcentaje desarrollada de manera positiva (72,5 %; n=79). En la preeclampsia sin criterios de severidad se evidenció que sobresale la manera positiva de dedicarse a la actualización (61,5; n=67) y un mínimo porcentaje en cuanto al aspecto negativo (11,9%; n=13). Esta dimensión presentó una asociación altamente significativa ($p = 0,000$).

En conjunto, estos resultados permitieron concluir que múltiples dimensiones del estilo de vida, alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés, responsabilidad en salud, soporte

interpersonal y autoactualización, se asociaron de manera significativa con la severidad de la preeclampsia, respaldando la hipótesis de que los estilos de vida influyen en la aparición del trastorno y también en su progresión clínica.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La preeclampsia se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo, constituyendo un importante problema de salud pública debido a su alta incidencia y complicaciones asociadas, especialmente durante la gestación. En Perú, se reconoce como la segunda causa de muerte materna, lo cual evidencia su impacto en la salud de la madre y el recién nacido, generando condiciones de morbilidad y mortalidad materna y perinatal (61) Pese a las diversas investigaciones realizadas en las últimas décadas, la etiología exacta de la preeclampsia aún no ha sido completamente esclarecida (62) No obstante, se describen factores de riesgo, tanto modificables como no modificables, que dan paso a desarrollar la preeclampsia. Entre los factores modificables más sobresalientes encontramos los estilos de vida maternos, como una alimentación saludable, realización de ejercicios, manejo de entre otros (61).

En el Hospital II- E Simón Bolívar de Cajamarca, durante el año 2024 se atendió a un total de 150 pacientes diagnosticadas con preeclampsia, lo que representa una alta frecuencia de casos alarmantes al poner en riesgo potencial de complicaciones graves que pueden comprometer la vida de la madre, del feto o ambos.

El presente estudio ha sido ejecutado en el mismo establecimiento de salud, trabajando con una muestra de 109 gestantes con preeclampsia, tanto con criterios de severidad como sin ellos. Según los resultados, se encontró que en la tabla N° 1, la edad de la mayoría de mujeres embarazadas oscilaba entre los 18 y 29 años (55%), continuaban el grupo entre 30 a 45 años (39,4%), y se evidenció un mínimo porcentaje entre las edades de 12 a 17 años (5,5%). Estos datos concuerdan con los reportes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que para el año 2022 señaló que en la región Cajamarca el 12,16% de las mujeres de 15 a 19 años eran primigestas y a nivel del Perú, este grupo corresponde al 8,4% para el año 2024 (63). Considerando que la edad reproductiva óptima es de 18 a 30 años, los hallazgos de esta investigación coinciden con esta tendencia, al encontrarse la mayor proporción de embarazos en dicho rango etario.

Estos resultados son similares al estudio realizado por Benítez A, et. al.(22), quienes reportaron que las pacientes entre 18 y 28 años fueron 78,95%, y que correspondía a adolescentes entre 12 a 17 años solo 6,02%. De igual manera, los resultados encontrados por Ñañez M. (24), mostró la prevalencia de embarazos en jóvenes con 57,1% y adolescentes 29,3%, siendo el grupo de adultas el menos representado con 13,6%; esta comparación refleja la consistencia entre diferentes estudios respecto a la mayor incidencia de preeclampsia en mujeres jóvenes, aunque con variaciones leves atribuibles al contexto poblacional y temporal de cada investigación.

Respecto al estado civil, se observó que la mayoría de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia eran convivientes, representando el 79,8%, seguido de las solteras con un 12,8% y en menor proporción las casadas con 7,3%, no se registraron pacientes separadas, divorciadas ni viudas; los resultados encontrados se asemejan con los reportados por Benítez A, et. al. (22) quienes encontraron la prevalencia de convivientes con 62,40%, solteras 20,3% y casadas 16,16%, además pacientes separadas sólo 1,12%. Estas cifras sugieren que la convivencia es una forma de unión predominante entre las gestantes, lo cual puede estar influenciado por factores socioculturales propios de la región y del contexto nacional.

En cuanto al grado de instrucción, se evidenció que la mayor parte de las mujeres embarazadas tenían educación secundaria completa (31,2%), continuaba quienes tenían secundaria incompleta (29,4%), primaria completa (14,7%) e incompleta (11%) los niveles superiores fueron menos frecuentes: superior técnico completo (6,4 %), superior técnico incompleto y superior universitario incompleto con el mismo porcentaje (2,8% cada uno) y solo el 1,8% contaba con superior universitario completo, no reportándose casos sin instrucción. Realizando la comparación los resultados concuerdan parcialmente con lo reportado por Romero J (64) quien encontró que el 47,6 % de las gestantes tenían secundaria completa, seguido de primaria completa e incompleta con 20,7% y superior universitario con 17,1%, quedando con secundaria incompleta un 12,2%. En comparación, el presente estudio muestra una mayor proporción de gestantes con secundaria completa, lo cual podría indicar ciertas barreras para la continuidad educativa superior en esta población. El bajo nivel educativo puede influir negativamente en la comprensión de las recomendaciones médicas, el acceso a servicios de salud y la toma de decisiones informadas, aspectos claves para la prevención y manejo de complicaciones como preeclampsia.

En relación con la religión, se identificó que la mayoría de gestantes profesaban la religión católica (46,8%), mientras que un porcentaje menor seguía otras creencias religiosas. Si

bien no se profundizó en las implicancias directas de la religiosidad sobre el desarrollo de la preeclampsia, diversas investigaciones señalan que las prácticas religiosas pueden fortalecer la cohesión social, mejorar la salud emocional y contribuir con una mejor resiliencia psicológica en situaciones de riesgo, como el embarazo (65). Por tal razón, más allá de ser un dato sociodemográfico, podría tener un valor protector indirecto al fomentar el bienestar espiritual y emocional de las gestantes.

En cuanto a la ocupación, la mayoría de las gestantes con preeclampsia son amas de casa (85,3%), seguido de embarazadas estudiantes (7,3%) y en menor proporción son trabajadoras ya sea independientes o dependientes. Esta tendencia evidencia un perfil socioeconómico donde las mujeres embarazadas, al no participar activamente del mercado laboral, podrían tener un menor acceso a recursos económicos y educativos, lo que repercute en su capacidad para adoptar estilos de vida saludables. Investigaciones como la de Kim Y, et. al. (29) analizaron que las mujeres empleadas tenían un menor riesgo de desarrollar complicaciones asociadas a la preeclampsia, posiblemente debido a un mayor empoderamiento personal, acceso a servicios de salud y mejor nivel de instrucción.

En cuanto a los factores obstétricos de los casos analizados, obtuvimos que el 41,3% de las gestantes eran primigestas, el 39,4% multigestas y finalmente el 19,3 % cursaban un segundo embarazo. Estos datos sugieren una distribución relativa equilibrada, aunque destaca el grupo de mujeres en su primer embarazo, lo cual es relevante, dado que la primigesta ha sido ampliamente reconocida como un factor de riesgo para preeclampsia en diversos estudios. Esta asociación se explica por el hecho de que, en el primer embarazo, el organismo de la mujer se enfrenta por primera vez a una exposición inmunológica al trofoblasto, lo que puede desencadenar una respuesta inflamatoria exacerbada y disfunción endotelial (66).

Por otro lado, la edad gestacional fluctuaba en su mayoría con 78,9% en pacientes con embarazo a término mayor de 37 semanas de gestación. Este dato es importante si se considera que, para el manejo de preeclampsia según la guía de procedimientos del Instituto Nacional Materno Perinatal, una de las acciones a seguir cuando se diagnostica con criterios de severidad es la finalización del embarazo, para evitar mayor complicación con el recién nacido y se resguarda la vida de la madre (58). En tal sentido, el resultado encontrado de una alta proporción de gestantes a término implica que la mayoría de estas pacientes estaban en un punto clínico viable para la intervención segura, disminuyendo el riesgo de morbilidad neonatal.

