

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN Managua
Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales
“Cornelio Silva Argüello”
UNAN-FAREM-CHONTALES**



Departamento: Ciencia, tecnología y salud

**Seminario de graduación para optar al título de Lic. En enfermería con orientación
Materno Infantil**

Tema: Autocuidado en salud reproductiva.

Subtema:

Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

Autores

- ❖ **Br Arguello Lacayo Xiomara Nayiris.**
- ❖ **Br Bravo García Lilly de los Ángeles.**
- ❖ **Br Madrigal Dávila Yenifer María.**

Tutor

- ❖ **Msc. Karla Patricia Castilla.**

Enero 2017

Tema delimitado

Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

Agradecimiento.

Agradecemos, ante todo a DIOS por guiarnos en el camino del saber y el bien, por permitirnos concluir nuestro seminario de graduación para optar al título de Lic. En enfermería con orientación materno infantil, a nuestras familias por el apoyo que nos brindaron desde el inicio de nuestra carrera hasta el finalizarla.

Agradecemos a las gestantes por su generosidad y paciencia, adornadas de simpatía, que respondieron a nuestra encuesta con la intención de favorecer a futuras embarazadas. Igualmente, a los trabajadores del puesto de salud de la zona #3 los cuales nos apoyaron brindándonos información que fue de mucha ayuda para nuestro trabajo.

De manera especial agradecemos a nuestra tutora Msc. Karla Patricia Castilla quien de manera muy técnica, científica y profesional nos guio para culminar la elaboración de este trabajo dándonos asesoría y controlando el desarrollo de el mismo.

Dedicatoria.

Dedicamos este trabajo a Dios, por darnos fuerza, sabiduría y perseverancia para haber terminado este trabajo.

A nuestros padres por su gran amor, comprensión y apoyo que nos brindaron hasta culminar nuestra carrera.

A nuestra tutora Msc. Karla Patricia Castilla que con ahínco y amor nos enseñó el saber de cada día y por su apoyo incondicional.

VALORACIÓN DOCENTE

El autocuidado en las vidas de las personas es un factor importante para mejorar sus estilos de vida, para disminuir los factores de riesgo en embarazadas con obesidad, por lo que es importante las investigaciones en estos temas de interés para el personal en formación de las áreas de la salud, específicamente en enfermería, por lo que es una enfermera la precursora de este modelo de autocuidado como es Dorothea Orem.

El autocuidado durante las diferentes etapas del embarazo y sus afecciones, conlleva a mejorar la salud materno fetal, y conllevar a feliz conclusión del embarazo y evitar el dolor de la pérdida de un ser importante de una familia o dejar en orfandad otros infantes. Por tanto, la enfermera es un pilar importante para fomentar el autocuidado de las personas, familia y comunidad.

De estas formas el grupo de egresados que realizaron esta investigación con el tema “***Autocuidado en gestantes con obesidad, según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al centro de salud Adán Barrilla Hueste, Juigalpa en I semestre del 2016***” contribuyen con el aporte a aplicación de los modelos de enfermería, brindando una herramienta científica, para futuras investigaciones.

Considero que este trabajo de investigación reúne los requisitos científicos y metodológicos para sea presentado y defendido ante un tribunal.

Msc. Karla Patricia Castilla
Educación e intervención social

Resumen.

La prevalencia de la obesidad en el embarazo esta aumentado debido a los malos hábitos del autocuidado que presentan las gestantes, esto se ha convertido en un factor negativo para la salud, ya que el embarazo es una etapa de mayor vulnerabilidad nutricional, donde la obesidad ha implicado en múltiples complicaciones.

Por esta razón, el objetivo general es determinar el Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, el universo es de 40 gestantes, lo cual fue tomado todo el universo para ser aplicada la encuesta, se recolecto la información, mediante un cuestionario con 29 preguntas cerradas. Los datos recolectados fueron ingresados en la base de datos SPSS para realizar su previo análisis.

Como principales conclusiones podemos mencionar según los objetivos planteados, con relación al aporte suficiente de agua un 89% de las gestantes encuestadas ingieren la cantidad suficiente de agua, sin embargo un 47.5% de gestantes que consumen cantidades alarmantes de bebidas altas en calorías como café y coca cola, pudiéndose decir mediante estos datos que las gestantes no tienen un autocuidado favorable, consecuentemente, el porcentaje del aporte suficiente de alimento el 82.5% de las gestantes reflejan tener hábitos alimenticios pocos saludable, ya que se alimentan con poca frecuencia en relación a la recomendada en la gestante lo cual puede provocar epigastralgia.

Summary

The prevalence of obesity in pregnancy is increased due to the bad habits of self-presenting pregnant; this has become a negative factor for health, since pregnancy is a time of greater nutritional vulnerability, where obesity has been implicated in multiple complications.

For this reason, the general objective is to determine self-care in pregnant women with obesity according to universal requirements of Dorothea Orem, in users attending the Adán Barilla Huete Health Center, Juigalpa, Chontales, I semester 2016.

A cross-sectional descriptive study was carried out with a quantitative focus, the universe was 40 pregnant women, which was taken all over the universe to be applied the survey, collected the information, through a questionnaire with 29 closed questions. The data collected were entered in to the SPSS data base to perform its previous analysis.

As the main conclusions, we can mention that according to the objectives proposed in relation to the adequate water supply, 89% of the women interviewed eat enough water, however, 47.5% of pregnant women consuming alarming amounts of high calorie beverages such as coffee and Coca cola, it being possible to say through these data that the pregnant women do not have a favourable self-care, consequently, the percentage of the sufficient food supply, 82.5% of the pregnant women reflect having a few healthy eating habits, since they feed infrequently in relation to the Recommended in the pregnant woman, which can lead to epigastric pain.

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	3
2.1 Planteamiento del problema de investigación.....	3
2.1.1 Formulación del problema.....	7
2.1.2 Delimitación del Problema.....	7
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. OBJETIVOS.....	10
4.1 Objetivos Generales.....	10
4.2 Objetivos Específicos.....	10
V. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	11
VI. MARCO TEÓRICO.....	12
6.1 Marco referencial.....	12
6.2 Marco legal.....	13
6.3 Marco conceptual.....	16
6.3.1 Reseña Histórica de la Obesidad.....	16
6.3.2 Obesidad.....	18
6.3.2.1 Obesidad y embarazo.....	20
6.3.2.2 Los factores predisponentes que influyen en la obesidad durante el embarazo.....	20
6.3.2.3 <i>Las complicaciones que puede ocasionar la obesidad.</i>	22
6.3.3 Autocuidado.....	23
6.3.3.1 Teoría de enfermería de autocuidado.....	24
6.3.3.2 Teoría del autocuidado.....	25
6.3.3.3 Teoría del déficit de autocuidado.....	27

6.3.3.4 Teoría de sistema enfermería.....	27
6.3.3.5 Requisitos universales.....	32
6.3.3.5.1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.....	32
6.3.3.5.2 Mantener una suficiente entrada de agua.....	33
6.3.3.5.3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.....	35
6.3.3.5.4 Eliminación y excretas.....	38
6.3.3.5.5 Actividad y descanso.....	41
6.3.3.5.6 Soledad e interacción social.....	44
6.3.3.5.7 Autocuidado en la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar.....	45
6.3.3.5.8 Prevención de peligros para la vida.....	50
VII. Diseño metodológico.....	54
7.1 Tipo de estudio.....	54
7.2 Área de estudio.....	55
7.3.1 Muestra.....	56
7.3.2 Tipo muestro.....	56
7.3.2.1 No probabilístico.....	56
7.3.2.2 A conveniencia.....	56
7.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	57
7.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	57
7.5.1 Validación del instrumento.....	59
7.6. Procesamiento de datos.....	60
7.7 Consideraciones Éticas.....	60
7.8 Operacionalización de las variables.....	61
VIII.....DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADO.	
72	
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	103
9.1 Conclusiones.....	103

9.2. Recomendaciones.....	105
X. LINEAS DE INVESTIGACIÓN.....	106
XI. BIBLIOGRAFÍAS.....	107
11.1. Web grafías.....	108
XII. Anexos.....	119
Consentimiento informado.....	126

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Mortalidad materna asociada a obesidad según etapas del embarazo	4
Tabla 2 Nutrición y obesidad.....	37
Tabla 3 Resultado de validación de instrumento por Alfa de Cronbach	59
Tabla 4Operacionalizacion de las variables de investigación.....	61

ÍNDICE DE IMAGENES

Imagen 1. Mapa ESAFC 5	55
------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICA

Gráfico 1: Edad de las gestantes	73
Gráfico 2: Escolaridad de las gestantes	74
Gráfico 3: Capacidad de respirar de las gestantes	75
Gráfico 4: Cuándo camina siente que le falta la respiración.	76
Gráfico 5: Presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades cotidianas del hogar.	77
Gráfico 6: Cuántos vasos de agua ingiere en 24 horas.	78
Gráfico 7: Cuántas bebidas altas en calorías consume como café y Coca cola	79
Gráfico 8: Cuántas veces ingieren alimentos al día.	80
Gráfico 9: Ingiere frutas y vegetales a su dieta diaria.....	81
Gráfico 10: Considera que tiene una dieta adecuada	82
Gráfico 11: Cuántas veces al día orina	84
Gráfico 12: Ha presentado estreñimiento durante el embarazo	85
Gráfico 13: Realiza algún tipo de ejercicios cotidianamente.....	86
Gráfico 14: Qué tipo de ejercicios realiza durante el día.....	87
Gráfico 15: Caminatas con la pareja, familia, amistades u otras personas de su entorno	88
Gráfico 16: Cuantas horas duerme durante el día.	89
Gráfico 17: Cuántas horas duerme durante la noche	90
Gráfico 18: Se siente satisfecha en sus relaciones sociales	91
Gráfico 19: Cómo se siente emocionalmente estando embarazada	92
Gráfico 20: Cree usted que el auto cuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo.....	93
Gráfico 21: Cree usted que el embarazo es un proceso que necesita de autocuidado	94
Gráfico 22: Cree usted que al modificar su alimentación favorecerá a la mejora de su problema de obesidad o sobre peso	95
Gráfico 23: Cuándo su salud se ve en peligro es capaz de buscar ayuda médica.....	96
Gráfico 24: Asiste a todos sus controles prenatales programados	97
Gráfico 25: Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende	98
Gráfico 26: Ha visitado a un profesional en nutrición, para conocer qué tipo de plan de alimentación debe de seguir con relación a su peso.....	99
Gráfico 27: Cumple con las recomendaciones brindadas por el nutricionista.....	100
Gráfico 28: Cree usted que la persona idónea para brindarle orientación sobre sus cuidados es el personal de salud.	101
Gráfico 29: Usted está dispuesto a modificar su estilo de vida, alimenticias, para mejorar su problema de obesidad o sobre peso.	102

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de la vida de una persona hasta diez años, se asocia a patologías como: hipertensión, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus tipo II, trombo embolismo entre otros; además tiene un impacto negativo en la salud reproductiva, durante el periodo gestacional de la mujer y parto. La etiopatogenia de la obesidad es multifactorial en donde intervienen factores: genéticos, socioeconómicos, estilos de vida, etc. (González Ávila, Guachizaca Uyaguari & Guerrero Ortega, 2010).

Para analizar esta problemática es necesario analizar sus causas por lo cual, *Cajas Montenegro (2015 p.3) refiere que, "el medio multifactorial de los factores ambientales, conductuales, genéticos, socioeconómicos sean los contribuyentes principales a la aparición de la obesidad"*. Sin embargo, el reciente aumento espectacular de la obesidad se considera relacionado con el desequilibrio del gasto calórico vs ingesta. Los factores que contribuyen a la consecución y el mantenimiento de un peso saludable son esencialmente los actos y comportamientos que pueden considerarse como un "estilo de vida saludable".

A su vez estas causas inmediatas son influenciadas por causas subyacentes como la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas, el mercadeo masivo de alimentos procesados, los bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con aporte calórico (Rivera Dommarco, Hernández Ávila, Aguilar Salinas, Vadillo Ortega, & Murayama Rendón, S.F, p.9).

El interés profesional de esta investigación repercute en un elemento fundamental para la elaboración de programas de salud, primordialmente preventivos, que permitan detener el avance de uno de los más grandes riesgos que han afectado a nuestra sociedad y sus instituciones de salud.

Por tal razón se realiza un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, con el objetivo de determinar el Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

Los datos se recolectaron mediante un cuestionario conformado por 29 preguntas cerradas, la cual fue aplicada a las gestantes con obesidad del centro de salud Adán Barrilla Huete, Juigalpa Chontales en el I semestre de año 2016.

Por medio de este trabajo hemos llegado a las siguientes conclusiones, Según los objetivos planteados sobre aportes suficiente para la vida, los datos más relevantes fueron los siguientes: con relación al aporte suficiente de agua un 89% de las gestantes encuestadas ingieren la cantidad suficiente de agua, sin embargo encontramos un 47.5% de gestantes que consumen de 3 a 4 bebidas altas en calorías como café y coca cola, pudiéndose decir mediante estos datos que las gestantes no tienen un autocuidado favorable con relación a este patrón. Según el aporte suficiente de alimento, el 40% de gestantes ingieren alimentos de 1 a 2 veces al día, por tanto reflejan tener hábitos alimenticios pocos saludables, ya que se alimentan con poca frecuencia en relación a la recomendada.

Con respecto a la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, el bienestar humano y la promoción en las embarazadas con obesidad, encontramos que un 32.5 % de las gestantes nunca han visitado un profesional en nutrición para conocer qué tipo de alimentos puede consumir durante su embarazo.

II. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

2.1 Planteamiento del problema de investigación

La obesidad es considerada por la Organización mundial de la Salud más adelante aparecerá como (OMS) como la epidemia del siglo XXI debido a las dimensiones que han adquirido a lo largo de las últimas décadas, tanto en los países desarrollados, como lo que están en vías de desarrollo. Lo que ha venido influyendo en un impacto negativo en los indicadores de salud, en cuanto a morbilidad, calidad de vida y el gasto sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2015 habría aproximadamente 2.300 millones de persona adultas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad OMS, (2006) citado por Guerendiain Margni, (2013).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en Nicaragua según la OMS (2016) es del 75% tanto en hombre como mujeres entre las edades 15 a 55 años, lo que conlleva a un alto índice de problemas de salud en la población en general, Como la diabetes, hipertensión y problemas cardiovasculares.

La obesidad está definida como el “aumento del peso ocasionado por el incremento de los depósitos de grasa” (Nazar, Bastidas, Zamora & Lacassie. 2014, P. 1). Para la definición durante el embarazo continúa siendo tema de debate, debido a que el embarazo es un momento vulnerable en términos de nutrición.

En Nicaragua la evaluación nutricional de la embarazada se realiza basado a la propuesta por la Organización de Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FOA) y la organización mundial de la salud (OMS) han propuesto evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada por medio del Índice de Masa Corporal, que se obtiene dividiendo el valor del peso (kg) por el de la talla (m) al cuadrado. Este indicador ha demostrado una buena asociación con el grado de

adiposidad y con el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, y tiene la ventaja de ser fácil de calcular y de no requerir un estándar de referencia.

Planteamos que la obesidad en el embarazo es un problema de salud pública debido a sus costos socioeconómico, sanitario y por ser una enfermedad multifactorial, pluripatológica en las gestantes, ya que puede conllevar a múltiples complicacionesmaterno fetal, como el síndrome hipertensivo gestacional, la diabetes gestacional y complicaciones durante procedimientos quirúrgico.

La Association between obesity during pregnancy and increased use of health care, la obesidad en el embarazo, conlleva al 35% de las muertes maternas de madres con obesidad, ya que tienen el 50% de mayor riesgo que las madres normo peso. Estos problemas se pueden presentar en las diferentes etapas del embarazo (2014).