Para analizar los estilos de vida de las mujeres embarazadas que se atendieron en el Hospital Simón Bolívar II – E Cajamarca, se establecieron seis dimensiones: alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés, la responsabilidad en salud, soporte interpersonal y autoactualización (Anexo 5). Estas dimensiones fueron evaluadas como factores que influyen directa o indirectamente en la salud materna, especialmente en el contexto de la preeclampsia.

El estilo de vida en cuanto a la dimensión de alimentación, los resultados mostraron que un 52,3% de las gestantes presentaban una alimentación no saludable y con un 47,7% manifestó tener una alimentación adecuada. Esta distribución demuestra una ligera mayoría con hábitos alimentarios inadecuados, lo cual representa un factor de riesgo importante considerando la implicancia que la nutrición tiene en la salud materna o fetal. Comparando los resultados con Sáenz, R (67), encontró que las gestantes con alimentación saludable fueron de 44,4% y no saludables 55,6%. Sin embargo, contrastan significativamente con lo hallado por Villena, K (17), donde predominaban los hábitos alimenticios saludables con un 73,3% de las participantes, reflejando diferencias que podrían estar asociadas al entorno geográfico, nivel educativo o acceso a recursos alimentarios. La dieta desequilibrada en gestantes con preeclampsia puede contribuir a un mayor estrés oxidativo y desregulación endotelial, factores claves en la fisiopatología de esta condición.

Asimismo, en cuanto se refiere a la dimensión del ejercicio físico, se observó que el 56 % de las gestantes realizaba actividad de forma discontinua, frente a un 44% que mantenía una práctica continua, estos datos indican una tendencia significativa al sedentarismo. Confrontando con los resultados de la investigación de Gutiérrez, Valdivia (68), se aprecia similitud, puesto que ellos identificaron un 63,4% de inactividad física; análogo a la información encontrada por Rebolledo R, et. al. (13) hallaron un 71,2% de gestantes inactivas físicamente, comparado con lo obtenido por Villena, K (17) y Chávez, L (69) con un 54,3% y 56,6% respectivamente, y Fondjo L, et al. (70) con un 37,7%. Estos resultados sugieren que los factores como el entorno cultural, la promoción de actividad física durante la gestación y las condiciones físicas o laborales de la gestante podrían influir en estos patrones. Es importante destacar que la inactividad física ha sido reconocida como un factor que incrementa la resistencia vascular y contribuye al mal pronóstico materno fetal en casos de preeclampsia.

Para la dimensión de manejo del estrés, se identificó que el 52,3 % de las embarazadas presentaron dificultades para gestionar adecuadamente situaciones estresantes, mientras que el 47,7 % reportó un manejo emocional estable. Estos resultados manifiestan una

distribución casi equitativa, aunque con una leve predominancia de mujeres en condición de vulnerabilidad emocional; este hallazgo resulta preocupante, dado que el estrés crónico o mal gestionado en el embarazo se ha vinculado a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, entre ellas, la preeclampsia. Al contrastar el estudio de Villena, K (17), se observa una diferencia significativa, puesto que en dicho estudio la mayoría de pacientes tienen un manejo de estrés estable (98,8%) y una minoría no estables (1,2%), teniendo en cuenta que se trató de una muestra de gestantes, que fueron analizadas en un contexto general, lo que sugiere variaciones contextuales o sociodemográficas que podrían incidir en la gestión emocional de las pacientes.

También, a nivel de la dimensión de responsabilidad en salud, un 57,8 % de las embarazadas tuvieron actitudes y conductas de autocuidado inadecuadas o negativas, a comparación con el 42,2 % que asumía una postura activa y positiva hacia el mantenimiento de su salud durante el embarazo. Realizando una comparación con lo encontrado por Gabino, R (21), que fue una distribución similar, arrojó que 54% fueron negativas y 46% positiva. Este resultado reflejó una necesidad importante de intervención educativa que fortalezcan el rol activo de la gestante en la prevención de riesgos y la promoción del autocuidado, especialmente en casos de embarazo con complicaciones como la preeclampsia.

Respecto a la dimensión de soporte interpersonal, se halló que el 58,7 % de las embarazadas no contaba con redes de apoyo emocional o social efectivas, mientras que el 41,3 % reportó recibir acompañamiento y respaldo adecuado positivo. La carencia de una red de apoyo constituye un importante factor de riesgo psicosocial, especialmente en contextos de vulnerabilidad, ya que limita el afrontamiento de situaciones estresantes y puede contribuir a la aparición o agravamiento de patologías gestacionales. Estos resultados indican que más de la mitad de las mujeres analizadas se encontraban en un entorno relacional limitado, lo que refuerza la necesidad de considerar el componente psicosocial dentro del manejo integral de la preeclampsia.

En contraste con las demás dimensiones, la autoactualización fue la única categoría en la que predominó el perfil positivo. Se registró que el 72,5 % de las gestantes presentó actitudes orientadas al crecimiento personal, al desarrollo de metas y a la proyección de vida, mientras que solo el 27,5 % mostró limitaciones en este aspecto. El resultado podría interpretarse como un factor protector potencial frente a otras dimensiones deficitarias, puesto que, aquellas gestantes que mantienen aspiraciones personales y sentido de propósito pueden mostrar una mayor resistencia ante situaciones adversas.

En conjunto, los resultados que se relacionan con los estilos de vida demostraron que un número importante de gestantes con preeclampsia presentó hábitos de vida poco saludables, especialmente en las dimensiones de alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés, responsabilidad en salud y soporte interpersonal. Estos hallazgos podrían estar incidiendo negativamente en la evolución clínica de esta patología. Lo anterior, respalda la hipótesis de que los estilos de vida desfavorables constituyen factores condicionantes notables en la aparición y evolución clínica de la preeclampsia. En este sentido, la promoción de estilos de vida saludables desde el primer nivel de atención resulta una estrategia clave para prevenir complicaciones maternas y perinatales.

El colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) (71) afirma que la preeclampsia es una patología que puede afectar a diversos sistemas del organismo materno, pudiendo manifestarse con o sin signos clínicos adicionales a la hipertensión. Esta condición se clasifica como preeclampsia sin y con criterios de severidad, es por ello que la tabla N°3, muestra que la frecuencia de preeclampsia sin criterios de severidad en gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca fue de 73,4%, mientras que los caso con criterios de severidad representaron un 26,6%; estos resultados los comparamos con la investigación que realizó Ventura, H (72), donde reportó una frecuencia de gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad del 58,4% y con criterios de severidad 41,6%; a diferencia de los resultados encontrados por Villena, K (17) quien encontró porcentajes significativamente menores, con un 14% sin signos de severidad y con criterios de severidad un 4,7%. Ante estos resultados podemos identificar que la frecuencia de casos de gestantes sin criterios de severidad en el presente estudio es alta, por ello es importante trabajar en los controles prenatal, enfatizando la adecuada medición de la presión arterial para llevar un seguimiento continuo y oportuno de las pacientes.