Tabla 1 Mortalidad materna asociada a obesidad según etapas del embarazo

Preparto	Intraparto	Postparto
-Aborto	-Falla en la progresión del trabajo de parto	-Endometritis
-Diabetes gestacional	-Mayor incidencia de cesárea	-Infección de herida operatoria
-Síndrome hipertensivo del embarazo	-Problemas en la monitorización fetal	-Infección del tracto urinario
-Enfermedad tromboembólica	-Problemas anestésicos	-Enfermedad tromboembólica
		-Depresión post-parto
		-Hemorragia post-parto
		-Menor duración de lactancia
		-Mayor estadía hospitalaria

Fuentes: Association between obesity during pregnancy and increased use of health care.

Durante la etapa del embarazo, hay numerosos factores genéticos, ambientales, sociales y alimentario-nutricionales que juegan un rol fundamental en el desarrollo normal del embarazo, uno de ellos es el peso materno ideal que debe mantener la mujer gestante, a través de estilos de vida que optimicen la salud materna y reduzcan los factores de riesgo durante el embarazo y en la finalización del mismo Ordoñez Torrez & Buele Cuenca (2013).

Pérez, Vega y Romero, (2008) citado por Marín Cárdenas, Sánchez Ramírez, Maza Rodríguez, (2013). En la población humana, la alimentación es un fenómeno social que no involucra únicamente procesos fisiológicos, sino también psicológicos, económicos, simbólicos, religiosos y culturales, entre otros.

Por tanto las recomendaciones en las embarazadas obesas son varios niveles como: alimentación sana con ganancia de peso adecuado, intervención en el estilo de vida (ejercicio, control de estrés), ingesta adecuada de ácido fólico entre otras (Ident).

ONU es la sigla por la cual se conoce a nivel general la organización de las naciones unidas, se trata de la entidad de carácter internacional más importante de la actualidad, integradas por gobiernos de todo el mundo que buscan unir esfuerzos para conseguir buenos resultados en materia de paz, seguridad, progreso tanto económico como sociales, cuestionario de raíces humanitarias y derechos humanos.

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2000) La mayor reunión de jefes de estado de toda la historia marco el comienzo de un nuevo milenio con la adopción de la declaración del milenio, que fue aprobada por 189 países y se tradujo en 8 objetivos de desarrollo del milenio (ODM) que deberá alcanzarse en el 2015, con el fin de reducir las muertes materna y neonatales, Constituye el reto del milenio 5 reducir un 75% la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes, y el Objetivo 4 Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años con respecto de sus tasas actuales.

Basado en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), nace la importancia de la salud materna, neonatal y de los niños menores de 5 años, por esta razón se lograra determinar el autocuidado en gestantes con obesidad según los requisitos universales de Dorothea Orem.

Para Dorothea Orem (2000) el autocuidado son las actividades que el individuo realiza personalmente a su favor. El hombre se distingue de otros seres vivos por su capacidad de reflexionar sobre sí mismo y sobre su ambiente, por ser capaz de simbolizarlo que el experimenta, de igual forma usar creaciones simbólicas para su comunicación, a través de pensamiento, en comunicaciones y por hacer cosas que pueden beneficiar o ser perjudicial para sí mismo como para su entorno. Para Orem *“la reducción de la morbimortalidad materno fetal es importante mantener la vida de las gestantes, en equilibrio entre la salud y el bienestar”* (1993 p.4).

Modificar estilos de vida, promoviendo el autocuidado en cual se define como las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; para que pueda responder de manera constante a sus necesidades en su propia salud.

Partiendo de la idea de Orem, para el profesional de enfermería, será un pilar fundamental para promover las acciones de autocuidado en gestante con problemas nutricionales (sobrepeso y obesidad). Podríamos decir que es aquí el accionar de enfermería el cual tendrá que dotarse de herramientas que le permitan valorar las capacidades de las gestantes para realizar su propio autocuidado.

El tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, favorecerá al incremento de su calidad de vida. El autocuidado de la gestante con obesidad es fundamental, porque de esto depende que asuman responsabilidades de cambios sobre su estilo de vida, en cuanto a los hábitos alimenticios, higiénicos, ejercicio físico y el cumplimiento a su régimen terapéutico y consecuentemente la disminución de riesgo materno fetal.

Bajo estos criterios consideramos fundamental determinar el autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete Juigalpa chontales, I semestre 2016; con el fin de proponer estrategias de salud para modificar las conductas que

son perjudiciales en la embarazada. Para el desarrollo de esta investigación se han revisado cuestionarios que se utilizaron para evaluar el autocuidado en pacientes con esquizofrenia aplicando el modelo de la Orem, no encontramos un instrumento que aplique en su escala de medición los problemas de obesidad, por lo que el propósito de esta investigación es construir y validar un instrumento basado en requisitos de autocuidado según la teoría de la Orem, en paciente con obesidad en el embarazo.

Debido a esta problemática planteada nos han surgido múltiples interrogantes de las cuales queremos responder por medio de esta investigación.

2.1.1 Formulación del problema

¿Cómo es el Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016?

2.1.2 Delimitación del Problema

Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016

III. JUSTIFICACIÓN.

La obesidad se está convirtiendo rápidamente en uno de los principales problemas de salud pública, debido a los costos sanitarios derivados de la misma, es algo más que un problema social o estético para la gestante, ya que se asocia a una incidencia alta de morbimortalidad tanto materna como fetal, con implicaciones a largo plazo y consecuencias para la salud de las generaciones presentes y futuras.

Esta investigación se realizó con el propósito de determinar el Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en gestantes que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

La relevancia social y metodológica de esta investigación está dada, debido a que es el primer trabajo en Nicaragua donde se aplica un modelo de enfermería, en problemas de salud pública, considerando que será de mucha conveniencia, ya que las gestantes en su condición de vulnerabilidad deben ejercer un mayor control sobre su salud y así optar por todo aquello que la propicie, sobre todo las que tienen problemas de obesidad, debido a las múltiples complicaciones que trae consigo este padecimiento.

La información que se obtenga mediante la realización de esta investigación, constituye un aporte al ministerio de salud, como una propuesta educativa en lo que respecta el autocuidado, destinada a reducir factores que conlleven a complicaciones en las gestantes con problemas de obesidad, ya que deben de tener una información clara y concreta sobre los riesgos asociados a su situación nutricional durante el embarazo, de ello dependerá su nivel de compromiso y motivación, a fin de tener el

desarrollo de un embarazo saludable y sin complicaciones mayores que comprometan la vida de ella y su producto.

La teoría general de enfermería según Orem comprende: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado, teorías del sistema de enfermería, para la realización de nuestra investigación se retomó la teoría de autocuidado en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, esta teoría comprende la identificación de tres tipos de requisitos, de los cuales tomaremos los Requisitos universales.

Se pretende realizar un instrumento, utilizando el modelo de enfermería de Dorothea Orem basándonos en los requisitos universales, ya que actualmente el ministerio de salud en Nicaragua, no posee un instrumento adecuado, destinado al estudio de esta población en especial.

Esta investigación es de mucho interés para la época, ya que dentro de los objetivos del milenio encontramos, el objetivo número 5 Reducir los Riesgos del Embarazo, cuya meta consiste en reducir la razón de la mortalidad materna, donde la incidencia de la obesidad sobre esta, no ocurre de forma directa, sin embargo las principales causas como la hemorragia postparto, preeclampsia, sépsis y parto obstruido se ve aumentado por la presencia de obesidad, también encontramos el objetivo del milenio número 4, que se refiere a la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años, que también nos muestra la importancia de esta investigación, por las repercusiones que tiene este problema en la salud del feto y neonato.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivos Generales

Determinar el Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

4.2 Objetivos Específicos

- Categorizar el perfil sociodemográfico y biológico de las gestantes con obesidad.
- Identificar el mantenimiento de aportes para la vida según los requisitos universales en las gestantes con obesidad.
- Determinar el mantenimiento del equilibrio entre actividad-descanso e integración social y soledad en gestantes con obesidad.
- Identificar la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, el bienestar humano y la promoción en las gestantes con obesidad.

V. PREGUNTAS DIRECTRICES.

1. ¿Cuál es el mantenimiento de aportes para la vida según los requisitos universales de las gestantes con obesidad?
2. ¿Cuál es el mantenimiento del equilibrio entre actividad-descanso e integración social soledad en gestante con obesidad?
3. ¿Cómo es la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, el bienestar humano y la promoción de las gestantes con obesidad?

VI. MARCO TEÓRICO.

6.1 Marco referencial

En este apartado hablaremos un poco acerca de trabajos investigativos, de los cuales su contenido se relaciona a la obesidad en el periodo de gestación.

Sardiñas Barrios, Carvajal Carrazana & Escalante Pichardo (2010). Realizaron un estudio acerca de la repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica. Con el objetivo de identificar la relación existente entre obesidad y las complicaciones en la gestación, realizaron un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo, se obtuvo la muestra aleatoria de 38 gestantes y que deben tener un IMC. $> 29 \text{ kg-m}^2$, se les aplicaron variables como incidencia, ganancia media de peso y morbilidad durante la gestación la incidencia de obesidad en la gestación fue de 14,3 %, se apreció en el grupo de obesas mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva gravídica 44,7 %, Infección Urinaria 28,9 %, signo de más 18,4 %, CIUR 10,5 %, Polihidramnio 5,2 %, y Diabetes Mellitus Gestacional 2,6 %, procreación tardía, enfermedades hipertensivas gravídica, concluyendo que la obesidad, y aumento exagerado de peso, tiene relación estrecha para causar morbilidad materna.

Nava, Garduño, Pestaña, Santamaría, Vásquez, Camacho & Herrera (2011). Quienes realizaron un estudio sobre Obesidad pre gestacional y el riesgo de intolerancia a la glucosa, con el objetivo de determinar el riesgo de presentar DMG e intolerancia a la glucosa (ITG) de acuerdo con el índice de masa corporal pre gestacional (IMCPG), con una muestra de 489 pacientes se clasificaron por IMCPG y se le realizó una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) de 100 gr de 120 minutos, con intervalo de confianza del 95%, concluyendo que las embarazadas con sobre peso y obesidad tienen alto riesgo de desarrollar DMG e ITG, por lo que es prescindible realizar una CTOG, para realizar un diagnóstico y tratamiento

oportuno, previniendo complicaciones y reduciendo el riesgo de desarrollar DM2 mediante intervenciones con un equipo multidisciplinario.

Ordoñez Torrez & Buele Cuenca (2013). Incidencia de sobrepeso y obesidad materna y su relación con los principales riesgos obstétricos en mujeres gestantes atendidas en el área de Ginecología del Hospital cantonal de Alamor. Con el fin de determinar la incidencia de sobrepeso en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Cantonal de Alamor, se propuso el presente estudio de tipo descriptivo, de diseño cuantitativo y con enfoque retrospectivo transversal, la muestra: Todas las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Cantonal de Alamor que hayan tenido 5 controles prenatales o más, cursen el tercer trimestre de embarazo y cumplan los criterios de inclusión y exclusión. De toda la población perteneciente al estudio se encontró sobrepeso en un 24.40% y obesidad en un 4.50% frente a un 59.70% de peso normal y un 11.30% de peso bajo concluyendo que la obesidad y el sobrepeso son factores para desarrollar enfermedades del tracto genital, hipertensión arterial y diabetes gestacional durante el embarazo, así como desencadenantes de partos asistidos.

6.2 Marco legal.

Retomaremos leyes que corresponden a la constitución política de Nicaragua, sustentado en artículos que apoyan nuestro estudio investigativo.

Normas jurídicas de Nicaragua, en la Ley general de salud. Ley N^o 423, aprobada el 14 de marzo del 2002. Publicado en la Gaceta No. 91 del 17 de mayo del 2002.

Ha dictado la siguiente ley general de la salud:

TITULO III DE LAS ACCIONES EN SALUD

CAPÍTULO II: SECCION DE LA INVESTIGACIÓN

Artículo 15: La investigación constituye una acción básica y fundamental del Ministerio de Salud. Para la promoción y conservación de la salud, el Estado promoverá la investigación, así como el desarrollo y la creación de instituciones de investigación en apoyo a la salud.

Artículo 16: En el Ministerio de Salud existirá un Programa y un Comité Nacional de Investigaciones encargado de la promoción y priorización, de temas que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población. Las Investigaciones deberán referirse a los principios científicos y éticos internacionalmente aprobados. Para la aplicación de las acciones señaladas se elaborará un reglamento.

CAPÍTULO II: DE LA PROMOCIÓN

Artículo 13.: La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el Estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar a su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

SECCIÓN II: DE LA NUTRICIÓN

Artículo 17: El Ministerio de Salud dictará las medidas y realizará las actividades que sean necesarias para promover una buena alimentación, así mismo ejecutará acciones para prevenir la desnutrición y las deficiencias específicas de micro nutrientes de la población en general, especialmente de la niñez, de las mujeres embarazadas y del adulto mayor.

CAPÍTULO III DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

SECCIÓN VIII: DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Artículo 25: El Ministerio de Salud realizará actividades de prevención, fomentando estilos de vida saludable, así mismo promoverá investigaciones sobre enfermedades no transmisibles, con el objetivo de formular y ejecutar políticas, estrategias, planes, programas y proyectos para su manejo y control.

CAPÍTULO IV: DE LA RECUPERACIÓN DE SALUD.

SECCIÓN II DE LA SALUD DE LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.

Artículo 32: La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.

TÍTULO IV DE LAS INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO VII

DE LOS SISTEMAS LOCALES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (SILAIS)

Artículo 59: Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

6.3 Marco conceptual.

6.3.1 Reseña Histórica de la Obesidad

El ser humano durante el 95-99% del tiempo de su existencia en la tierra ha vivido como cazador-recolector y ha debido resistir los frecuentes períodos de carencia de alimentos. Este hecho produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de aquellos “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia y alcanzaran la edad de la reproducción (Foz. S.f.).

La única constatación que tenemos de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. Podemos decir que la mujer ha sido la más predominante en este padecimiento desde tiempos prehistóricos, dándonos así una idea de que el sobre peso ha venido caminando con el ser humano desde hace mucho tiempo.

La consideración de que la obesidad era un signo de ahorro de energía y de poder y, por tanto, un estado deseable, no está ausente en las culturas antiguas. En las enseñanzas del Kagemni, puede leerse por primera vez en la historia una asociación de la glotonería con la obesidad y una condena y estigmatización del comer con exceso (Ident).

Hipócrates y platón, figuras de la Medicina griega (siglo V a.C.), realiza un minucioso estudio de la enfermedad a través de la observación de los síntomas que presenta el paciente. Algunas de estas inteligentes descripciones siguen siendo válidas en el momento actual. En relación a la obesidad, Hipócrates señala que «la muerte súbita es más frecuente en los obesos que en los delgados», y que la obesidad es una causa de infertilidad en las mujeres y que la frecuencia de menstruación está reducida (Ident).

Una vez más los grandes estudiosos nos muestran, a través de sus aportes la relación de la obesidad con la fecundidad, conociendo en la actualidad las grandes repercusiones de este padecimiento en las todas las personas y sobre todo en las mujeres gestantes.

El gran filósofo Platón (siglo V-IV a.C.) proclama una certera observación sobre la alimentación y la obesidad al señalar que la dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida (Ident).

En la edad media la medicina árabe alcanzó un gran prestigio y difusión. El representante más importante de esta Medicina fue Avicenna (siglos X-XI), que fue el médico más prestigioso de la época. Su enciclopedia médica, se convirtió en el texto básico que se utilizó para la enseñanza de la medicina durante cinco siglos. En el Canon, Avicenna describe las recomendaciones, algunas muy juiciosas, para tratar la obesidad: 1) Procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino con objeto de evitar su completa absorción por el mesenterio. 2) Tomar alimentos voluminosos, pero poco nutritivos. 3) Tomar un baño, a menudo, antes de comer. 4) Ejercicio intenso (Ident).

En la edad moderna en el siglo XV: estigmatización de la glotonería y de la obesidad en la cultura cristiana como, la glotonería era claramente condenada en la cultura cristiana antigua, de tal modo que san Agustín en el siglo V y Gregorio I en el siglo VII, incorporaron la gula entre los siete pecados capitales (Ident).