En cuanto a la relación entre la preeclampsia y los estilos de vida, los resultados obtenidos en este estudio respaldan la hipótesis de que estos van a desempeñar un papel primordial ante la aparición y evolución de la preeclampsia en mujeres embarazadas. En cuanto a la tabla N°4, muestra que el 60,6% de las mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia presentaban estilos de vida inadecuados, mientras que solo el 39,4% mantenía hábitos adecuados; estos datos tiene relación similar con el estudio de Gabino, R (21) puesto que presenta un 54% de estilo de vida inadecuado y únicamente con un 20% muestra un estilo de vida adecuado; lo contrario a lo presentado por Villena, K (17), identificó mayor presencia de patrones saludables, lo cual podría estar condicionado por

las características de la muestra y el contexto socioeconómico y cultural de la población evaluada.

La tabla N ° 5, profundiza en el análisis al comparar las dimensiones del estilo de vida según la severidad de la preeclampsia. En particular, se evidenció que las embarazadas con preeclampsia con criterios de severidad presentaban una alimentación no saludable en un 22% de los casos, mientras que aquellas sin criterios de severidad alcanzaban un 30,3%. Por otro lado, la alimentación saludable se encontró en 43,1% de las gestantes sin severidad, siendo mínima en los casos severos. Estos resultados coinciden con lo que reporta Herrera y Ortega, que según su estudio identificaron que la ingesta deficiente de micronutrientes en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad se asocia con la disfunción endotelial y por ende aumenta el riesgo a nivel de las complicaciones obstétricas.

Lo encontrado en este estudio propone que, si bien no existe una razón específica para el desarrollo de la preeclampsia, se conoce la influencia de diversos factores, entre ellos genéticos, inmunológicos, placentarios, y especialmente los relacionados con el estilo de vida. Dentro de este último, la alimentación destaca como un componente clínicamente significativo. Identificar los hábitos no saludables como factores de riesgo es clave para diseñar e implementar estrategias que intervengan en el ámbito nutricional desde los inicios del embarazo o desde la planificación preconcepcional.

De la misma manera, es importante que se refuercen programas de salud para gestantes con enfoque preventivo, y que dentro de ello sea importante la educación nutricional durante la gestación, de esta manera no solo se puede reducir la incidencia de preeclampsia sino también menorar la severidad y complicaciones materno fetales.

En cuanto a la dimensión de ejercicio físico, los resultados revelaron diferencias significativas según la severidad de la preeclampsia. En las gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, se observó una alta proporción de actividad física discontinua con un 21,1% a diferencia del 5,5% que solo realizaba ejercicio de manera continua. En contraste, entre las gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad, el ejercicio físico fue más frecuente, con un 34,9% que lo realizaba de manera discontinua y un 38,5 % de forma continua. Los resultados muestran que el ejercicio físico en el tiempo de la gestación tiene mayor impacto protector ante la gravedad de la preeclampsia. Las mujeres con menor nivel de actividad física presentaron una mayor tendencia a desarrollar cuadros clínicos más graves, lo cual refuerza la relevancia del ejercicio como un factor modificable en la prevención de complicaciones hipertensivas.

Lo encontrado coincide con los estudios realizados por Poyatos, R (73) observó que el ejercicio físico era mucho menor en el grupo de preeclampsia con criterios de severidad, esto puede ser producto de las costumbres, diversos factores sociales, culturales y fisiológicos que son los limitantes para la realización de ejercicio en la gestación. Investigaciones recientes demuestran que cuando hay actividad física moderada puede reducir el riesgo de padecer de presión alta en el embarazo y mejora la función vascular(74).

De otra manera, la inactividad física se ha asociado con mayor inflamación sistémica y una menor capacidad que el organismo tiene para poder adaptarse a los cambios fisiológicos en la gestación; esta limitación funcional podría dar una explicación en la mayor severidad clínica de pacientes inactivas físicamente; a causa de que su organismo se encuentra en condiciones menos óptimas para enfrentar el estrés hemodinámico y metabólico del embarazo. Además, la ausencia de la actividad física en gestantes tiene relación con un mayor riesgo de complicaciones metabólicas, como son el aumento excesivo del peso, la resistencia a la insulina ocasionando diabetes y una deficiente calidad de sueño. Estos factores de manera individual o combinada, se han identificado como elementos que aumentan significativamente el riesgo de padecer preeclampsia, afectando tanto la evolución del embarazo como los desenlaces maternos – fetales (75).

Ante ello, la actividad física debe ser considerado como parte importante en el estilo de vida de una mujer embarazada, desde el inicio de su gestación. Promover la práctica de ejercicios para que sea segura y con supervisión como parte de las atenciones prenatales no solo es una recomendación clínica, sino una necesidad de salud pública para reducir la incidencia y severidad de enfermedades como la preeclampsia. La ACOG (76), recomienda siempre y cuando sean embarazos sin complicaciones, fomentar por lo menos 150 minutos de la realización de ejercicio físico moderado a lo largo de una semana, distribuidos de manera regular, como una estrategia eficaz para mejorar la salud cardiovascular, metabólica y emocional de la madre, así como prevenir condiciones hipertensivas del embarazo.

En relación con la dimensión de manejo de estrés, los datos obtenidos evidencian diferencias significativas entre los grupos de gestantes según la severidad de la preeclampsia. Solo el 7,3 % de las pacientes con preeclampsia con criterios de severidad mostraron una manera estable del estrés, mientras que un 19,3% se encontraron en condición inestable. Lo contrario se presenta en la forma más leve de la patología, donde el 40,4 % presentó un manejo estable del estrés, frente a un 33% con manejo inestable. Los datos muestran un inadecuado manejo del estrés en las embarazadas, esto explica

que el ser humano es un ser propenso de ser afectado por la sociedad, en donde existen inquietudes u opresiones que propician la aparición del estrés, circunstancias que conducen a trastornos psicosomáticos y conllevan riesgos importantes para la salud materna y fetal, especialmente si no se mejoran adecuadamente en el embarazo y el parto.

Un análisis más detallado del grupo estudiado muestra que un gran porcentaje de mujeres con preeclampsia son multigestas y convivientes, esto quiere decir que, tienen más responsabilidad tanto familiares como financieras, lo que incrementa el riesgo de estrés crónico. De la misma manera, la estabilidad de emociones de las gestantes puede verse afectada por el entorno social desfavorable y las relaciones interpersonales conflictivas; ante ello, el que una embarazada tenga un grupo de apoyo donde esté la pareja, familiares, amigos y demás personas lograrán que mejore su estrés y bienestar psicológico.

Ser responsable con la salud ayudará a cada persona a mejorar sus estilos de vida, más aún a una gestante que siendo responsable en el cuidado de su salud puede evitar muchas complicaciones que se desencadenarían por no acudir a tiempo a un establecimiento de salud o por no tener la información necesaria para poder prevenir una enfermedad o tratarla a tiempo.

Al analizar la dimensión responsabilidad en salud, se identificó que el 20,2 % de gestantes con preeclampsia con criterios de severidad manifestaba actitudes negativas hacia el cuidado de su salud, mientras que solo el 6,4% evidenció actitudes positivas. En contraste, entre aquellas con baja responsabilidad en salud, el 37,6% cursó con preeclampsia sin criterios de severidad, frente al 35,8% de quienes evidenciaban un enfoque positivo hacia su bienestar. Se identificó que las gestantes con preeclampsia con criterios de severidad tienden a presentar comportamientos menos responsables como automedicarse, no consultar con profesionales de la salud sobre algún malestar presentado, lo cual influye negativamente en la evolución de su estado clínico.

La dimensión de responsabilidad de salud involucra la capacidad individual de las personas de poder tomar decisiones con información previas acerca del bienestar, conductas saludables y búsqueda de atención médica de manera oportuna. Esta dimensión es crítica durante la gestación, puesto que una actitud responsable puede marcar la diferencia en la prevención o el agravamiento de complicaciones como la preeclampsia.