Después de la revolución francesa, a inicios del siglo XIX edad contemporánea, figuras eminentes de esta época fueron Bichat, con su teoría tisular de la enfermedad, y Laennec, con sus estudios sobre la auscultación y su descubrimiento del estetoscopio. Durante esta época el interés por la obesidad o polisarcia (como era también denominada la acumulación adiposa en este período) se demuestra por el número de publicaciones que tratan del tema (Ident).

El descubrimiento del grupo de Friedman estimuló de forma ingente la investigación en biología molecular y en genética en relación a la obesidad, lo que ha permitido aumentar nuestros conocimientos sobre la genética de la obesidad, la regulación del peso corporal y las funciones hormonales de la célula adiposa (Ident).

La estigmatización de la obesidad desde el punto de vista cultural, social y estético a lo largo de todo el siglo XX ha venido en buena parte ligada a la “moda de la delgadez”. Un aspecto importante y de trascendencia en la lucha sanitaria contra la obesidad ha sido que los profesionales de ciencias de la salud, y más concretamente los médicos, también han participado, en su gran mayoría, en esta visión negativa de la obesidad y del paciente obeso (Ident).

Los grandes avances alcanzados en la última década en el mejor conocimiento de la regulación del peso corporal y en la genética de la obesidad y la necesidad de incrementar la lucha contra la acumulación adiposa quizás ayuden a cambiar algo las citadas actitudes de los profesionales de las ciencias de la salud (Ident).

6.3.2 Obesidad.

Es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico, diagnosticado antes del embarazo y caracterizado con un IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$ (Gamarra León, 2014). En cambio, para Schwartz, Duverges & Fescina, La obesidad se define como el aumento exagerado del peso corporal producido por el incremento universal de las reservas de grasas de un sujeto (1986).

Para la Organización mundial de la salud (OMS, 2014) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual

o superior a 30 es considerada obesa y con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Según Sande & Mahan (1991) citado por Hernández Álvarez.

La obesidad puede ser clasificada, atendiendo a su origen, como exógena o endógena. Los autores consideran que la obesidad exógena es causada por una ingestión calórica excesiva a través de la dieta, mientras que, la endógena, se produce por disturbios hormonales y metabólicos (2011, p.33).

Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2005). Clasifica el Índice de Masa Corporal (IMC) de la siguiente manera:

- Normopeso: IMC 18,5 - 24,9 Kg/m².
- Sobrepeso: IMC 25 -29 Kg/m².
- Obesidad grado I con IMC 30-34 Kg/m².
- Obesidad grado II con IMC 35-39,9.
- Obesidad grado III con IMC \geq 40.

Ordóñez Saquicela (2014, p.10) cita a Kaufer y Pérez.

Se considera obesidad materna a toda mujer que en su periodo de gestación se encuentre sobre el percentil 50 de la curva peso- talla- edad gestacional y obesidad Sobre el percentil 75, es decir con una ganancia de peso mayor a la recomendada para su Índice de masa corporal previo. El sobre peso conlleva a diversos problemas como son: dolor en los pies, piernas y espaldas; el corazón tiene que realizar más esfuerzo pierde habilidad y la persona es más propensa a caídas(2001).

6.3.2.1 Obesidad y embarazo.

Para poder comprender la definición social de la obesidad, González Moreno, Juárez López & Rodríguez Sánchez (2013) afirma: *“enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico. La cual se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo”* (P. 272).

Durante años se pensó que la obesidad y el incremento excesivo de peso durante el embarazo predisponían a la Macrosomía fetal, en ausencia de diabetes gestacional o a la aparición de toxemia y eclampsia, lo que ha sido descartado en la actualidad. No obstante, se menciona que la obesidad en el embarazo se asocia con frecuencia a la hipertensión crónica y a la diabetes gestacional, siendo esta última responsable de recién nacidos macrosómicos (Ordóñez et al 2013).

Se ha evidenciado que el riesgo de cualquier complicación obstétrica es 2 a 3 veces más frecuente en embarazadas obesas comparadas con aquellas no obesas, pudiendo incluso identificarse riesgos preponderantes en cada período del embarazo y puerperio” (Farías Jofré & Oyarzún Ebensperger, 2016).

6.3.2.2 Los factores predisponentes que influyen en la obesidad durante el embarazo.

Según Gómez Cuevas (S.f). Los factores de riesgo que predisponen a la obesidad son múltiples y continuación los explicaremos

La falta de actividad: Con un estilo de vida sedentario es fácil consumir más calorías que las que se queman por medio del ejercicio o durante las actividades diarias normales. La Organización Mundial de la Salud (2016) considera como actividad física, cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético.

La falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que, a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso Matsudo (1997) citado por Bastos, González, Molinero & Salguero (2005).

Una dieta no saludable: Una dieta alta en calorías, el consumir comida rápida, no desayunar, tomar bebidas con alto contenido calórico y comer porciones grandes, todo eso contribuye al aumento de peso.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Genética: Los genes de una persona pueden afectar la cantidad de grasa que se almacena y cómo ésta se distribuye. La genética también juega un papel importante en cómo el cuerpo convierte eficientemente los alimentos en energía y en cómo el cuerpo quemar calorías durante el ejercicio.

Anderson & Wadden (1999) citado por Bastos et al.

La obesidad, durante mucho tiempo, fue considerada un trastorno del comportamiento que resultaba, simplemente, del exceso en el consumo de alimentos y/o de la inactividad física. Es lógico pensar que ambas circunstancias están asociadas con el aumento de peso corporal. A pesar de ello, estudios recientes revelan que el peso corporal está sujeto a una determinación genética substancial, respondiendo a una variación aproximada de un tercio en cuanto al Índice de Masa Corporal – IMC (2005, p.143).

Condiciones sociales y económicas: Ciertas condiciones sociales y económicas pueden ligarse con la obesidad. Por ejemplo, el no tener acceso a áreas seguras para hacer ejercicio, el haber aprendido maneras poco saludables para cocinar, el no contar con suficiente dinero para comprar frutas y vegetales frescos, o alimentos que no han sido procesados y empacados.

Socialmente la obesidad, perjudica a los individuos a la hora de encontrar trabajo, eleva los costos para la familia, la sociedad y el sistema de salud, no sólo relacionándolos con las muertes y la carga de enfermedades, sino en lo que respecta a la discapacidad y la calidad de vida de la población (Guerra, Vila, Apolinar, Cabrera, Santana & Almaguer, 2009).

Influencia de los medios de comunicación: para Ricuarte (2009) “Los grandes avances de los medios masivos de comunicación, han marcado los hábitos de consumo en nuestra sociedad. Está directamente relacionada con el aumento del tiempo destinado a ver televisión”.

6.3.2.3 Las complicaciones que puede ocasionar la obesidad.

Según Gallo Vallejo (2013) son las siguientes: durante el embarazo, parto, post parto y en el recién nacido.

Durante el embarazo.

1. Hipertensión crónica.
2. Hipertensión Inducida por el Embarazo, Preeclampsia.
3. Dificultad respiratoria durante el sueño (apnea obstructiva del sueño).

Durante el parto:

1. Mayor riesgo de Cesárea
2. Feto voluminoso: desproporción feto pélvica, parto prolongado
3. Distocia de hombros (feto atrapado por los hombros en la vagina materna)
4. Dificultades con la anestesia: técnicas y dosificación.

Durante el Post-Parto:

1. Trombosis venosa profunda.
2. Infección y dehiscencia (apertura) de la herida operatoria por cesárea.
3. Hemorragia post-parto.
4. Hospitalización prolongada.

Complicaciones Fetales y del Recién Nacido:

1. Macrosomía fetal
2. Trastornos metabólicos del recién nacido: hipoglicemia, hipocalcemia.
3. Dificultad respiratoria del recién nacido.
4. Espina bífida.
5. Malformaciones congénitas.

6.3.3 Autocuidado.

El autocuidado como comportamiento social es básicamente el conjunto de medidas refuerza la participación activa de las personas en el cuidado, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo con la finalidad de la promoción de la salud Castillo Madrid & maqueo García (2002).

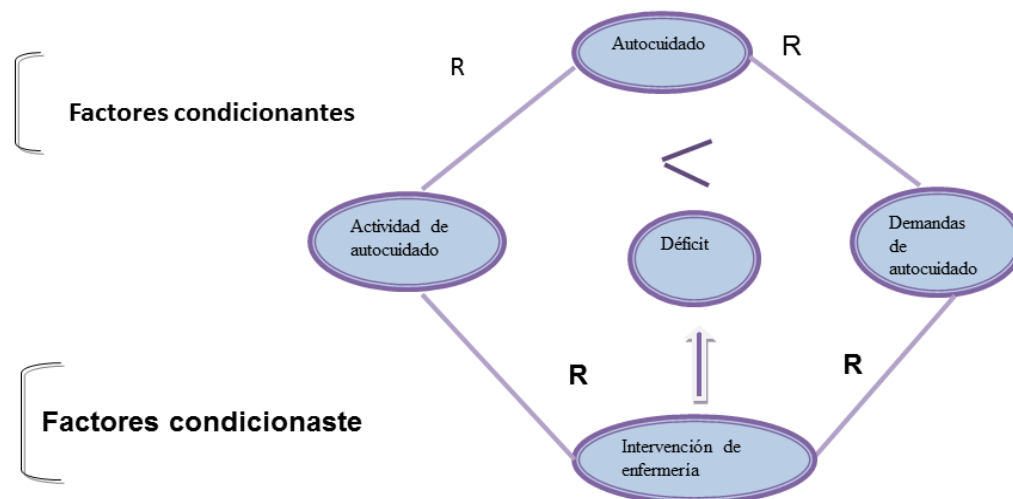
Para Orem (2002) El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

6.3.3.1 Teoría de enfermería de autocuidado

Dorothea Orem ve su modelo del déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres sub teorías interrelacionadas que describe de la siguiente manera:

- 1) la teoría del autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas).
- 2) El déficit del autocuidado (porque enfermería puede ayudar a las personas).
- 3) Los sistemas de enfermería deben crearse y mantenerse para que exista a enfermería. (En este apartado se señalan los conceptos principales de este esta teoría).

Figura 1 Sistema conceptual de enfermería, relación de déficit actual o previsto



Fuente: Orem D.E (1995).Nursing: conceptos of practice Por modelo y teoría de enfermería (2000).

6.3.3.2 Teoría del autocuidado.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. Y se establece en tres tipos de cuidados de enfermería.

-Autocuidado.

-Cuidados dependientes.

-Cuidados de enfermería.

-El Autocuidado: El autocuidado es la práctica de actividades de las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a sus situaciones temporales y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo persona y conservar su bienestar.

- Los cuidados dependientes: La realización de las actividades necesarias para el desarrollo del ser humano, de forma que ayudan a la supervivencia y la Salud del individuo. Confin de apoyar los procesos vitales, prevenir la incapacidad y proporcionar el bienestar.

-Cuidados de enfermería: para Orem la enfermería es un Servicio de ayuda, que centra su atención en orientar a las personas para lograr su autocuidado a través del proceso de atención de enfermería.

Requisitos de autocuidado.

Los Requisitos del autocuidado establecen, que además de ser un componente principal del modelo, forman parte de la valoración del paciente, estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distinguen las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en

condiciones y circunstancias específicas. El término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Orem propone 3 tipos de requisito:

- Requisitos de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo.
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Requisitos universales tienen función de:

1. Mantenimiento de aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de aporte de agua.
- 3-Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos.
- 4-Provision de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excreción.
- 5-Mantenimiento del equilibrio entre las actividades y el reposo.
- 6-Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- 7-La prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, la promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Requisito de autocuidado para el desarrollo tienen la función de:

- 1-Crear y mantener condiciones que apoyen los procesos vitales en las diferentes etapas de la vida desde el nacimiento hasta la edad adulta.
- 2-Provision de cuidados a los efectos negativos en las condiciones, que puedan afectar el desarrollo humano.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

- 1-Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- 2-Atención a los efectos y resultados de los estados psicológico que se asocian a la patología
- 3-Llevar a cabo las medidas terapéuticas
- 4-Modificar el auto concepto y autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano

6.3.3.3 Teoría del déficit de autocuidado.

La teoría del déficit del autocuidado: postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad de ser identificada claramente.

- 1-El paciente, la familia o comunidad responsables de sus cuidados carecen de conocimiento, habilidades para realizar el autocuidado.
- 2-Se necesita utilizar técnicas especiales y aplicar conocimiento científico en el cuidado.

6.3.3.4 Teoría de sistema enfermería.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras, a través del ejercicio de sus actividades profesionales ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La actividad de la enfermera se aplica a iniciativas de acción deliberada, entre ellas la intencionalidad y las operaciones de diagnósticos, prescripción y regulación en la siguiente figura se muestra los sistemas de enfermería básicos, ordenados según la relación que existe la acción del paciente y la de la enfermera.

Orem establece tres tipos de sistemas de enfermería:

1-Sistema totalmente compensador.

2-Sistema parcialmente compensatorio.

3-Sistema de Apoyo/ Educación.

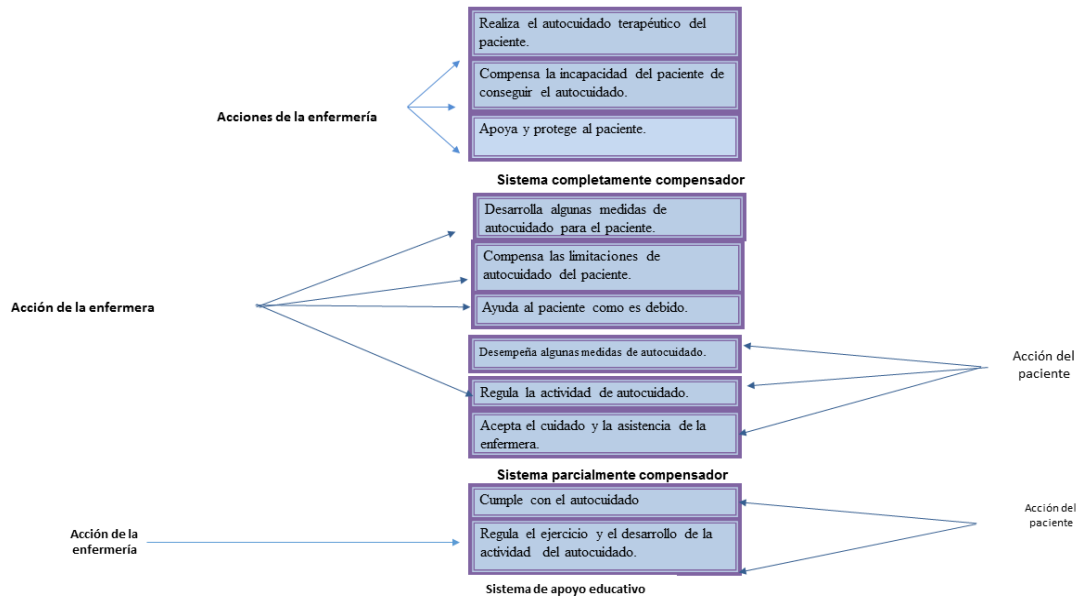
Sistema totalmente compensador: es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido adaptarse a cualquier incapacidad.

Sistema parcialmente compensatorio: este sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su cuidado en términos de toma de decisiones y acciones.

Sistema de Apoyo/ Educación: este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentador. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Figura II. Sistema Básico de Enfermería

Fuente:



Orem, D.E, (1995). *Nursing: concepts of practice*. Por modelo y teoría de enfermería(2000).

A través de la historia, la manera de cuidarse, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio, y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud (Uribe, s.f).

La cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, el cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo (Ident).

Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción prudente de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor (Ident).

La influencia de la tradición judeo/cristiana en las prácticas de forma integral del autocuidado practicada por los griegos ha cambiado el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, basándose en el cuerpo hacia cuidados centrados al espíritu (Ident).