El Ministerio de Salud, reconociendo que la preeclampsia es una patología que puede conducir a la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal, implementa estrategias de prevención, detección temprana y manejo de la misma enfermedad, enfocándose en el

control prenatal, especialmente en el control de presión arterial, exámenes de laboratorio y la educación de las gestantes.

En cuanto a la dimensión de soporte interpersonal, se ha encontrado que el 21,1% de las gestantes con preeclampsia severa recibió apoyo negativo, y de forma positiva un 6,4%, a comparación de las pacientes con preeclampsia sin criterios de severidad, donde un 37,6% manifestó un soporte negativo y un 35,8% de forma positiva. Esto sugiere que, aunque el nivel de apoyo no evidencia variaciones, el mayor estrés y carga clínica en casos severos limita la capacidad de las mujeres embarazadas para cuidar adecuadamente su salud. En línea con ello, Qiu, C (77) encontró que la depresión moderada se relaciona con un riesgo 2,3 veces mayor de preeclampsia, y la depresión moderada a severa eleva este riesgo hasta 3,2 veces.

Otro hallazgo importante muestra que el 11% de las evaluadas con preeclampsia con criterios de severidad presentó actitudes positivas hacia el autocuidado, difiriendo con un 61,5% de las pacientes sin criterios de severidad, eso nos hace ver que la conciencia sobre riesgos y la educación en salud permite a las gestantes detectar signos y síntomas de alarma y busquen atención oportuna en un establecimiento de salud, disminuyendo complicaciones en esta etapa; así mismo, se resalta la importancia del apoyo familiar y social, pues en un entorno de acompañamiento adecuado contribuye significativamente al bienestar de la gestante. Asimismo, el grado de instrucción de las gestantes en estudio influyen en la dimensión de autoactualización, pues busca el crecimiento personal y mientras mayor nivel educativo se adquiere mayor conocimiento en el desarrollo de la persona.

La autoactualización como dimensión del estilo de vida, entendida como la búsqueda activa de información sobre la salud y la disposición para optar cambios en el estilo de vida, se muestra como un factor protector frente a la progresión de la preeclampsia. El acceso a la información confiable, ya sea por medios informativos o a través de profesionales de la salud capacitados, permite identificar precozmente los factores de riesgo y tomar acciones preventivas eficaces. En este sentido, se hace necesaria la implementación de estrategias educativas, programas de tamizaje y seguimiento personalizado, con el objetivo de reducir la incidencia y las complicaciones asociadas a esta enfermedad.

Es posible que las distintas determinantes sociales de los estilos de vida sean componentes que influyan en las mujeres gestantes y no tengan un adecuado estilo de vida. Factores como el machismo, el deficiente nivel de estudios, así también como la religión y costumbres, pueden limitar la adopción de hábitos saludables; sin embargo, esta

dinámica no solo afecta a la gestante, sino que puede perpetuarse a nivel familiar, instaurando un ciclo de estilos de vida inadecuados que se repiten de generación en generación.

El estudio realizado tuvo como fin el determinar la relación entre los estilos de vida y la preeclampsia, los resultados obtenidos permiten confirmar que los estilos de vida de la mujer embarazada es un factor clave para la aparición y progresión de esta patología. Se evidenció que las pacientes con estilo de vida inadecuados presentaron una mayor prevalencia de preeclampsia con criterios de severidad, en comparación con las gestantes que mantenían un estilo de vida adecuado.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación evidencian que hay una relación significativa entre los estilos de vida y la presencia de preeclampsia, tanto sin criterios de severidad o con criterios de severidad. Por lo tanto, se reafirma la necesidad de intervenciones integrales que promuevan el autocuidado, la educación en salud, el soporte social y la equidad en el acceso a servicios, como medidas clave para prevenir esta condición y proteger la salud materna y perinatal.

CONCLUSIONES

Lo encontrado en el presente trabajo de investigación, en concordancia a los objetivos y la hipótesis formuladas, permitieron concluir lo siguiente:

1. Las pacientes embarazadas con diagnóstico de preeclampsia que fueron atendidas en el Hospital II – E Simón Bolívar se caracterizaron, en su mayoría, por tener entre 18 y 29 años de edad, ser convivientes, con instrucción secundaria completa, de religión católica, dedicadas principalmente a las labores del hogar, primigestas y con una edad gestacional mayor a 37 semanas.
2. Los estilos de vida de las gestantes, según las dimensiones evaluadas, presentaron en su mayoría una tendencia negativa, predominando conductas como alimentación no saludable, práctica de ejercicio físico de manera discontinua, manejo de estrés no estable, responsabilidad en salud y soporte interpersonal negativo; sin embargo, se observó como aspecto positivo la dimensión de autoactualización.
3. La preeclampsia sin criterios de severidad tuvo mayor frecuencia confrontado con los casos de preeclampsia con criterios de severidad, representando menos del doble de los casos.
4. Se estableció la relación entre las dimensiones de los estilos de vida y la preeclampsia con y sin criterios de severidad, encontrándose que, en gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad, prevalece de forma positiva hábitos como la alimentación saludable, el ejercicio físico regular, el manejo adecuado de estrés y la autoactualización; no obstante, se mantuvieron de manera negativa la responsabilidad en salud y el soporte interpersonal. En contraste, las embarazadas con preeclampsia con criterios de severidad presentaron una tendencia negativa todas las dimensiones evaluadas del estilo de vida, lo que resalta su impacto en la gravedad de la condición.
5. Finalmente, se concluye que existe una relación significativa entre los estilos de vida y preeclampsia en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024, según los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi cuadrado ($p=0,016$). Estos resultados han permitido comprobar la hipótesis planteada, resaltando que las distintas dimensiones de los estilos de vida tales como la alimentación, actividad física, manejo

de estrés, autoactualización, responsabilidad en salud y soporte interpersonal, influyen directamente en la aparición y severidad de la preeclampsia.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca:

- Se sugiere la implementación de programas educativos de forma permanente en los establecimientos de salud dirigidos exclusivamente a gestantes y familiares, enfatizando la promoción de los estilos de vida en sus diferentes dimensiones durante el embarazo, como es la nutrición, el ejercicio físico dentro de la actividad física segura y continua, el manejo de estrés de manera positiva y abandono de los hábitos nocivos.
- De la misma manera se sugiere crear iniciativas locales para informar sobre la relevancia de mantener hábitos saludables durante el embarazo, utilizando medios de comunicación de la zona, redes comunitarias y actores sociales importantes en Cajamarca.

A la Dirección del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca:

- Se sugiere, mantener una capacitación de manera regular de los profesionales de salud en promoción de la salud materna, tamizaje, prevención de la preeclampsia y el enfoque holístico del riesgo obstétrico vinculado a los estilos de vida poco saludables, aplicando guías actualizadas.
- Promover talleres de estimulación temprana y psicoprofilaxis en donde se desarrollen técnicas de relajación y respiración, caminatas, yoga, asesoramiento psicológico, acompañamiento familiar, educación en el cambio endocrinológico del cerebro, siendo beneficioso para la madre y el niño por nacer.

Al profesional obstetra:

- Reconocer de manera oportuna los estilos de vida inadecuados y riesgo de preeclampsia durante el control prenatal desde el primer nivel de atención en salud, con una evaluación sistemática de los hábitos alimenticios, actividad física, nivel de estrés, soporte emocional de la gestante.
- Ofrecer consejería personalizada adaptada al lenguaje, nivel sociocultural y educativo a cada mujer embarazada sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable para prevenir complicaciones como la preeclampsia.