Los avances científicos y tecnológicos, han influido especialmente en la medicina, influyendo en el concepto y formas de promocionar el autocuidado. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial, Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida (Ident).

Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad (Ident).

Las gestantes deberán encargarse de su propio autocuidado ya que esto le permitirá aprender de su propia experiencia para mantener su vida y su salud. El cuidado prenatal abarca mucho más que las visitas al médico ya que comprende, sobre todo, el cuidado de ella misma de cada día.

“Las gestantes deben asistir a sus controles prenatales durante el embarazo puede prevenir múltiples complicaciones que comprometen la vida materno fetal

como: hipertensión crónica, Preeclampsia, dificultad respiratoria durante el sueño (apnea obstructiva del sueño)” (Abu Sabbah, 2012).

Según Cuello Salceró & Zavaleta Egea, (2012). La asistencia a los controles prenatales, al mismo tiempo reduce el peligro para la vida del feto, previniendo transmitirle características negativas en el desarrollo metabólico del feto influyendo sobre el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, dificultad respiratoria, espina bífida, Macrosomía fetal, obesidad en la vida adulta del bebé.

La obesidad en el embarazo es una enfermedad complicada, que requiere vigilancia constante, por esta razón se considera importante que las gestantes conozcan acerca de su patología y las metas que deben cumplir con respecto al tratamiento terapéutico que se basa en una alimentación adecuada y ejercicio, facilitando así el progreso hacia una vida saludable.

Gómez Aguilar refiere que.

Un autocuidado efectivo dependerá de muchos factores que modifican el estilo de vida de esta como la participación del equipo de salud que está encargado de indicarle una dieta y una rutina de ejercicio, y por otro lado la participación de la gestante que es indispensable para lograr la realización de su autocuidado (1996, p.28).

Los cambios en los estilos de vida propician el sedentarismo y, a su vez, el desequilibrio entre la energía que se ingiere y el gasto calórico necesario para satisfacer las necesidades metabólicas, termo génicas y de actividad física (Ident).

El desequilibrio calórico excesivo y sostenido ocasiona incremento exagerado de peso y depósito de grasa y como consecuencia la obesidad, que es uno de los factores más importantes de riesgo para la salud (Hernández Daza, 2002).

La gestante debe conocer sobre el Ácido fólico para la prevención y disminución de malformaciones cerebrales y de columna vertebral. Se recomienda comenzar a ingerirlo cuando se está planificando un embarazo y hasta la semana 12

(tercer mes) de gestación. Es importante el consumo de este suplemento en la primera etapa del embarazo, cuando se forman los órganos del feto.

6.3.3.5 Requisitos universales.

Requisitos universales de autocuidado

Según Cely Monasalva, Espinoza Marín & Mateus Rey, (2008) refiere que:

Los objetivos a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tiene su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integralidad funcional en las diversas etapas del ciclo vital(P.25).

Para lograr la satisfacción de las necesidades básicas mediante el autocuidado, es necesario tomar en cuenta los requisitos planteados por Orem, que incluyen:

6.3.3.5.1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

En la obesidad es predominante la distribución central que produce alteración en el funcionamiento de los músculos respiratorios, ya que el exceso de grasa ejerce una presión importante sobre el diafragma, de manera que es más frecuente en estos pacientes que exista una alteración de los volúmenes pulmonares (Fernández Canet, 2009).

Wessels & Oellerich, refiere.

Durante el embarazo el cuerpo necesita suficiente oxígeno para trabajar de manera productiva, es por esto que la embarazada debe procurar respirar por el abdomen tan profundamente como sea posible, para proveer de una mejor manera al feto. Mediante el entrenamiento de la resistencia se puede conseguir una adaptación respiratoria de la zona respiratoria, un entrenamiento moderado disminuye la frecuencia respiratoria y aumenta su reserva. De esta forma a la embarazada no le falta el aire con tanta facilidad tras los esfuerzos habituales (s.f, p.15).

La actividad física con obesas embarazadas, tiene que ser bien planificada, siempre teniendo en cuenta de que la intensidad del ejercicio y la cantidad debe ser menor que la de una embarazada normal, cuidando siempre de la salud de la madre y el niño (Durán Labañino, 2014).

Principios a seguir

Intentar mantener un ritmo constante y regular de respiración.

Como regla en general, seguiremos los siguientes principios.

- Inspira: en las distensiones, extensiones y relajaciones.
- Espira: al realizar los esfuerzos en las contracciones y en las flexiones.
- Ejercicios para mejorarla circulación
- Caminar en punta de pies haciendo respiraciones profundas.
- Apoyada sobre el respaldo de una silla, realizar elevación de los talones inspirando, y volver a la posición inicial expirando.
- Sentada con las piernas extendidas y unidas, realizar círculos de tobillos. (Ident).

Generalmente el ejercicio tiene como beneficio el avance de un parto satisfactorio y una rápida recuperación, pudiendo reintegrarse a sus actividades favoritas a corto plazo, recuperando su condición física normal más rápido. Al mismo tiempo sirve para ahorrar energía y no fatigarse con excesiva rapidez.

6.3.3.5.2 Mantener una suficiente entrada de agua.

El agua ingerida por la madre se utiliza para la producción del líquido amniótico, así como para el desarrollo y función de los tejidos fetales. Las células del sistema nervioso central son particularmente sensibles al déficit de agua. A medida que el embarazo avanza, las necesidades de agua aumentan, lo que hace necesario

incrementar el aporte (Figuroa Damián, Beltrán Montoya, Espino Sosa, Enrique Reyes & Segura Cervantes, 2013).

La ingesta de agua que se le recomienda a la embarazada es de 2 a 3 litros de agua al día, ya que además de muchos otros beneficios, va a favorecer el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento y debe restringirse el uso de bebidas azucaradas como parte de la dieta normal, ya que es causa de un gran incremento en la obesidad y sus riesgos metabólicos asociados (Martínez, Villarino, Polanco, Iglesias, Gil, Ramos, López, Ribera, Maraver, & Legido, 2008).

El volumen de agua consumido debe ser proporcional a sus pérdidas; debe ingerir cantidades mayores de agua ya que el aumento de la temperatura ambiental y la actividad física ocasionan pérdidas hasta en una tercera parte de la cantidad de agua ingerida. El agua simple debe ser la opción preferida para la adecuada hidratación, lo que disminuiría los trastornos metabólicos derivados del consumo de bebidas azucaradas (Figuroa et al, 2012).

El agua simple debe utilizarse para satisfacer casi todas las necesidades de líquidos de los individuos sanos. El agua carece casi por completo de efectos adversos en los individuos sanos cuando se consume en los intervalos aceptados, y no provee energía; por estas razones se considera la elección más saludable para lograr una adecuada hidratación (Ident.).

Los factores que incrementan las necesidades de agua en el embarazo y lactancia son:

a) La actividad física: si ocasiona sudoración, se necesitará incrementar la ingesta de agua para compensar la pérdida. La cantidad adicional de agua dependerá de la pérdida de líquidos, que será proporcional a la intensidad y duración de la actividad efectuada (Ident).

b) Condiciones ambientales: un clima caliente o húmedo incrementa la pérdida de agua, por lo que es necesario reponer esta pérdida. El clima cálido no sólo ocasiona

pérdidas de agua por sudoración, sino que el aumento en la frecuencia respiratoria y la pérdida de calor por convección también contribuyen (Ident).

c) Condiciones patológicas especiales: enfermedades que cursan con fiebre, vómito o diarrea, requerirán mayor administración de agua; la pérdida de agua dependerá de la intensidad y duración de las manifestaciones descritas (Ident).

d) Náusea y vómito durante la gestación: las embarazadas, principalmente durante el primer trimestre, suelen experimentar náusea y vómito, situaciones que limitan la ingesta de agua y aumentan las pérdidas del líquido (Ident).

e) Tipo de dieta: embarazadas con una dieta de alto contenido energético necesitarán de mayor cantidad de agua, debido al incremento de los procesos metabólicos que este tipo de dieta ocasiona, así como por mayores necesidades de eliminación de metabólicos (Ident).

f) Características de la lactancia: la producción láctea requiere mayor ingestión de agua: mujeres con gemelos, la lactancia exclusiva a través del seno materno o el incremento de las necesidades en relación con el crecimiento del hijo son condiciones que deben influenciar la ingesta de agua (Ident).

6.3.3.5.3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

La OMS (2016) implementa que “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud”.

Es importante saber que durante el embarazo la demanda de nutrientes aumenta: una mujer embarazada necesita entre 350 y 440 Kcal más. Los principios básicos de la dieta equilibrada son: Comer comidas fijas y consumir una gran variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios, más que nunca durante el embarazo. Se recomienda que las calorías suplementarias provengan de todos los grupos

alimentos: hidratos de carbono, proteínas, grasas, verduras y frutas (Kaplan, 2010).

El estado nutricional de la gestante, antes y durante el embarazo, es un factor Fundamental para la salud de ella misma y la de su hijo, situación importante a ser Considerada, una vez que estas mujeres constituyen un grupo vulnerable desde el punto de vista nutricional (Mendoza, Pérez & Sánchez Bernal, 2012).

Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada, nunca abundante (*Alcolea Flores & Mohamed Mohamed, 2011*).

Para González Moreno, Juárez López & Rodríguez Sánchez, refieren que la gestación no es el momento ideal para comenzar un régimen dietético restrictivo, por lo que no se recomienda someter a la embarazada obesa a restricción dietética, sin embargo, se debe evaluar la ingestión que realmente está recibiendo (2013).

La dieta de la embarazada debe ser:

- Variada.
- Equilibrada.
- Fraccionada (al menos 5 comidas al día).
- Horarios regulares.
- Desayunos abundantes.
- Pobre en grasas saturadas y rica en ácidos grasos esenciales.
- Preferiblemente consuma alimentos frescos y de elaboración sencilla, limitando los precocinados y enlatados.
- Modere el consumo de frituras.

- Aumente la ingesta de fibra.
- Asegure una adecuada ingesta de lácteos pobre en grasas (desnatados y semidesnatados) (Ident).

Tabla 2 Nutrición y obesidad

Grupos de alimentos	Recomendados.	Limitar.	Evitar.
Lácteos.	-Leche descremada 4 tazas. -Quesillo 1 trozo tamaño caja de fósforos, cada trozo en reemplazo de una taza de leche. -Postres dietéticos ½ taza en reemplazo de una taza de leche descremada, en licuados de fruta no espesos 1 vaso pequeño, sin utilizar plátano como fruta ni endulzado con azúcar; 1 yogurt en reemplazo de 1 taza de leche.	Quesos semi curados	Enteros azucarados en proporciones.
Cárnicos	Equivale a vacuno desgrasado, ave sin piel, pescado o mariscos. Las preparaciones recomendadas son a la plancha, al horno, al jugo, a la parrilla, en cazuela, asados, croquetas.	Huevos.	Embutidos, pate.
Frutas.	1 pieza (manzana, naranja). 2-3 piezas (ciruelas). 1 rodaja de piña, melón, sandía.		Aceitunas, coco, aguacate, frutas cecas dulce.
Verduras	Todas.		
Aceites y grasas	Aceite de oliva.	Mayonesas light	Nata/crema/tocino/mante ca.
Bebidas	Agua, frescos naturales.	Café, gaseosa bebidas light	Alcohólicas.
Dulces	Mermeladas sin azúcar, gelatinas.		Azúcar blanca, miel, chocolates.
Platos precocinados	Pescados y verduras congeladas.		Precocinados salsas.
Cocciones.	Plancha, parrilla, hervido, horno.	Guisos.	Fritos.

Fuente: Deborah Blasco (s.f).

6.3.3.5.4 Eliminación y excretas.

El profesional de salud debe explicar los procesos por los cuales está pasando la gestante e informar de que manera ella debe afrontar estas modificaciones, en lo que se refiere la eliminación y la excreción, también debe explicarle como debe de ser la higiene en el área de sus genitales con el fin de evitar una infección de las vías urinarias.

- **Modificaciones en el Aparato Urinario:**

En el embarazo existen una serie de modificaciones tanto de orden funcional como morfológicas, evidentemente no afectan en demasía al funcionamiento normal del aparato urinario, pero deben conocerse para evitar confusiones posteriores.

El patrón de micción o número de veces que una persona orina durante el día y la cantidad eliminada cada vez es individual de cada persona. Se podría establecer como patrón normal, de 5 o más veces al día, sin necesidad de levantarse por la noche. Uno de los funcionamientos normales del aparato urinario en las mujeres embarazadas es que sienten más ganas de ir al baño, porque el útero comprime la vejiga haciendo que alcance menos orina (Landry & Bazari, 2011).

El flujo plasmático renal se incrementa en el primer trimestre, en una mujer no embarazada se cifra en torno a los 600 ml/min. Y en la mujer embarazada podemos cifrarla en unos 836 ml/min. Todo esto tiende a disminuir en el tercer trimestre. Se piensa que el responsable de dicho incremento en el primer trimestre suele ser el lactógeno placentario (Ident).

Los trastornos que con más frecuencia aparecen durante el embarazo con relación al aparato urinario son:

- **Poliuria.**
- **Polaquiuria.**

- Nicturia.
- Glucosuria.
- Pielonefritis.(Ident)

Es de mucha importancia destacar la importancia de la higiene en los genitales de la embarazada, la higiene íntima femenina siempre debe ser de adelante hacia atrás, esta acción es fundamental para evitar trasladar los gérmenes del área anal a la vaginal, puesto que se podrían provocar infecciones.

Modificaciones del Aparato Digestivo:

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y coles tasis(Ident).

Una de las Situaciones más frecuentes de la gestación es el estreñimiento y motivada principalmente por el retraso del vaciado gástrico y la reducción de la motilidad gastrointestinal, pudiendo influir otros factores como la frecuente toma de suplementos de hierro (Orueta Sánchez & López Gil, 2011).

El aumento de las contracciones de progesterona relaja el musculo uterino para que el feto aumente el tamaño, el enlentecimiento del vaciado gástrico y la prolongación del tiempo del tránsito intestinal de los nutrientes, lo que condiciona un mayor tiempo de absorción en el colon. Este enlentecimiento del tránsito condiciona una mayor reabsorción de agua del bolo fecal que sumando a la menor motilidad, produce el típico estreñimiento de las gestantes. (San Román Diego, 2013).

El abordaje inicial acerca del estreñimiento incluye; medidas higiénico dietéticas: ingesta abundante de líquidos, dieta rica en residuos, ejercicio físico regular y siempre que sea posible evitando la toma de fármacos que puedan

ocasionar estreñimiento. Cuando las medidas no farmacológicas no sean suficientes, se deben emplear de forma preferente laxantes formadores de bolo. No es aconsejable el empleo de aceite de ricino, enemas salinos, enemas parasíticos con detergentes, o medicamentos estimulantes de la motilidad intestinal.

Otras de las situaciones comunes del embarazo son las náuseas, los vómitos son muy variados, aunque existe un componente hormonal que es fundamental. La gonadotropina coriónica es muy elevada en el primer trimestre del embarazo, donde se produce una exacerbación de este cuadro(Ident).

La gestante con problemas de sobre peso u obesidad, debe saber cuáles son las medidas adecuadas a optar para mejorar estas situaciones antes mencionadas en el desarrollo de su embarazo, con respecto a la eliminación:

- No beber líquidos en ayunas.
- Comidas frecuentes y poco abundantes.
- No tomar bebidas gaseosas ni con cafeínas.
- Evitar tener el estómago vacío por lo que se le recomendará tomar algún alimento antes de levantarse.
- No fumar.
- No ingerir alcohol (Ident).

Recomendaciones para el autocuidado según San Román Diego (2013).

El abordaje inicial incluye medidas higiénico dietéticas: ingesta abundante de líquidos, dieta rica en residuos, ejercicio físico regular y siempre que sea posible evitando la toma de fármacos que puedan ocasionar estreñimiento. Cuando las medidas no farmacológicas no sean suficientes, se deben emplear de forma preferente laxantes formadores de bolo. No es aconsejable el empleo de aceite de

ricino, enemas salinos, enemas parasíticos con detergentes, o medicamentos estimulantes de la motilidad intestinal.

Es de mucha importancia destacar la importancia de la higiene en los genitales de la embarazada, la higiene íntima femenina siempre debe ser de adelante hacia atrás, esta acción es fundamental para evitar trasladar los gérmenes del área anal a la vaginal, puesto que se podrían provocar infecciones.

6.3.3.5.5 Actividad y descanso.

La importancia del equilibrio entre actividad y descanso radica en lo que menciona la OMS en Morales & Olivares Torres (2012). *“Durante el periodo gestacional se recomienda a la embarazada el descanso necesario para evitar complicaciones durante el embarazo, tales como: aborto, parto prematuro, pre-eclampsia, entre otras”* (p.22).

Las actividades de ocio, tanto en casa como al aire libre, son muy aconsejables y las puedes realizar hasta el final del embarazo. Aprovecha cualquier ocasión para moverte y respirar aire puro, dando un paseo por el barrio, parque, el campo, la playa. Puedes practicar aquellos deportes que no supongan esfuerzo o movimientos bruscos y que no sean competitivos, como por ejemplo la natación, andar. Es recomendable que se realicen al menos tres veces por semana, sean de corta duración y no te provoquen cansancio (Barrero García, Fernández Regatillo, Gómez López, Monte Vázquez, Pons Tubio, Rello Yubero, Rodríguez Gómez, Rojas Fuentes, Román Oliver & Solana Neira, 2006).

El conocimiento o dominio de alguna técnica de relajación es de gran ayuda durante el embarazo y el parto. A través de estas técnicas puedes conseguir un mejor control de las actuaciones de la embarazada.

La actividad física durante el embarazo resulta muy beneficiosa, no sólo porque permite fortalecer el cuerpo en general, además de los músculos que se

utilizarán en el parto (abdomen, suelo pélvico, espalda), y aliviar las molestias típicas de esta etapa, sino también porque acompaña las progresivas y profundas transformaciones que se producen a lo largo de los nueve meses de gestación (Berbell Ferrer, 2008).

El ejercicio suele mejorar los ciclos de sueño, también es cierto que, debido a los cambios fisiológicos del embarazo, la calidad y la duración del sueño es modificable por la incomodidad para tener una buena postura al dormir. En este sentido, la futura madre, en el primer trimestre del embarazo, manifiesta cansancio, somnolencia, periodos de sueño más interrumpidos, despertándose varias veces por la noche (Alanís Guzmán, Pérez Sánchez, Álvarez Orozco & Rojas Rodríguez, 2015).

El descanso las mujeres embarazadas es de menor calidad, ya que por los cambios anatómicos que tienen impiden una comodidad para el descanso. Lo que mencionan las mujeres es que se cansan con mayor facilidad por su embarazo, además de no poder acostarse boca arriba porque se presenta una dificultad respiratoria por la reducción en la capacidad de la cavidad torácica (Ident).

Es conveniente que la mujer embarazada duerma por lo menos 8 horas diarias acostadas sobre su lado izquierdo, esta postura beneficia la circulación sanguínea. Debe utilizar una almohada o cojín para mantener la posición, por ejemplo, poniéndola entre las piernas, debajo de las piernas, detrás de la espalda como soporte o debajo del cuello (Miró, Iáñez& Cano Lozana, 2002).

Debe hacer siestas durante el día que le permitirán reponer las energías y continuar con sus labores normalmente. Durante la noche también puede, leer o caminar dentro de la casa hasta que sienta la necesidad de dormir.

La actividad física con obesas embarazadas, tiene que ser bien planificada, siempre teniendo en cuenta de que la intensidad del ejercicio y la cantidad debe ser

menor que la de una embarazada normal, cuidando siempre de la salud de la madre y el niño (Durán Montero & Labañino Legra, 2014).

El orden con que se realizan los ejercicios es muy importante, y aunque pueden ser variables deberemos de respetar algunos principios de forma taxativa. Intentando seguir una secuencia lógica (Ident).

1. Evitar levantarse y sentarse en el suelo repetidas veces, ya que esto rompe la dinámica de las secuencias de ejercicios.
2. La práctica de estos ejercicios siempre debe empezar con un calentamiento.
3. Tras el segundo aeróbico debe haber un periodo de enfriamiento.
4. La rutina siempre debe terminar con ejercicios de relajación (Ident).

La falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que, a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso (Matsudo (1997) citado por Bastos, González Boto, Molinero González & Salguero del Valle, 2005).

Ejercicios posturales

-Parada, sentada o acostada, retener la respiración, contraer el ano, como contando el movimiento de los intestinos (Ident).

Ejercicios generales con silla

-Sentada en la silla, manos sobre los muslos, realizar (1-2) cabeza al frente (3-4) cabeza atrás.

-Sentada, manos entrelazadas, realizar (1-2) círculo de muñecas al frente, (3-4) extensión de los brazos arriba de la cabeza.

-Sentada, brazos a los lados del cuerpo, realizar (1-2) elevaciones laterales de los brazos, (3-4) volver a la posición inicial (Ident).

Con la pareja.

-Parada la mujer y su pareja detrás de ella, manos entrelazadas, realizar elevación de brazos por los laterales arriba, inspirando y expirando al volver a la posición inicial.

-Sentados en el piso, espalda con espalda, brazos entrelazados, realizar (1-2) abrir piernas, rozando el piso (3-4) volver a la posición inicial.

- Se deben incluir, además, ejercicios respiratorios, marchas ligeras, observando estrictamente la dosificación de las cargas aplicadas (Ident).

6.3.3.5.6 Soledad e interacción social

Para Ojeda Varga, Navarro Elías & Alvarado Jiménez (2010). Los contactos sociales favorecen oportunidades para el intercambio de ideas y de culturas que influyen en la socialización y el logro del potencial humano. Por su parte la interacción social también es fundamental para mantener los recursos materiales esenciales para la vida, el crecimiento y el desarrollo.

En el contexto de la maternidad, los múltiples cambios físicos y hormonales, así como los cambios en el estilo de vida de la mujer, pueden llevar a la aparición de manifestaciones emocionales y psicológicas, que podrían denominarse normales o fisiológicas.

La seriedad de estas alteraciones aparece cuando se tornan patológicas. De esta manera el embarazo y el puerperio pueden actuar como desencadenantes o detonantes de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves, como es la depresión mayor, una de las patologías más representativas por el considerable porcentaje de mujeres al que afecta, especialmente en el postparto.

Responsabilidades y cuidados de la pareja y la familia con la embarazada.

- Demostrarle amor y evitar las discusiones. Tratarla bien.
- Priorizar su alimentación y la de los niños pequeños.
- Apoyar los quehaceres del hogar y atender a los niños pequeños.
- Acompañarla a las atenciones prenatales y el parto.
- Conversar con ella sobre sus precauciones y necesidades.
- Motivarla para que asista a actividades de la comunidad (reuniones, celebraciones, actividades culturales, recreativas y religiosas).
- Vigilar las señales de peligro y llevarla inmediatamente a la unidad de salud más cercana si se presenta.
- Asegurar que tenga lo necesario en su embarazo, parto y los cuidados del bebe. (ropa, alimentos y movilización).
- Ayudar a cuidar los niños, su casa y sus pertenencias para que ella pueda asistir a la unidad de salud a atender su parto.
- Aconsejar que ambos padres acaricien la barriga de la embarazada y le hablen y canten al bebe porque esto le ayuda a desarrollarse mejor.
- Informar a la madre sobre la importancia y el derecho que tiene de amamantar a su bebe, en forma exclusiva, durante los primeros seis meses de vida, incluyendo alimentos sólidos a partir de los seis meses, y continuando con su leche materna hasta los dos años de edad (MINSA, 2010).

6.3.3.5.7 Autocuidado en la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar.

Autocuidado, es el acto de vida que permite convertirse en sujetos de sus propias acciones, por tanto, es un proceso voluntario de parte de la gestante consigo

misma, es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y responsabilidad.

Para Orem (2000) cuidarse a uno mismo es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, el pensamiento racional para aprovechar las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en la cual debe existir el deseo y el compromiso para seguir con el autocuidado.

Buscar y asegurar la ayuda medicas adecuadas es una de las actitudes que demuestra la participación activa del autocuidado de la gestante, acudiendo en primeras instancias a una consulta preconcepcional, en el cual se evalúa el estado de salud de la mujer en edad reproductiva, de manera que se pueda tratar o evitar complicaciones futuras. Posteriormente acudir a sus controles prenatales para evaluar el desarrollo y crecimiento de su embarazo.

Según MINSA (2009). Los controles prenatales son una serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica.

La visita que debe ejercer la gestante acerca de sus controles prenatales, el nivel mínimo eficiente son 5 controles prenatales.

Uno antes de las primeras 20 semanas.

Uno entre las 22 y 27 semanas.

Uno entre las 28 y A las 33 semanas.

Uno entre las 34 y 37 semanas.

Uno entre las 38 y 40 semanas

Para Schwartz, et al (2006). Es una serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

La evaluación temprana favorece a la reducción algunas enfermedades que desencadena la obesidad en el embarazo como preeclampsia y diabetes gestacional, hipertensión arterial. Afortunadamente la detección inmediata y el tratamiento adecuado dado por el personal de salud, como el ejercicio durante el embarazo ayuda a la reducción de preeclampsia, así como de la diabetes gestacional, reduce el riesgo de una hipertensión arterial, ayudando a mantener el bienestar y el tono muscular de la madre, mejora su imagen, favorece la función intestinal regular, aumenta la energía, mejora el sueño, alivia la tensión, ayuda a controlar el aumento de peso y se asocia a una recuperación mejor en el postparto (Guzmán, Sánchez, Orozco & Rodríguez, 2015).

Es necesario también las consulta con el nutricionista en el periodo de embarazo es un aspecto a considerar desde la primera consulta prenatal, por cuanto constituye al marco propicio para orientar a la mujer gestante sobre la manera de suministrarla al organismo los niveles requeridos de carbohidratos, proteína, vitaminas y minerales entre otros nutrientes (Gonzales, et al, 2010).

Un autocuidado modificable acerca del cumplimiento de su alimentación es ligeramente en función de algunas recomendaciones en la consulta de control prenatal, limitando el consumo de algunos alimentos, muestra de ello, mejor en calidad y no en cantidad (Guzmán, et al, 2015).

El cumplir las recomendaciones dadas por el personal de salud como la actividad física, adoptar una práctica con regularidad, como una caminata diaria, es uno de los fundamentos básicos de cualquier programa de disminución de peso, porque no solo facilita el descenso sino que también ayuda a mantenerlo y además

produce beneficios físicos, psicológicos y sociales (Rodríguez Abreu & Núñez Llobregat, 2010).

La demanda del autocuidado terapéutico, es la suma de actitudes para realizar las actividades del autocuidado requeridas para los individuos en tiempo y espacio determinados con una duración limitada, necesaria para cubrir los requisitos de autocuidado en los individuos. Estas cubren los requisitos desviación de la salud (Orem, 1993).

Cuando las gestantes poseen la información necesaria para tomar de forma correcta su tratamiento, la actitud del paciente suele consistir en reforzar su interés en seguir correctamente el tratamiento, lo que queda directamente reflejado en el cumplimiento de la terapia.

Es necesario que las gestantes lleven a cabo las recomendaciones terapéuticas dadas por el personal de salud en sus controles prenatales con respecto a una alimentación adecuada y una rutina de ejercicio sabiendo que la alimentación y el ejercicio según Palacios y Navarro *“es la manera de proporcionarle al organismo sustancia y energías esenciales para el mantenimiento de la vida ya que estas medidas son las que regulan el funcionamiento y bienestar de la salud”* (2009 p: 4).

Según Joyce Travelbee (1969) citado por Gómez (2010) plantea que “el término paciente es un estereotipo que resulta útil para la economía de la comunicación; en realidad no existen pacientes. Tan solo seres humanos que necesitan atención, servicios y asistencia de otros seres humanos a quienes se supone capaces de prestar los cuidados necesarios”.

Cumplir con las recomendaciones adecuadas nutricionales durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo del crecimiento y desarrollo neonatal y evita aparición de enfermedades crónicas en la niñez. En la madre un correcto aporte de nutrientes a lo largo de la gestación

favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los intervalos intergenesicos (Schwarcz, et al 1986, P.184).

Los factores que contribuyen a la consecución y el mantenimiento de un peso saludable son esencialmente los actos y comportamientos que pueden considerarse como un "estilo de vida saludable" (Cajas Montenegro, 2015).

El consumo de alimentos menos procesados, frutas y verduras, frutos secos y cereales integrales y bajos en grasa fuentes de proteínas, evitar azúcar refinado son beneficiosos. La actividad física sostenida, a ser posible sobre una base diaria es también importante se recomienda al menos 30 minutos de actividad física al día (Ident).

Se ha evidenciado que el riesgo de cualquier complicación obstétrica es 2 a 3 veces más frecuente en embarazadas obesas comparadas con aquellas no obesas, pudiendo incluso identificarse riesgos preponderantes en cada período del embarazo y puerperio” (Farías Jofré, Oyarzún Ebensperger, 2016).

Enfocándose siempre en la labor de la enfermera como educadora a través de una atención de calidad que implica brindar información completa y veraz sobre la condición de salud que compromete la vida materna fetal dando a conocer las condicionantes que conlleva a múltiples factores de riesgo de curso crónico en la cual se involucran:

La falta de actividad: Con un estilo de vida sedentario es fácil consumir más calorías que las que se queman por medio del ejercicio o durante las actividades diarias normales.

Una dieta no saludable: Una dieta alta en calorías, el consumir comida rápida, no desayunar, tomar bebidas con alto contenido calórico y comer porciones grande, todo eso contribuye al aumento de peso.

Genética: Los genes de una persona pueden afectar la cantidad de grasa que se almacena y cómo ésta se distribuye. La genética también juega un papel importante en cómo el cuerpo convierte eficientemente los alimentos en energía y en cómo el cuerpo quemar calorías durante el ejercicio.

Historial familiar: La obesidad tiende a ser parte de la familia; y eso no es sólo por la genética. Los miembros de la familia tienden a tener hábitos alimenticios similares, de estilo de vida y de actividades. Si uno o dos de los padres son obesos, el riesgo de que una persona sea obesa es más grande.

Condiciones sociales y económicas: Ciertas condiciones sociales y económicas pueden ligarse con la obesidad. Por ejemplo, el no tener acceso a áreas seguras para hacer ejercicio o el haber aprendido maneras poco saludables para cocinar, el no contar con suficiente dinero para comprar frutas y vegetales frescos, o alimentos que no han sido procesados y empaquetados (Ident).

Influencia de los medios de comunicación: está directamente relacionada con el aumento del tiempo destinado a ver televisión. Esto se debe a que ver televisión representa una actividad pasiva y a que muchos telespectadores consumen diversos productos ricos en calorías mientras ven la televisión. La publicidad también influye de forma importante. De los miles de anuncios que ven las personas al año en televisión, dos terceras partes son sobre alimentos con elevado contenido en calorías, grasas, colesterol, azúcar y sal, como bollería, gominolas o ciertos refrescos.

6.3.3.5.8 Prevención de peligros para la vida.

El autocuidado es el acto de vida que permite convertirse en sujetos de sus propias acciones, por tanto es un proceso voluntario de parte de la gestante consigo misma, es una práctica que implica cierto grado de responsabilidad.

Para Orem en Guerendia (2000) “cuidarse a uno mismo es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, el pensamiento racional para aprovechar las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en la cual debe existir el deseo y el compromiso para seguir con el autocuidado”.

Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, debe de conocer la gestante el interés por sí sola en la búsqueda de seguridad y protección para mantener su vida sana en desarrollo y bienestar. En varias ocasiones existe un retraso en el establecimiento de un primer contacto entre la mujer embarazada y los servicios de salud, que generalmente deberían de ser en el primer trimestre de gestación, pero muchas veces acuden en etapas más avanzadas o hasta el momento del parto, lo que puede ser resultado de diversas situaciones, por un lado, la lejanía física, las barreras geográficas y culturales que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios. Se tiene conocimiento que las mujeres acuden al control mes a mes, cuando sienten amenaza relacionada con su salud (Alanís, et al, 2015).

Según MINSA (2009). “Los controles prenatales son una serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a, la atención debe ser precoz y periódica.

Para Scharwtz, et al (2005). “Es una serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución el embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño”.

Sánchez Jiménez, Hernández Trejo y Lartigue Becerra (2007) indican.

La gestante debe de conocer que el autocuidado en el embarazo es la base de la pirámide de la atención primaria y por lo tanto, el personal idóneo para fomentarlo es el de enfermería, que tiene una participación más directa y activa con la población y puede transmitir acciones

de orientación, utilizando criterios propios, a fin de contribuir a mejorar las situaciones de las problemáticas que van surgiendo en los grupos más necesitados y vulnerables en términos de salud, como son las mujeres embarazadas(p. 168).

La importancia de la evaluación nutricional ante la obesidad.

La evaluación temprana favorece a la reducción algunas complicaciones que desencadena la obesidad en el embarazo como preeclampsia, diabetes gestacional, e hipertensión arterial. Afortunadamente la detección inmediata y el tratamiento adecuado dado por el personal de salud, ayuda a la reducción de estas complicaciones.

Es necesario también las consulta con el nutricionista en el periodo de embarazo es un aspecto a considerar desde la primera consulta prenatal, por cuanto constituye al marco propicio para orientar a la mujer gestante sobre la manera de suministrarle al organismo los niveles requeridos de carbohidratos, proteína, vitaminas y minerales entre otros nutrientes(Gonzales, et al 2010).

La demanda del autocuidado terapéutico, es la suma de actitudes para realizar las actividades del autocuidado requeridas para los individuos en tiempo y espacio determinados con una duración limitada, necesaria para cubrir los requisitos de autocuidado (Orem 1993.)

Schwartz, et al (2005) indican.

Cumplir con las recomendaciones adecuadas nutricionales durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo del crecimiento y desarrollo neonatal y evita aparición de enfermedades crónicas en la niñez. En la madre un correcto aporte de nutrientes a lo largo de la gestación favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los intervalos intergenesicos (p.184).

“La actitud positiva al realizar ejercicio físico activa el metabolismo y consume calorías; además fortalece el cuerpo y mejora el tono muscular y el equilibrio” (Rodríguez et al, 2010).

Resaltando también una actitud positiva es el cumplimiento de las pastillas prenatales, como el suplemento de ácido fólico y calcio, de acuerdo con la (OPS) el

ácido fólico juega un papel fundamental en el proceso de la multiplicación celular, por lo tanto es muy necesaria durante la gestación porque se precisa para la producción de tejidos y para la formación de los órganos del embrión.

El calcio es muy importante ya que el embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio. El cumplimiento adecuado de cada comprimido favoreces la realización del autocuidado.

VII. Diseño metodológico.

7.1 Tipo de estudio.

Siguiendo la metodología de Hernández, Fernández& Baptista. Este estudio es descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo.

Descriptivo El presente estudio describe la información obtenida acerca del autocuidado que realizan las gestantes con obesidad, la cual esta no fue manipulada ni cambiada. *“Los estudios descriptos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”* (Hernández Sampiri, Fernández Collado& Baptista Lucio, 2010 p: 6).

De corte transversal porque se estudia el fenómeno dentro de un lapso de tiempo y en una zona en particular como es el área del centro de salud Adán Barilla Huete, Juigalpa- chontales. I semestre 2016. *“Intentar analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina de corte. Es como si diéramos un corte al tiempo y dijésemos que ocurrió aquí y ahora”* (García Salinero, p1, 2004).

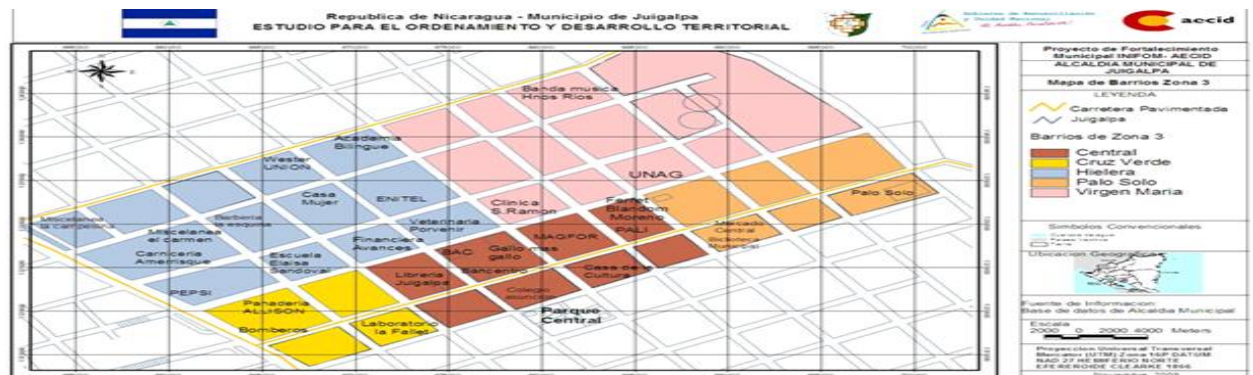
Cuantitativo. Se realiza con la finalidad de probar la teoría, examinando las relaciones entre las variables para medirlas. Donde se cuantifica las causas y los efectos, con la intención de maximizar la objetividad de los datos y de los resultados obtenidos. Validando y analizando el autocuidado que las gestantes con obesidad realizan.

Para Hernández, et al (2010) *“Esta investigación por sus características tienen un enfoque cuantitativo, por que mide las variables en un contexto determinado, analiza las mediciones, y establece conclusiones”* (p: 6).

7.2 Área de estudio.

El Centro de salud Adán Barilla Huete está ubicado al costado sur de la catedral de la ciudad, Juigalpa, chontales.

Imagen 1. Mapa ESAFC 5



Fuente: ESAFC 5

Límites del centro de salud Adán Barilla Huete.

Norte: Catedral de Juigalpa.

Sur: Clínica Dr. Madrid.

Este: Universidad UCAN.

Oeste: Hospedaje el viajero.

7.3. Universo

Nuestro universo está conformado por 40 gestantes con problemas de obesidad, las cuales asisten a sus controles prenatales al centro de salud Adán Barrilla Huete en el I semestre del año 2016 a las que se les realiza una encuesta por estudiantes de enfermería.

Para (Ortiz. 2010) El universo es *“El conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación y al que se generalizaran los hallazgos”*.

7.3.1 Muestra

Nuestra muestra está con formada por 40 Gestante con problemas de obesidad equivalente a todo nuestro universo las cuales son atendidas en el centro de salud Adán Barilla Huete en el I semestre del año 2016. *“Una muestra es un subconjunto de la población, que se obtiene para averiguar las propiedades o características de esta última, por lo que interesa que sea un reflejo de la población, que sea representativa de ella”* (Ludewig. S.f, p.3).

7.3.2 Tipo muestro

7.3.2.1 No probabilístico.

Porque la muestra se recoge mediante un proceso que no brinda a todos los individuos las mismas actividades para ser seleccionados. Estos son seleccionados en función de su accesibilidad o criterio personal e intencional de nuestra investigación.

“Por la elección de los elementos no depende de la probilidad, si no de causas relacionadas con las características de investigación o de quien hace la muestra” Hernández, et al (2010 p: 177).

7.3.2.2 A conveniencia.

Ya que las personas seleccionadas para la aplicación de nuestros instrumentos, cumplen con los criterios definidos parar formar parte de este ya que son accesibles para el investigador. Los sujetos son elegidos simplemente porque son fáciles de reclutar. Y a la vez es considerada una de las técnicas más fácil, más

barata y la que menos tiempo lleva. *“Es un tipo de muestreo no probabilístico, donde el investigador define los criterios o condiciones que debe de cumplir cualquier elemento para que sea parte de la muestra Sequeira & Cruz A (1997) citado por Pérez Galeano (2008, P.4).*

7.4 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión

- 1. Embarazadas con problemas de sobre peso u obesidad que asisten a sus controles prenatales.*
- 2. Gestantes que estuvieron de acuerdo con el llenado del cuestionario.*

Criterios de exclusión.

- 1. Gestantes con un peso adecuado o Normo peso.*
- 2. Gestantes que no estuvieron de acuerdo con el llenado del cuestionario.*

7.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Utilizamos como técnicas e instrumento realizando un cuestionario con preguntas cerradas en selección única, utilizando variable dicotómica y variables politómicas en escala de Likert, constituida en 4 bloques. (Ver anexo 1)

Según Hernández et al, (1998) *El cuestionario es “el instrumento más utilizado para la recolección de datos particularmente cuando hablamos del paradigma cuantitativo”.*

- El primer bloque los datos socio – demográficos y biológico.
- El segundo bloque es el mantenimiento de aportes para la vida según los requisitos universales en las embarazadas con problemas de obesidad. Está constituida por 10 preguntas cerradas de selección única politómica Usando de

apoyo la escala de Likert, la cual se construyó en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cuatro alternativas de respuesta.

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

El tercer bloque es sobre el mantenimiento del equilibrio entre actividad-descanso e integración social y soledad en embarazadas con obesidad. Está constituida por 7 preguntas cerradas de selección única politómica Usando siempre de apoyo la escala de Likert, la cual se construyó en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cuatro alternativas de respuesta:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

El cuarto bloque es acerca de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, el bienestar humano y la promoción en las gestantes con obesidad. Está constituida por 10 preguntas cerradas de selección única politómica Usando siempre de apoyo la escala de Likert, la cual se construyó en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cuatro alternativas de respuesta:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Muy desacuerdo

7.5.1 Validación del instrumento.

Se realizó un pilotaje para analizar el método de consistencia interna basado en el alfa de Cron Bach, retomando 15 gestantes que cumplían con las características y criterios de nuestra investigación, permitiendo estimar la fiabilidad de nuestro instrumento, posteriormente de ser un instrumento aceptable según el alfa de Cron Bach se aplicó a las 40 gestantes que asisten al centro de salud Adán Barilla Huete y forman parte de nuestra muestra.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cron Bach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cron Bach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados Welch & Comer (1988) Citado por Frías Navarro (2014, p.2).

Como criterio general, Mallery (2003) citado por Frías (2014) sugieren las recomendaciones siguientes:

Para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente.
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno.
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable.
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable.
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre.
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable.

Tabla 3 Resultado de validación de instrumento por Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.742	29

Fuente: Resultado del instrumento de las investigadoras

Según la validez de nuestro instrumento Obtuvimos una fiabilidad en el alfa de Cronbach .742 este valor nos dice que la fiabilidad del instrumento es aceptable.

7.6. Procesamiento de datos

Para el procesamiento de la información utilizamos el programa SPSS 18 un software de análisis estadístico que presenta las funciones principales necesarias para realizar el proceso analítico de principio a fin. Es fácil de utilizar e incluye un amplio rango de procedimientos y técnicas para ayudarle a aumentar los ingresos, superar a la competencia, dirigir investigaciones y tomar mejores decisiones.

- Codificación de datos.
- Elaboración de la base de datos en el programa SPSS 18 para obtener números absolutos y porcentajes que están reflejados en la tabla de cada objeto de estudio.
- Elaboración de cuadros y gráficos según variables.

7.7 Consideraciones Éticas.

El día 01 de junio del año 2016, se realizó una visita a SILAIS Chontales, con el objetivo de obtener el permiso para ingresar al centro de salud Adán Barrilla Huete y hacer uso de la información necesaria, atreves de una formal carta dirigida al Dr. Samir Aguilar Parrales director de dicha institución y luego presentar el consentimiento a la jefa de enfermería de la unidad de salud, para poder obtener acceso a los datos generales de las pacientes, para poder aplicar nuestro instrumento y así poder darle la validez a nuestra investigación. (Ver anexo.2a, 2b)

7.8 Operacionalización de las variables

Tabla 4 Operacionalización de las variables de investigación

Objetivo.	Variable	D/conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición.	Instrumento
Categorizar el perfil socio demográfico y reproductivo en la gestante con obesidad.	Biológico	Condiciones y leyes que rigen el desarrollo de los seres vivos así como las causas que terminan su actividad.	Edad.	15-20 21-25 26-30 35 a mas	Escala	P.1
	Social	Algo que se encuentra estrechamente vinculado con la sociedad, que pertenece a la misma o que tiene cierta relación	Escolaridad.	analfabeta Primaria Secundaria Universitaria	Nominal	P.2

Evaluar nivel de conocimiento que tiene la gestante acerca de los cuidados en la obesidad.	Mantenimiento de aire	Uno de los elementos más significativos para la vida humana y de todos los seres vivos es el aire. Esto se debe a que es la parte fundamental de la respiración que permite a cualquier ente viviente la supervivencia	¿Es capaz de respirar sin ninguna dificultad?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal.	P.3
			¿Cuándo camina siente que le falta la respiración?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca		P.4

Mantenimiento suficiente de agua	El agua no es otra cosa que dos moléculas de hidrógeno con una molécula de oxígeno. Así de simple, pero a la vez así de complicado. Se trata de uno de los elementos más esenciales para la salud, tanto del planeta, como de los animales que lo pueblan, y que resulta fundamental en la supervivencia del ser humano	¿Presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades cotidianas del hogar?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.5
Mantenimiento de alimento	Es necesaria en todos los seres vivos, tanto en los animales como en los seres humanos, y es por ello que debemos tener una equilibrada incorporación de nutrientes a nuestro organismo, lo que muchas veces es referenciado como buena alimentación, siendo fundamental su cumplimiento para el desarrollo de la vida y de las distintas actividades cotidianas.	¿Cuántos vasos de agua ingiere en 24 horas?	1 a 2 vasos al día. 3 a 4 vasos al día. 5 a 6 vasos al día. 7 a más.	Nominal	P.6
		¿Cuántas bebidas altas en calorías consume como café y Coca-Cola?	1 a 2 bebidas 3 a 4 bebidas. 5 a 6 bebidas. 7 a más bebidas	Nominal	P.7

			¿Cuántas veces ingiere alimentos al día?	1a 2 veces al día. 3 a 4 veces al día. 5 a 6 veces al día. 7 a más	Nominal	P.8
			¿Ingiere frutas y vegetales a su dieta diaria?	Siempre Casi siempre Alguna veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.9
			¿Considera que tiene una dieta adecuada?	Siempre Casi siempre Alguna veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.10
	Proceso de eliminación	El proceso de eliminación es simplemente la expulsión de los residuos de la digestión, las heces, del tracto digestivo. La formación de heces es la función	¿Cuántas veces al día orina?	1a 2 veces al día. 3 a 4 veces al día. 5 a 6 veces al	Nominal	P.11

		principal del colon.		día. 7 a más.		
			¿Ha presentado estreñimiento durante el embarazo?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.12
Determinar el mantenimiento del equilibrio entre actividad-descanso e integración social y soledad en embarazadas con	Equilibrio entre actividad y descanso	Es una manifestación propia del ser humano y es el eje de la vida.	¿Realiza algún tipo ejercicios cotidianamente?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.13
			¿Qué tipo de ejercicios realiza durante el día?	Caminar Respiración Relajación Gimnasia	Nominal	P.14

problema de obesidad.			Realiza caminatas con la pareja, familia, amigos, amistades u otras personas de su entrono?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.15
			¿Cuántas horas duerme durante el día?	0 horas. 1 hora. 2 horas. 3 horas 4 a más horas	Nominal	P.16
			¿Cuántas horas duerme durante la noche?	3 a 4 veces al día. 5 a 6 veces al día. 7 a 8 veces al día.	Nominal	P.17

				9 a más		
	Interacción social	Es la capacidad de interactuar y establecer relaciones de confianza y afecto con adultos y pares, compartiendo, participando y colaborando en actividades grupales.	¿Se siente satisfecha en sus relaciones sociales?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca.	Nominal	P.18
			¿Cómo se siente emocionalmente estando embarazada?	Muy bien Bien Regular Mal Muy mal	Nominal	P.19
Identificar la prevención de peligros para la vida, el funciona	Prevención de peligros	Hace referencia a la acción y efecto de prevenir. El concepto, por lo tanto, permite nombrar a la preparación de algo con anticipación para un determinado fin, a prever un daño o a anticiparse a una dificultad, entre otros	¿Cree usted que el autocuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo?	Muy de acuerdo De acuerdo Desacuerdo Muy desacuerdo	Nominal	P.20

miento, el bienestar humano y la promoción en las embarazadas con problema de obesidad.	significados.	¿Cree usted que el embarazo es un proceso que necesita de autocuidado?	Muy de acuerdo De acuerdo Desacuerdo Muy desacuerdo	Nominal	P.21
		¿Cree usted que al modificar su alimentación favorecerá a la mejora de su problema de obesidad o sobre peso?	Muy de acuerdo De acuerdo Desacuerdo Muy desacuerdo		
		¿Cuándo su salud se ve en peligro es capaz de buscar ayuda médica?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.23

			¿Asiste a todos sus controles prenatales programados ?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.24
			¿Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca.	Nominal	P.25
			¿Ha visitado a un profesional en nutrición, para conocer qué tipo de plan de alimentación debe de	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.26

			seguir con relación a su peso?			
			¿Cumple con las recomendaciones brindadas por el nutricionista?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.27
			¿Usted está dispuesta a modificar su estilo de Vida alimenticia, para mejorar su problema de obesidad o sobre peso?	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	Nominal	P.28
	Promoción de la salud	Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y	¿Cree usted que la persona idónea para brindarle orientación sobre su cuidado es el	Muy de acuerdo. De acuerdo Desacuerdo. Muy en	Nominal	P.29

	capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.	personal de salud?	desacuerdo		
--	--	--------------------	------------	--	--

Fuente. Elaboración propia de las investigadoras.

VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADO.

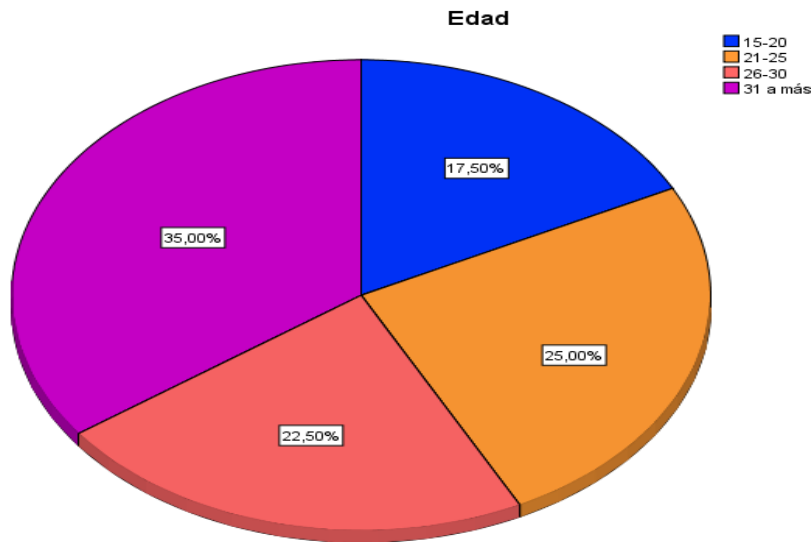
En el siguiente apartado se mostraran los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada a las gestantes con problemas de obesidad en el centro de salud de la zona # 3, lo cual tiene como objetivo Determinar el Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete.

Edad

De 40 embarazadas a quienes aplicamos la encuesta, los datos obtenidos con respecto a la edad son los siguientes, un 35% de las gestantes tienen de 31 años a más, el 25% de las gestantes tienen de 21 a 25 años, otro 22.5% de las gestantes tienen de 26 a 30 años, y un 17.5% de las gestantes tienen de 15 a 20 años.

podemos estimar que la presencia de la obesidad en todos los grupos de edades es una realidad, mediante nuestro estudio encontramos una mayor incidencia de esta problemática en las gestantes que tiene de 31 años a más. Afirmando así lo que dice la Organización Mundial de la Salud (2016). La prevalencia de la obesidad o sobre peso en Nicaragua es del 75% entre las edades 15 a 55 años, lo que conlleva a un alto índice de problemas de salud en la población en general, Como la diabetes, hipertensión y problemas cardiovasculares. Ver Anexo Tabla 1

Gráfico 1: Edad de las gestantes



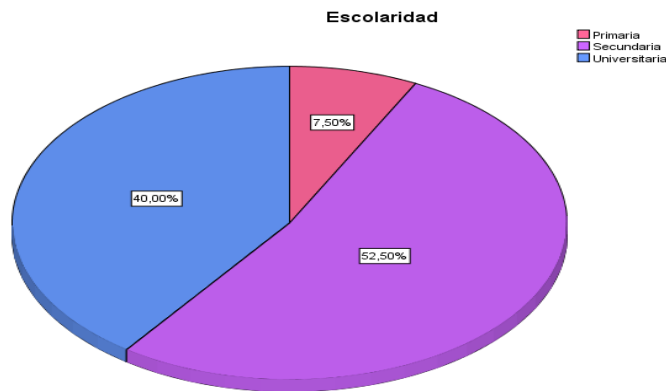
Fuente: Resultado del cuestionario.

Escolaridad

Según la encuesta aplicada a las gestantes con problemas de obesidad, con relación al nivel de escolaridad, los datos obtenidos fueron los siguientes, el porcentaje más alto pertenece a un 52,50% de las gestantes las cuales su nivel de escolaridad es secundaria, el 40% de las gestantes su nivel de escolaridad es universidad y un 7,50% de las gestantes tienen escolaridad primaria.

El nivel de escolaridad de las gestantes que más prevaleció fue secundaria y universidad, por tanto podemos decir que estas son capaces de razonar acerca de su autocuidado y actuar ante este problema. Según Hernández Daza (2002) los individuos de menor educación y más bajos ingresos, son los que en promedio presentan mayor prevalencia de obesidad, comparados con los grupos afluentes de la población, que se creían son los más propensos a producir este trastorno metabólico. En otras palabras como la obesidad no respeta ninguna clase económica y social. Ver Anexo tabla 2.

Gráfico 2: Escolaridad de las gestantes



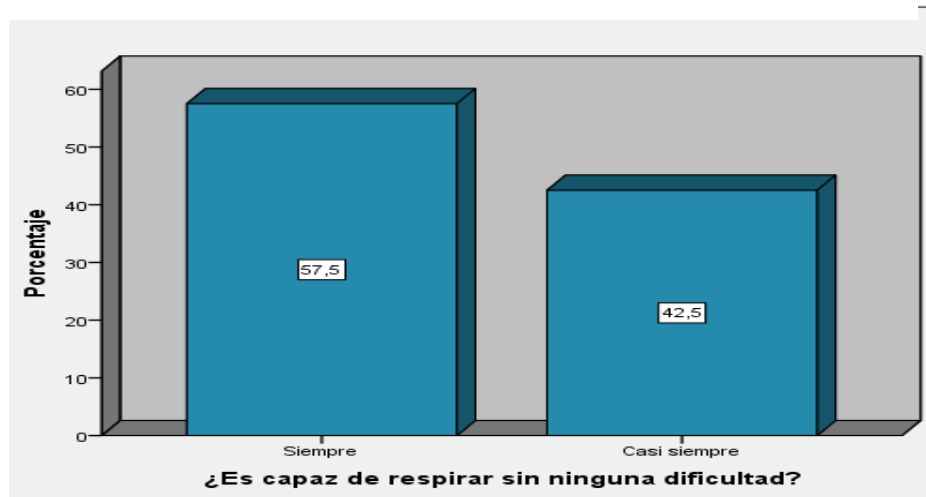
Fuente: Resultado del cuestionario.

Capacidad que tienen las gestantes de respirar sin ninguna dificultad

Con respecto a la pregunta ¿es capaz de respirar sin ninguna dificultad? el 57.5% siempre son capaz de respirar sin ninguna dificultad, un 42.5% casi siempre son capaces de respirar sin ninguna dificultad.

Según los datos obtenidos, resaltamos, con relación a la interrogante que las gestantes se ubicaron en dos variables, lo cual nos muestran que siempre y casi siempre las gestantes, son capaces de respirar sin ninguna dificultad, por tanto podemos decir que mantienen un aporte suficiente de oxígeno. Según Wessels & Oellerich (s.f) Durante el embarazo el cuerpo necesita suficiente oxígeno para trabajar de manera productiva, es por esto que la embarazada debe procurar respirar por el abdomen tan profundamente como sea posible, para proveer oxígeno de una mejor manera al feto. Ver Anexo Tabla 3.

Gráfico 3: Capacidad de respirar de las gestantes



Fuente: resultado del cuestionario.

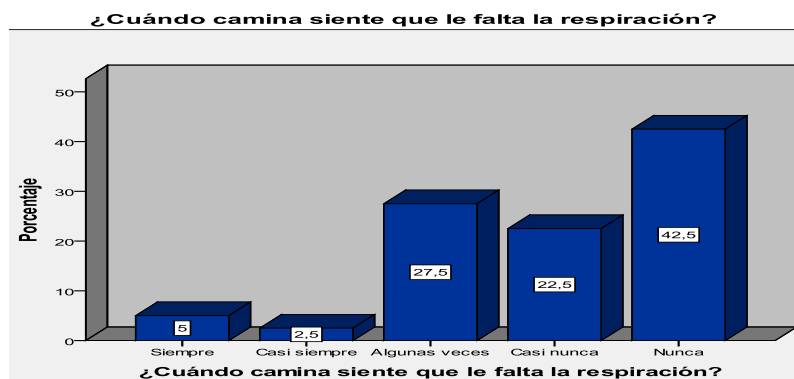
Cuando caminan las gestantes sienten que le falta la respiración.

Según la pregunta ¿cuándo camina siente que le falta la respiración? a un 5% siempre le falta la respiración cuando caminan, un 2.5 %casi siempre,el 27.5% algunas veces, otro 22.5% casi nunca y el 42.5% nunca sienten que le falta la respiración.

Podemos ver, que el 65% de las gestantes casi nunca o nunca han presentado falta de respiración a la hora de caminar y un 35% de las gestantes siempre, casi siempre y algunas veces presentan alteraciones respiratorias a la hora de caminar, por que, quizás estas gestantes mantienen un ritmo de vida activo, ya que realizar ejercicio al menos una caminata al día, resulta muy beneficioso durante el embarazo.Según Wessels & Oellerich, (s.f)refiere que, mediante el entrenamiento de la resistencia se puede conseguir una adaptación respiratoria de la zona respiratoria, un entrenamiento moderado disminuye la frecuencia respiratoria y aumenta su

reserva. De esta forma a la embarazada no le falta el aire con tanta facilidad tras los esfuerzos habituales. Ver Anexo Tabla 4.

Gráfico 4: Cuándo camina siente que le falta la respiración.



Fuente: Resultado del cuestionario.

Presencia de alteraciones respiratoria como fatiga en las gestantes cuando realiza actividades cotidianas del hogar.

En cuanto a la siguiente pregunta ¿presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades cotidianas del hogar? el 2.5% de las gestantes casi siempre presentan alguna alteración respiratoria como fatiga, un 25% de las gestantes algunas veces, otro 22.5% de ellas casi nunca y el 50% nunca presentan alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades del hogar.

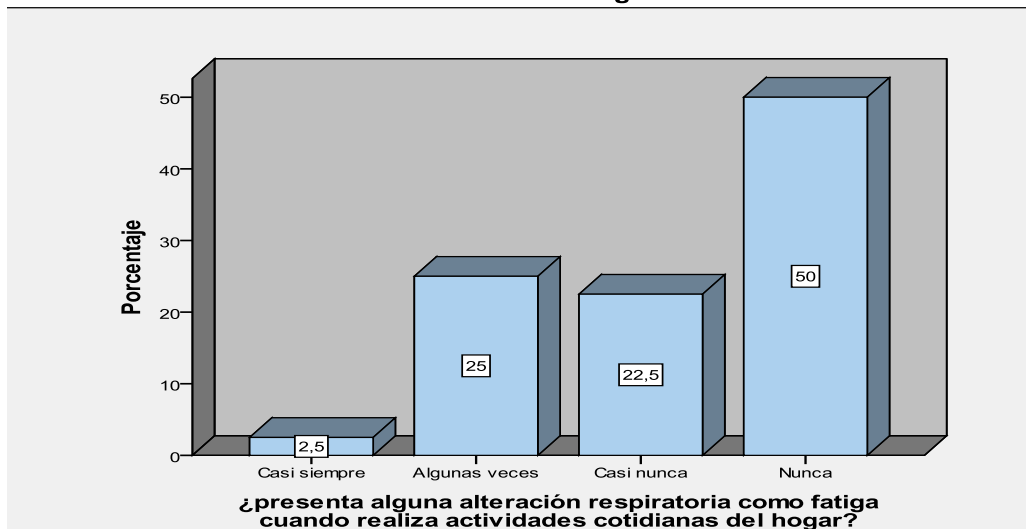
Podemos observar que la mayoría de las gestantes que contestaron a esta pregunta, indican que nunca presentan fatiga respiratoria a la hora de realizar actividades cotidianas en el hogar, ya que; están efectuando ejercicio físico en el hogar que son de mucho beneficio siempre y cuando no sean tan bruscos y no este contraindicado, sin embargo es normal que las gestantes presente algún tipo de fatiga respiratoria al final del embarazo ya que las necesidades de oxígeno son mayores y sobre todo en las que presentan obesidad.

Según Fernández Canet (2009) refiere que, la gestante debe saber que en la obesidad es predominante la distribución central que produce alteración en el funcionamiento de los músculos respiratorios, ya que el exceso de grasa ejerce una presión importante sobre el diafragma, de manera que es más frecuente en estos pacientes que exista una alteración de los volúmenes pulmonares. Ver Anexo Tabla 5.

Gráfico 5: Presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades cotidianas del hogar.

Fuente: resultado del cuestionario.

¿presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividad cotidianas del hogar?

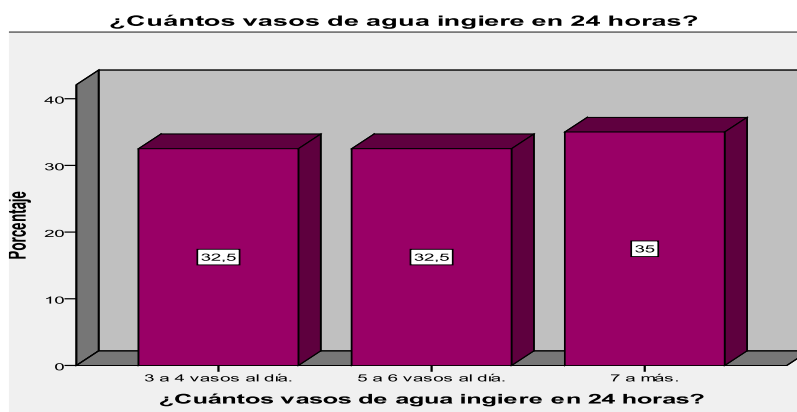


Cantidad de agua que ingieren las gestantes en 24 horas.

Según la cantidad de vasos de agua que ingieren las gestantes en 24 horas el 32.5% de ellas consume de 3 a 4 vasos, un 32.5% de las gestantes consumen de 5 a 6 vasos y otro 35% de las gestantes consume de 7 vasos a más.