- Promover el autocuidado de las gestantes y la participación activa en su proceso de salud mediante estrategias personalizadas, que incluyan asesoramiento individualizado y seguimiento constante desde el primer trimestre de gestación.
- Se sugiere fortalecer la vigilancia y evaluación ecográfica de marcadores de riesgo asociados a la preeclampsia, con el fin de lograr un diagnóstico más oportuno e implementar las medidas preventivas y eficaces en especial en pacientes con factores de riesgo.

A los docentes de la EAPO de la Universidad Nacional de Cajamarca:

- Fortalecer la formación en promoción de los estilos de vida saludable en sus diversas dimensiones y la importancia de inculcar estos conocimientos a las gestantes y su entorno, previniendo de esta manera altos índices que conlleven a complicaciones en esta etapa de la gestación como es la preeclampsia.
- Incentivar a la realización de investigaciones relacionadas con el tema, elaborando propuestas de intervención innovadoras para el logro de una disminución de este problema en la sociedad.

A los estudiantes de la EAPO de la Universidad Nacional de Cajamarca

- Continuar con las investigaciones relacionadas al tema, considerando otros establecimientos de salud, para poder tener datos representativos a nivel regional o nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Salud. Preeclampsia, factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2024 [citado 29 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/103-preeclampsia-factor-de-riesgo-de-enfermedades-cardiovasculares>
2. Ministerio de Salud. Boletín de Mortalidad Materna en el Perú: Informe anual 2021 [Internet]. Dirección General de Epidemiología; 2022 [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/BOLETIN_ANUAL_2021.pdf
3. Gerencia asistencial de atención primaria. Atención Primaria. 2021 [citado 4 de enero de 2025]. Estilos de Vida. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/ciudadanos/estilos-vida>
4. Morales EV, et. al. Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. Journal of Negative and No Positive Results. octubre de 2019;4(10):1011-21.
5. Muñoz J. El estadio de desarrollo fetal - Salud femenina. [citado 6 de enero de 2025]. Manual MSD. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-normal/el-estadio-de-desarrollo-fetal>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La nutrición materna. [citado 17 de agosto de 2024]. UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/nutricion-materna>
7. Gobierno de México. Activa tu modo saludable [Internet]. 2021 [citado 29 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/activa-tu-modo-saludable>
8. Enquobahrie D, et. al. El estilo de vida de las madres durante el embarazo podría influir en el riesgo de diabetes y obesidad | Facultad de Salud Pública de la Universidad de Washington [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://sph.washington.edu/news-events/news/mothers-lifestyle-during-pregnancy-may-impact-risk-diabetes-obesity>
9. Rial-Vázquez J, et. al. Actividad física en el embarazo y puerperio: prevalencia y recomendaciones de los profesionales sanitarios. Aten Primaria. mayo de 2023;55(5):102607.
10. Ortiz S, et. al. Hábitos de ejercicio físico durante la gestación y sus factores asociados. 2020 [citado 3 de enero de 2025]. Nursing Research Journal. Disponible en: https://www.google.com/search?q=En+Espa%C3%B1a+se+muestra+en+un+estudio+que+el+69.5%25de+gestantes+realizan+ejercicio+f%C3%ADsico+desde+actividades+suaves+como+caminar&rlz=1C1VDKB_esPE1025PE1025&oq=En+Espa%C3%B1a+se+muestra+en+un+estudio+que+el+69.5%25de+gestantes+realizan+ejercicio+f%C3%ADsico+desde+actividades+suaves+como+caminar&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzUxN2owajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
11. Hadad D. Encuesta global sobre salud: en qué países las personas se sienten más y menos saludables. [citado 29 de diciembre de 2024]. Infobae. Disponible en:

<https://www.infobae.com/salud/2023/04/07/encuesta-global-sobre-salud-en-que-paises-las-personas-se-sienten-mas-y-menos-saludables/>

12. United Nations Children's Fund. Carga de enfermedad y económica del sobrepeso y la obesidad en mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes en Colombia. [citado 3 de enero de 2025]. UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/media/12716/file/Estudio%20Obesidad%20en%20Colombia%20F%20Alzak.pdf>
13. Rebolledo-Cobos R, et. al. Actividad física en gestantes de bajo nivel socioeconómico Barranquilla, Colombia en el 2023. *Duazary*. 31 de diciembre de 2023;20(4):252-60.
14. Mogrovejo KEA, et. al. Estado nutricional y prácticas alimentarias en gestantes a término en Lima, Perú. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* [Internet]. 26 de septiembre de 2023 [citado 3 de enero de 2025];43(4). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/425>
15. Torres A, et. al. Estilo de vida en las gestantes atendidas en el centro de salud José Olaya 2022. *Revista Cuidado y Salud Pública*. 30 de junio de 2024;4(1):31-5.
16. Egoavil J. Relación entre el nivel de estrés y el nivel de ansiedad en gestantes durante la pandemia, Hospital San Juan De Lurigancho, 2021. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2021 [citado 3 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5405>
17. Villena K. Estilos de vida y preeclampsia. Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca.2020. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 5 de abril de 2022 [citado 3 de enero de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4711>
18. Flores J, et. al. Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el ecuador, manejo, prevención y tratamiento. *Mortalidad. RECIMUNDO*. 15 de julio de 2023;7(2):49-62.
19. Huamán G, et. al. Características de la atención prenatal en gestantes atendidas en tiempos de pandemia en un centro hospitalario de Cajabamba, Cajamarca 2020. *Repositorio Académico USMP* [Internet]. 2023 [citado 3 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11596>
20. Sánchez G. Preeclampsia – Una complicación del embarazo, diagnóstico y tratamiento. 2022 [citado 3 de enero de 2025]. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/preeclampsia-una-complicacion-del-embarazo-diagnostico-y-tratamiento/>
21. Gabino R. Estilo de vida y su influencia en el desarrollo de preeclampsia en mujeres de 25 a 40 años. Hospital general Monte Sinaí. Guayas, 2023. [Internet]. [citado 3 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/10496>
22. López L, et. al. Perfil estilo de vida promotor de salud de las gestantes inscritas en un programa de control prenatal. *Montería 2022* [Internet]. [Córdoba]: Universidad de Córdoba; [citado 3 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/entities/publication/d7a1f518-af65-43f3-b76e-fb30ff694541>

23. Cano K, et. al. Estilo de vida en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Progreso 2021. [citado 3 de enero de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/4358>
24. Ñañez M. Incidencia de la preeclampsia en las gestantes atendidas en el centro de salud de Yauli, Huancavelica 2019 y 2020. [citado 3 de enero de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/3706>
25. Colque A. Una visión panorámica del estilo de vida y rendimiento académico en estudiantes de medicina: Una revisión actualizada. Revista de la Facultad de Medicina Humana. octubre de 2023;23(4):117-28.
26. Lorenzo J, et. al. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. abril de 2019;23(2):170-1.
27. Balanzá V. Evaluación de los cambios en el estilo de vida durante la pandemia de COVID-19 utilizando una escala multidimensional. [citado 4 de enero de 2025]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173505021000054?via%3Dihub>
28. Bahabadi FJ, et. al F. Predictors of Health-Promoting Lifestyle in Pregnant Women Based on Pender's Health Promotion Model. IJWH. 24 de febrero de 2020;12:71-7.
29. Oh JW, et. al. Empleo femenino en industrias y riesgo de preeclampsia y diabetes gestacional: un estudio poblacional nacional de la República de Corea. Saf Health Work. septiembre de 2023;14(3):272-8.
30. Gobierno de Colombia. ¿Qué es una alimentación saludable? [Internet]. [citado 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/que-es-alimentacion-saludable.aspx>
31. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Nutrición durante el embarazo [Internet]. [citado 17 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/nutrition-during-pregnancy>
32. Organización Mundial de la Salud. Alimentación en gestantes [Internet]. [citado 17 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int>
33. Poma J. Prácticas alimentarias de las madres relacionadas con el estado nutricional de preescolares en el Puesto de Salud - Huacrapuquio - 2014. Universidad Nacional del Centro del Perú [Internet]. 2014 [citado 4 de enero de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1077>
34. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2025. [citado 17 de agosto de 2025]. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/fao-flagship-publications/the-state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world/es>
35. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio [Internet]. 2019 [citado 18 de mayo de 2025]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964541/rm_007-2017-minsa.pdf

36. Organización Mundial de la Salud, WHO. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
37. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. 2024 [citado 4 de enero de 2025]. WHO. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
38. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 4 de enero de 2025]. Actividad Física. Ejercicio físico. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/actividad-fisica/actividad-fisica-ejercicio-fisico>
39. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Actividad física y ejercicio durante el embarazo y el posparto. [citado 18 de abril de 2025]. Obstetricia y Ginecología. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2020/04000/physical_activity_and_exercise_during_pregnancy.61.aspx
40. Organización Mundial de la Salud. Estrés [Internet]. [citado 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
41. Valdez Y, et. al. Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes de la licenciatura en Enfermería. Revista Enfermería Global [Internet]. 2022 [citado 4 de enero de 2025];21(65). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412022000100248&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Mayo Clinic. Control del estrés [Internet]. [citado 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/stress-management/about/pac-20384898>
43. Aguilar S, et. al. Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. junio de 2020 [citado 18 de agosto de 2025];49(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572020000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Guerra L. ¿Cómo Manejar el Estrés Durante el Embarazo? [Internet]. Dr. Leonardo Guerra. 2024 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://drleoginecologo.com/como-manejar-el-estres-durante-el-embarazo/>
45. Torres Y, et. al. Responsabilidad personal con la salud. Conocimientos y percepciones de diferentes actores sociales. Revista Finlay [Internet]. septiembre de 2020 [citado 4 de enero de 2025];10(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342020000300280&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Perales A. Conferencia Internacional sobre Ética en Salud 2018: “Ética y responsabilidad social en salud” [Internet]. [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://anmperu.org.pe/sites/default/files/anales-2018/45-Etica-y-responsabilidad-social-en-salud-239-242.pdf>
47. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

48. Ministerio de Salud. Llevar controles prenatales y una buena alimentación es vital para una maternidad saludable [Internet]. [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/28441-llevar-controles-prenatales-y-una-buena-alimentacion-es-vital-para-una-maternidad-saludable>
49. Instituto Mexicano del Seguro Social. Control prenatal con atención centrada en la paciente [Internet]. México; [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
50. Etecé. Relaciones interpersonales - Qué son, tipos y ejemplos. [citado 5 de enero de 2025]. Concepto. Disponible en: <https://concepto.de/relaciones-interpersonales/>
51. Osorio N, Oviedo A. Relaciones sanas: ¿Cómo fortalecer tus vínculos emocionales? [Internet]. [citado 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://nelaosorio.es/blog/relaciones-sanas-como-fortalecer-tus-vinculos-emocionales>
52. Ocampo M, et. al. Relación entre apoyo social, funcionamiento familiar, características sociodemográficas y ginecobstétricas en gestantes que asisten a cuidado prenatal. Enfermería Global [Internet]. abril de 2025 [citado 15 de junio de 2025];24(75). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412025000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Olson A. La teoría de la auto actualización [Internet]. 2020 [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/pe/blog/la-teoria-de-auto-actualizacion>
54. Roza L. La salud mental en el embarazo y los cambios psicológicos [Internet]. 2023 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.psicologiasexologiamallorca.com/salud-mental-en-el-embarazo/>
55. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. [citado 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
56. Campos N, et. al. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes atendidas en el centro de salud la Tulpuna – Cajamarca, 2022. Repositorio Institucional - USS [Internet]. 2023 [citado 5 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10855>
57. Brown MA, et. al. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Hypertension [Internet]. julio de 2018 [citado 18 de agosto de 2025];72(1). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hypertensionaha.117.10803>
58. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 [Internet]. 2023 [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
59. Alva A. Obesidad asociada a Preeclampsia en gestantes [Internet]. [Trujillo-Perú]: Universidad César Vallejo; 2023 [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131735/Alva_VAC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

60. Herrera L. Estilo de Vida. [citado 4 de enero de 2025]. Unidades de Apoyo para el Aprendizaje - CUAIEED - UNAM. Disponible en: <https://uapa.cuaieed.unam.mx/node/1122>
61. Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2014 [citado 3 de julio de 2025];18(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355009>
62. Jung E, et. al. The etiology of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 3 de julio de 2025];226(2). Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)02585-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)02585-0/fulltext)
63. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Reporte Cajamarca [Internet]. 2023 [citado 11 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/mimp>
64. Romero J. Nivel socioeconómico bajo como factor asociado a preeclampsia en el Hospital Regional Docente las Mercedes durante el año 2021. Repositorio Académico USMP [Internet]. 2023 [citado 6 de julio de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11778>
65. Kamali Z, et. al. Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2018;7. Disponible en: https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2018/07000/effect_of_spiritual_care_education_on_postpartum.73.aspx
66. Palanikumar A. Inmunología en la interfaz materno - fetal [Internet]. Facultad de Medicina de la Universidad de Illinois de Rockford; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574542/>
67. Saenz R. Hábitos alimentarios en gestantes con preeclampsia atendidos en el hospital docente materno infantil «El Carmen», Huancayo - 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/12609d23-90c3-4938-bf65-2f4d810b663f>
68. Gutiérrez Navarrete KB, Valdivia Uceda TH. Relación entre sedentarismo y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2024 [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2025 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/item/7a4846c1-f411-4627-871b-45005f920220>
69. Chávez L. Factores de riesgo de preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital EsSalud Nivel II – Huánuco, 2021 [Internet]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/96f59d91-c0af-484b-a487-a44ec7225387>
70. Fondjo LA, et. al. Hematobiochemical variability and predictors of new-onset and persistent postpartum preeclampsia. *Sci Rep* [Internet]. 4 de marzo de 2022 [citado 6 de julio de 2025];12(1). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-07509-5>
71. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Preeclampsia y presión arterial alta durante el embarazo [Internet]. [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preeclampsia-and-high-blood-pressure-during-pregnancy>

72. Ventura H. Relación del índice de masa pregestacional y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en hospital Simón Bolívar IIE -2023. [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7045/TESIS%20VENTURA%20ATALAYA%20HAO%20ZHIHUA.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
73. Poyatos R. Efectos de la actividad física durante el embarazo y puerperio sobre el tipo de parto y la depresión postparto [Internet] [tesis]. Universidad de Castilla-La Mancha; 2017 [citado 7 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150131>
74. Sacerio I, et. al. La actividad física durante la etapa de gestación. Revista Finlay [Internet]. junio de 2022 [citado 19 de junio de 2025];12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342022000200126&lng=es&nrm=iso&tlng=es
75. Muñoz J. Fisiología del embarazo - Ginecología y obstetricia [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atención-prenatal/fisiología-del-embarazo>
76. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Ejercicio durante el embarazo [Internet]. 2024 [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/exercise-during-pregnancy>
77. Qiu C, et. al. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. BMC Womens Health [Internet]. 27 de septiembre de 2007 [citado 11 de julio de 2025];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2148036/>

ANEXO 1



Anexo 1: Instrumento para recojo de información

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. OBSTETRICIA



CUESTIONARIO

ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR, CAJAMARCA-2024

Buenos días (tardes) soy, Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez, estudiante de la Universidad Nacional de Cajamarca, de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia. El presente cuestionario tiene como objetivo determinar la **RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR, CAJAMARCA-2024**. Este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial por lo cual su opinión al respecto es importante. Muchas gracias.

Fecha.....

Nº de Ficha.....

I. DATOS GENERALES:

1.1 Edad de la paciente:

- a) 12-17 años ()
- b) 18-29 años ()
- c) 30- 45 años ()

1.2 Estado Civil:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Conviviente ()
- d) Separada ()
- e) Divorciada ()
- f) Viuda ()

1.3 Grado de Instrucción:

- a) Sin instrucción ()
- b) Primaria Incompleta ()
- c) Primaria Completa ()
- d) Secundaria Incompleta ()
- e) Secundaria Completa ()
- f) Superior Técnico incompleto ()
- g) Superior Técnico completo ()
- h) Superior Universitario incompleto ()
- i) Superior Universitario completo ()

1.4 Religión:

- a) Ninguna ()
- b) Católica ()
- c) Evangélica ()
- d) Adventista ()
- e) Otros () Especifique: _____

1.5 Ocupación:

- a) Ama de Casa ()
- b) Estudiante ()
- c) Trabajadora independiente ()
- d) Trabajadora dependiente ()

1.6 Gravidéz

- a) Primigesta ()
- b) Segundigesta ()
- c) Multigesta ()

1.7 Edad gestacional:

- a) 20 – 27 6/7 ss ()
- b) 28-34 ss ()
- c) 35-36 6/7 ss ()
- d) > 37ss ()

II. DATOS SOBRE PREECLAMPSIA

- a) Paciente con preeclampsia sin signos de severidad ()
- b) Paciente con preeclampsia con signos de severidad ()



ANEXO 02

CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILOS DE VIDA

(PEPS-I)



Instrucciones:

- a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vive en relación a los hábitos personales actuales.
- b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es su forma de vivir. Por favor no dejar ninguna pregunta sin responder.
- c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor su forma de vivir.

1= Nunca

2= A veces

3= Frecuentemente

4=Rutinariamente

1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti misma	1	2	3	4
4	Realizas ejercicio para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contenta	1	2	3	4
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4

14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4
31	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
32	Hacer medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4
37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	1	2	3	4

39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4
43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4



ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Consentimiento informado

Estimada usuaria:

Siendo estudiante de la Universidad Nacional de Cajamarca, de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, quiero informarle que estoy realizando una investigación titulada Relación entre estilos de vida y preeclampsia en el Hospital II-E Simón Bolívar, cuyo objetivo del estudio es determinar la asociación entre los estilos de vida y la preeclampsia en el Hospital II-E Simón Bolívar. Es por ello que usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación mediante el llenado de un cuestionario con alternativas múltiples, que serán marcadas según sus datos generales y actividades cotidianas en relación a su estilo de vida. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y de manera anónima. Como participante, tiene la libertad de desistir en la presente investigación cuando así lo desee. La participación en el estudio no le generará algún costo ni recibirá compensación por participar. El cuestionario se realizará con la autorización del Hospital Simón Bolívar.

La duración esperada de su participación en el llenado del cuestionario es aproximadamente 10 minutos. Participaran en la investigación un número aproximado de 100 gestantes. No serán coaccionadas ni influidas indebidamente a participar o continuar participando. Además, tendrán tiempo y oportunidad para formular preguntas acerca de lo desarrollado, las cuales serán respondidas a satisfacción, antes de aceptar o no su participación.

Por lo tanto, yo _____ He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique una encuesta que evalúe mis conocimientos y prácticas sobre la alimentación durante mi actual gestación, el cual es un instrumento ya validado cuyos datos se manejan de manera confidencial respetando mi privacidad. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma de la participante

Anexo 5

Baremos de estilos de vida

El Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida PEPS – 1 tiene 48 ítem con 4 respuestas:

(1= nunca, 2= a veces, 3= frecuentemente, 4= rutinariamente)

Se suma los puntos de cada columna, siendo el valor **mínimo 48 y máximo 192**, la mayor puntuación refiere mejor estilo de vida.

Los 48 reactivos se subdividen en 6 sub escalas:

Dimensiones de los estilos de vida	N° de ítem	Ítem
Alimentación saludable	6	1, 5, 14, 19, 26, 35
Ejercicio físico	5	4, 13, 22, 30, 38
Responsabilidad en salud	10	2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46
Manejo del estrés	7	6, 11, 27, 36, 40, 41, 45
Soporte interpersonal	7	10, 18, 24, 25, 31, 39, 47
Autoactualización	13	3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida PEPS – 1

NIVEL DE ESTILO DE VIDA	PUNTAJE
SALUDABLE	121-192
NO SALUDABLE	48-120

ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Saludable	16-24
	No saludable	6-15
EJERCICIO FÍSICO	Saludable	14-20
	No saludable	5-13
RESPONSABILIDAD EN SALUD	Saludable	16-40
	No saludable	10-25
MANEJO DE ESTRÉS	Saludable	18-28
	No saludable	7-17
SOPORTE INTERPERSONAL	Saludable	18-28
	No saludable	7-17
AUTOACTUALIZACIÓN	Saludable	33-52
	No saludable	13-32

Anexo 6

CARTILAS DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.	
7. NOMBRE DEL JUEZ	Obstetra Tany Zeina Vallejos Cacho
8. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Título de Obstetriz/ Grado académico de magister en gestión de servicios de salud.
ESPECIALIDAD	Obstetricia de alto riesgo
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	14 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital II-E Simón Bolívar
CARGO	Obstetra Asistencial/Coordinadora de Obstetras de la UPSS de Hospitalización
9. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Relación entre estilos de vida y preeclampsia Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca-2024
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los estilos de vida y la preeclampsia en gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:	
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.	

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	

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	/		/			/	/		/		



INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

4. NOMBRE DEL JUEZ	Obstetra Wilmer Pita Lezma
5. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Título de Licenciada en Obstetricia / Grado académico de MCs. En gestión de servicios de salud
ESPECIALIDAD	Emergencias Obstétricas y alto riesgo obstétrico
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	23 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Universidad Nacional de Cajamarca
CARGO	Docente
6. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Relación entre estilos de vida y preeclampsia Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca-2024
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los estilos de vida y la preeclampsia en gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:	
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.	

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		*****
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
13	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
14	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
15	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
16	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
17	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
18	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
19	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
20	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
21	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
22	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
23	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
24	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
25	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
26	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
27	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		



INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Obstetra Ana Julia Luna Ramirez
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Título de Licenciada en Obstetricia / Grado académico de MCs. En gestión de servicios de salud
ESPECIALIDAD	Emergencias Obstétricas
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	23 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Universidad Nacional de Cajamarca
CARGO	Docente
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Relación entre estilos de vida y preeclampsia Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca-2024
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	Crysthi Fiorella Chuquipoma Gálvez
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los estilos de vida y la preeclampsia en gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:	
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.	

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		*****
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
13	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
14	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
15	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
16	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
17	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
18	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
19	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
20	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
21	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
22	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
23	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
24	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
25	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
26	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
27	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



27	/		/		/	/		/	
28	/		/		/	/		/	
29	/		/		/	/		/	
30	/		/		/	/		/	
31	/		/		/	/		/	
32	/		/		/	/		/	
33	/		/		/	/		/	
34	/		/		/	/		/	
35	/		/		/	/		/	
36	/		/		/	/		/	
37	/		/		/	/		/	
38	/		/		/	/		/	
39	/		/		/	/		/	
40	/		/		/	/		/	
41	/		/		/	/		/	
42	/		/		/	/		/	
43	/		/		/	/		/	
44	/		/		/	/		/	
45	/		/		/	/		/	
46	/		/		/	/		/	
47	/		/		/	/		/	
48	/		/		/	/		/	

Aspectos Generales		Si	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		/		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		/		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.		/		

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES
 APLICABLE

Fecha:	Firma:	E mail:	Teléfono:
	Tany Z. Vallejos Cacho OBSTETRA ESPECIALISTA COP: 22343 RNE: 3965-E.01.7	vtany1983@hotmail.com	951586559

Elaborado por Corral Y (2009)

ANEXO 7

VALIDACION DE INSTRUMENTOS (JUICIO DE EXPERTOS)

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR,
CAJAMARCA-2024

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA

Ítems	E1	E2	E3	V de AIKEN	Descripción
Ítem 1	1	1	1	1	Valido
Ítem 2	1	1	1	1	Valido
Ítem 3	1	1	1	1	Valido
Ítem 4	1	1	1	1	Valido
Ítem 5	1	1	1	1	Valido
Ítem 6	1	1	1	1	Valido
Ítem 7	1	1	1	1	Valido
Ítem 8	1	1	1	1	Valido
Ítem 9	1	1	1	1	Valido
Ítem 10	1	1	1	1	Valido
Ítem 11	1	1	1	1	Valido
Ítem 12	1	1	1	1	Valido
Ítem 13	1	1	1	1	Valido
Ítem 14	1	1	1	1	Valido
Ítem 15	1	1	1	1	Valido
Ítem 16	1	1	1	1	Valido
Ítem 17	1	1	1	1	Valido
Ítem 18	1	1	1	1	Valido
Ítem 19	1	1	1	1	Valido
Ítem 20	1	1	1	1	Valido
Ítem 21	1	1	1	1	Valido
Ítem 22	1	1	1	1	Valido
Ítem 23	1	1	1	1	Valido
Ítem 24	1	1	1	1	Valido
Ítem 25	1	1	1	1	Valido
Ítem 26	1	1	1	1	Valido
Ítem 27	1	1	1	1	Valido
Ítem 28	1	1	1	1	Valido
Ítem 29	1	1	1	1	Valido
Ítem 30	1	1	1	1	Valido
Ítem 31	1	1	1	1	Valido
Ítem 32	1	1	1	1	Valido
Ítem 33	1	1	1	1	Valido
Ítem 34	1	1	1	1	Valido
Ítem 35	1	1	1	1	Valido

Ítem 36	1	1	1	1	Valido
Ítem 37	1	1	1	1	Valido
Ítem 38	1	1	1	1	Valido
Ítem 39	1	1	1	1	Valido
Ítem 40	1	1	1	1	Valido
Ítem 41	1	1	1	1	Valido
Ítem 42	1	1	1	1	Valido
Ítem 43	1	1	1	1	Valido
Ítem 44	1	1	1	1	Valido
Ítem 45	1	1	1	1	Valido
Ítem 46	1	1	1	1	Valido
Ítem 47	1	1	1	1	Valido
Ítem 48	1	1	1	1	Valido
AIKEN TOTAL				1	

Calificación

A= Apreciación Positiva (1)

B= Apreciación Negativa (0)

Coficiente V – Aiken

$$v = \frac{S}{(n(C-1))}$$

v = Coeficiente de validación : v de Aiken

S= Sumatoria de respuestas

n= número de jueces

C= número de valores de la escala de evaluación = 2 (A, B)

$$V=1$$

El instrumento de recolección de datos denominado “Cuestionario de estilos de Vida, obtuvo un **Coficiente de validación V de Aiken de 1**, el cual siendo mayor de 0.70 indica que el instrumento califica válido.

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración de expertos			
Criterio	E1	E2	E3
Claridad	1	1	1
Objetividad	1	1	1
Organización	1	1	1
Consistencia	1	1	1
Coherencia	1	1	1

Nota: Si: 1, No: 0 apreciación promedio global

ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

Valoración: 0=No 1=Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN PROMEDIO
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	1,0
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	1,0
ORGANIZACIÓN	Los ítems/ preguntas presentan una organización lógica y clara.	1,0
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/ objeto de estudio.	1,0
COHERENCIA	Existe coherencia entre las variables/objeto de estudio e indicadores de marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1,0
	Total	5,0

Calificación: Aceptado: (3,5 a -5 puntos) Debe mejorarse: (2-3 puntos) Rechazado: (<2 puntos)

Calificación 5,0 equivalente a aceptado

ASPECTOS GENERALES DE LA VALIDACIÓN

Aspectos generales	Si	%
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	3	100
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.	3	100
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	3	100
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su, sugiera los ítems a añadir.	3	100

Juicio final de la validez APLICABLE (100%)



LIC. VICTOR SÁNCHEZ CÁCERES
COESPE 37
COLABORO DE INVESTIGACIÓN DEL PERÚ

Sánchez Cáceres, Víctor
DNI: 26607960

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS (JUICIO DE EXPERTOS)

Expertos

Expertos	Apellidos y Nombres	Profesión/Grado Académico	Experiencia profesional	Institución de labores	Cargo
E1	Ana Julia Luna Ramírez	Obstetra/Emergencias obstétricas	23 años	Universidad Nacional de Cajamarca	Docente
E2	Wilmer Pita Lezma	Obstetra/Emergencias obstétricas de alto riesgo	23 años	Universidad Nacional de Cajamarca	Docente
E3	Tany Zeina Vallejos Cacho	Obstetra/ Emergencias obstétricas de alto riesgo	14 años	Hospital II E Simón Bolívar	Coordinadora de obstetras de la UPSS de Hospitalización

Referencia Bibliográfica: Ecurra Mayaute, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología*, 6 (1-2), 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>

ANEXO 8

Confiabilidad del cuestionario:

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA-2024

Tesista: Chuquipoma Gálvez, Crysthi Fiorella

Confiabilidad con el indicador: Alfa de Cronbach

Cuestionario Estilos de vida

Alpha de Cronbach (48 ítems) = 0,820 Bueno

En consecuencia, el instrumento es confiable.

Tamaño de muestra piloto 30 gestantes.

Cajamarca 15 de febrero del 2025



.....
LIC. VÍCTOR SÁNCHEZ CÁCERES
COESPE 37
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Dr. PhD. Víctor Sánchez Cáceres
DNI 26722763

ANEXO 9

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN

Prueba chi cuadrado para asociación o independencia

Tabla 6. Prueba Chi cuadrado para la asociación entre los estilos de vida y preeclampsia de las gestantes del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2024.

Var./Dim.	Chi cuadrado Sig.	Significativo
<i>Variable</i>		
Estilos de vida	Sig.=0,016	Si

Sig. menor a 0,05, se rechaza H_0 , por tanto:

Los estilos de vida tienen una relación significativa con la preeclampsia en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca en el año 2024, con significación 5%.


.....
LIC. VÍCTOR SÁNCHEZ CÁCERES
COESPE 37
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ
Dr. Víctor Sánchez Cáceres
DNI 26722763

ANEXO 10

CONSTANCIA DE PROCESO DE DATOS

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA-2024

Tesista: Chuquipoma Gálvez, Crysthi Fiorella

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca-2024.

Tabla 2. Estilos de vida según dimensiones. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024

Tabla 3. Frecuencia de preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024

Tabla 4. Relación entre estilos de vida y la preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca

Tabla 5. Relación entre las dimensiones de los estilos de vida y preeclampsia con y sin criterios de severidad. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2024

Tablas de anexos 6

Contrastación de Hipótesis: 1

Cajamarca 07 de Julio del 2025



.....
LIC. VICTOR SANCHEZ CACERES
COESPE 37
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ
Dr. Víctor Sánchez Cáceres
DNI 26722763

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.