Podemos decir que la mayoría de las embarazadas, consume la cantidad de agua necesaria para obtener buenos resultados durante su etapa de gestación, ya que el agua sirve para un mejor metabolismo corporal, además de ser recomendada en las gestantes obesas ya que es totalmente libre de calorías. Según Martínez, Villarino, Polanco, Iglesias, Gil, Ramos, López, Ribera, Maraver, & Legido (2008) refieren que, La ingesta de agua que se le recomienda a la embarazada es de 2 a 3 litros de agua al día, ya que además de muchos otros beneficios, va a favorecer el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento y debe restringirse el uso de bebidas azucaradas como parte de la dieta normal, ya que es causa de un gran incremento en la obesidad y sus riesgos metabólicos asociados. Ver Anexo Tabla 6.

Gráfico 6: Cuántos vasos de agua ingiere en 24 horas.



Fuente: Resultado del cuestionario.

Cuántas bebidas altas en calorías consumen las gestantes como café y Coca-Cola.

Según la interrogante que se les aplicó a las gestantes con problemas de obesidad ¿cuántas bebidas altas en calorías consumen como café y Coca-Cola? podemos ver que un 47.5% de las gestantes consume de 3 a 4 bebidas calóricas, un 42.5% de gestantes de 1 a 2 bebidas calóricas y otro 10% de las gestantes consumen de 5 a 6 bebidas altas en calorías.

Los datos obtenidos en esta interrogante son alarmantes, ya que la gestante debe evitar consumir bebidas altas en calorías, porque no proporcionan ningún

beneficio a la salud, por el contrario en la gestante con problemas de sobrepeso empeora más el padecimiento y hay un mayor riesgo que él bebe al nacer tenga desequilibrios metabólicos, esto nos indica que tienen un autocuidado deficiente en el aporte suficiente de agua, ya que lo recomendable es consumir agua mineral, ya que sirve para facilitar el transporte de nutrientes hacia el torrente sanguíneo del feto y su distribución por todo el organismo.

Según Figueroa Damián, Beltrán Montoya, Espino Sosa, Enrique Reyes, Segura Cervantes, (2013) refieren que, el volumen de agua consumido debe ser proporcional a sus pérdidas; debe ingerir cantidades mayores de agua ya que el aumento de la temperatura ambiental y la actividad física ocasionan pérdidas hasta en una tercera parte de la cantidad de agua ingerida. El agua simple debe ser la opción preferida para la adecuada hidratación, lo que disminuiría los trastornos metabólicos derivados del consumo de bebidas azucaradas. Ver Anexo Tabla 7.

Gráfico 7: Cuántas bebidas altas en calorías consume como café y Coca cola



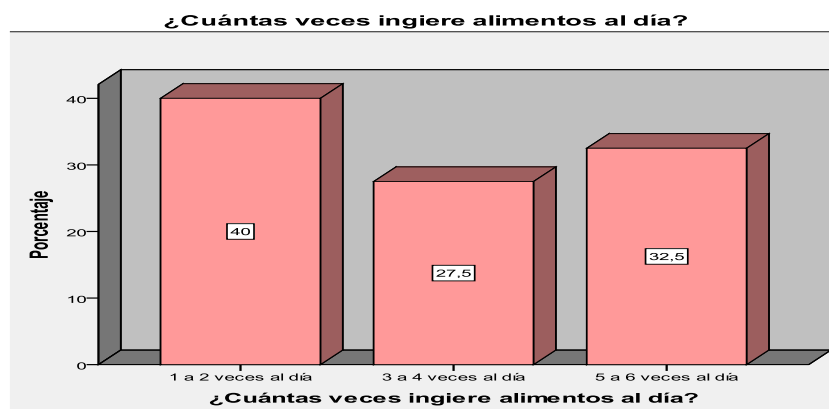
Fuente: Resultado del cuestionario

Cuántas veces ingiere alimentos las gestantes en el día

De las 40 gestantes obesas que respondieron nuestra encuesta, obtuvimos los siguientes resultados con relación a la interrogante ¿cuántas veces ingiere alimentos durante el día? el 40% de ellas indicaron de 1 a 2 veces al día, un 27.5% de las gestantes señalaron de 3 a 4 veces al día y un 32.5% de las gestantes de 5 a 6 veces al día.

Los datos obtenidos en esta pregunta varían, sin embargo la mayoría de las gestantes no presentan una frecuencia adecuada de alimentación durante el día y no solamente el número de veces que se alimenta, sino tomar en cuenta los alimentos que deben de consumir durante el embarazo, ya que él bebé necesita que la madre le envíe suficientes nutrientes que ayuden a un desarrollo adecuado y así lograr que nazca sano, fuerte y sin ninguna complicación. Por tanto González Moreno, Juárez López & Rodríguez Sánchez, (2013) refieren que, la gestación no es el momento ideal para comenzar un régimen dietético restrictivo, por lo que no se recomienda someter a la embarazada obesa a restricción dietética, sin embargo, se debe evaluar la ingestión que realmente está recibiendo. Ver Anexo Tabla 8.

Gráfico 8: Cuántas veces ingieren alimentos al día.



Fuente: Resultado del cuestionario.

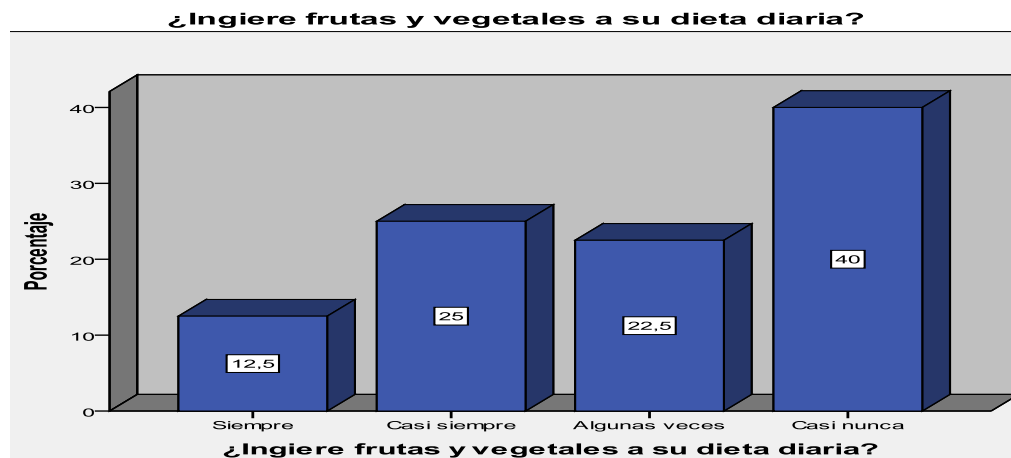
Ingieren frutas y Vegetales las gestantes en su dieta diaria.

Con respecto a la pregunta ¿ingiere frutas y vegetales a su dieta diaria? un 12.5% siempre ingiere frutas y vegetales a su dieta, el 25% indicaron que casi siempre, otro 22.5% de las gestantes algunas veces y un 40% casi nunca ingieren frutas y vegetales a su dieta diaria.

Podemos observar, que la mayoría de las gestantes, casi nunca ingieren frutas y vegetales en su dieta diaria, la importancia de esta información esencial, debido a que las gestantes tienen alteraciones en su Índice de Masa Corporal, por tanto podemos ver la falta de hábitos alimenticios saludables, lo cual puede conllevar a diversos problemas materno- fetales.

Según Kaplan (2010) Es importante saber que durante el embarazo la demanda de nutrientes aumenta: una mujer embarazada necesita entre 350 y 440 Kcal más. Los principios básicos de la dieta equilibrada son: Comer comidas fijas y consumir una gran variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios, más que nunca durante el embarazo. Se recomienda que las calorías suplementarias provengan de todos los grupos alimenticios: hidratos de carbono, proteínas, grasas, verduras y frutas. Ver Anexo Tabla 9.

Gráfico 9: *Ingieres frutas y vegetales a su dieta diaria*



Fuente: Resultado del cuestionario.

Consideración de la gestante acerca de su propia dieta.

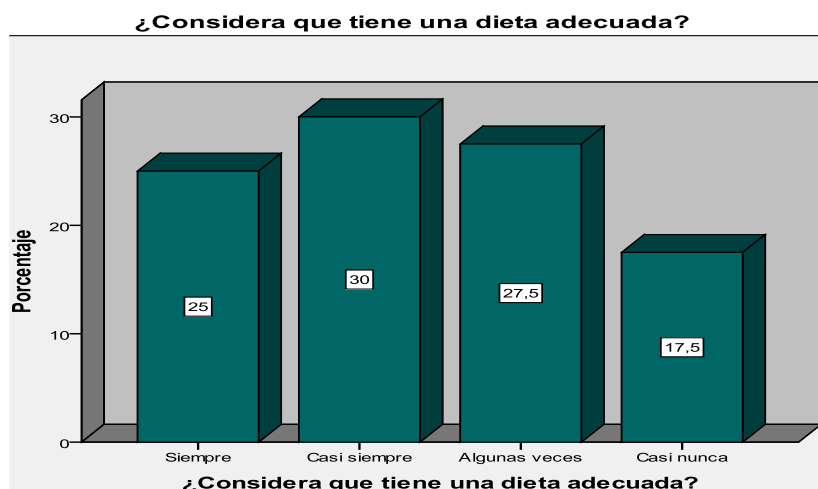
Con respecto a la siguiente pregunta ¿considera que tiene una dieta adecuada, el 30% de las gestantes respondieron, casi siempre tienen una dieta

adecuada, un 27,5% de las gestantes algunas veces tienen una dieta adecuada, el 25% de las gestantes siempre tienen una dieta adecuada y el 17.5% de las gestantes casi nunca tienen una dieta adecuada.

Del 100% de las gestantes encuestadas el 55% de ellas consideran que tienen una dieta adecuada, sin embargo en las interrogantes anteriores nos muestran lo contrario, alegando de este modo que ellas tienen poca información acerca de alimentación adecuada y saludable, por tanto es difícil que estas gestantes cumplan el requisito que se refiere al aporte suficiente de nutrientes, siendo este un factor de riesgo para su salud y la de su producto; Una dieta no saludable, una dieta alta en calorías, el consumir comida rápida, no desayunar, tomar bebidas con alto contenido calórico y comer porciones grandes, todo eso contribuye al aumento de peso.

Según la OMS (2016) La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. Ver Anexo Tabla 10.

Gráfico 10: Considera que tiene una dieta adecuada



Fuente: resultado del cuestionario.

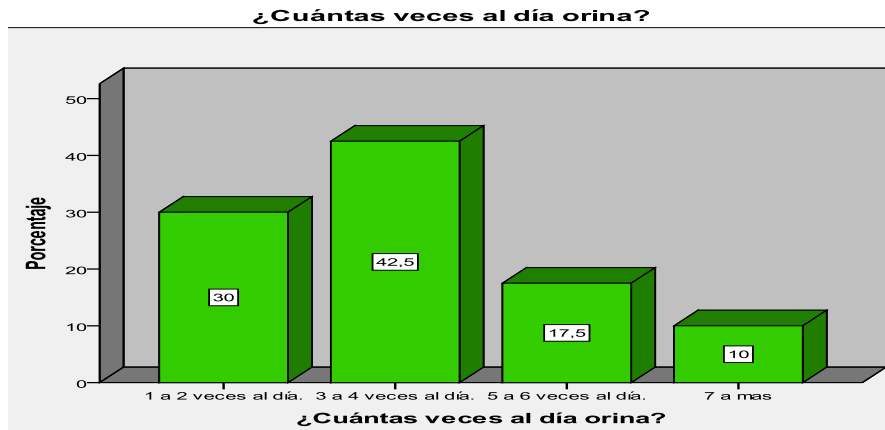
Frecuencia con la que micciónan las gestantes.

Según la interrogante ¿Cuántas veces al día orina? el 42.5% de las gestantes micciónan de 3 a 4 veces al día, el 30% de las gestantes micciónan de 1 a 2 veces al día, el 17.5% de las gestantes de 5 a 4 veces al día y un 10% de las gestantes de 7 veces a más.

Del 100% de las gestantes encuestadas el mayor porcentaje que corresponde al 42.5% de estas indicaron que orinan de 3 a 4 veces al día, por tanto podemos decir que estas embarazadas no están eliminando la cantidad adecuada de líquidos, por ende no se está cumpliendo el requisito de eliminación, planteado por Orem y como consecuencia se da un mayor riesgo de padecer infecciones de vías urinarias u otras complicaciones durante el embarazo

Para Landry & Bazari. (2011). El patrón de micción o número de veces que una persona orina durante el día y la cantidad eliminada cada vez es individual de cada persona. Se podría establecer como patrón normal, de 5 ó más veces al día, sin necesidad de levantarse por la noche. Uno de los funcionamientos normales del aparato urinario en las mujeres embarazadas es que sienten más ganas de ir al baño, porque el útero comprime la vejiga haciendo que alcance menos orina Ver Anexo. Tabla 11.

Gráfico 11: Cuántas veces al día orina



Fuente: resultado del cuestionario.

Han presentado estreñimiento las gestantes.

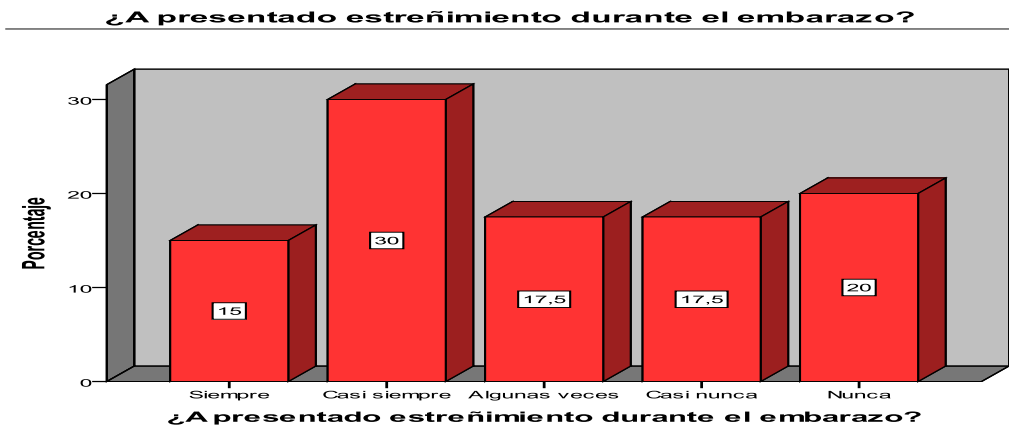
Dada a la siguiente pregunta ¿ ha presentado estreñimiento durante el embarazo? el 30% de las gestantes casi siempre tienen estreñimiento durante su periodo de gestación, un 20% de las gestantes nunca han tenido estreñimiento durante su periodo de gestación, un 17.5% de las gestantes algunas veces han tenido estreñimiento durante su periodo de gestación, en cambio otro 17.5% de las gestantes casi nunca han tenido estreñimiento durante su periodo de gestación y un 15% siempre tiene estreñimiento durante su periodo de gestación.

Del 100% de las gestantes encuestadas el 30% que corresponde al mayor porcentaje de gestantes, indicaron que casi siempre han presentado estreñimiento durante su periodo de gestación, por tanto es normal que estas gestantes padezcan de estreñimiento debido a los cambios fisiológicos que se dan en su organismo, por ende se recomienda la ingesta de alimentos ricos en fibra.

Según San Ramón, Diego(2013)El aumento de las contracciones de progesterona relaja el musculo uterino para que el feto aumente el tamaño, el enlentecimiento del vaciado gástrico y la prolongación del tiempo del tránsito intestinal de los nutrientes, lo que condiciona un mayor tiempo de absorción en el

colon. Este enlentecimiento del tránsito condiciona una mayor reabsorción de agua del bolo fecal que sumando a la menor motilidad, produce el típico estreñimiento de las gestantes. Ver Anexo Tabla 12.

Gráfico 12: Ha presentado estreñimiento durante el embarazo



Fuente: resultado del cuestionario

Realiza algún tipo de ejercicio cotidianamente las gestantes.

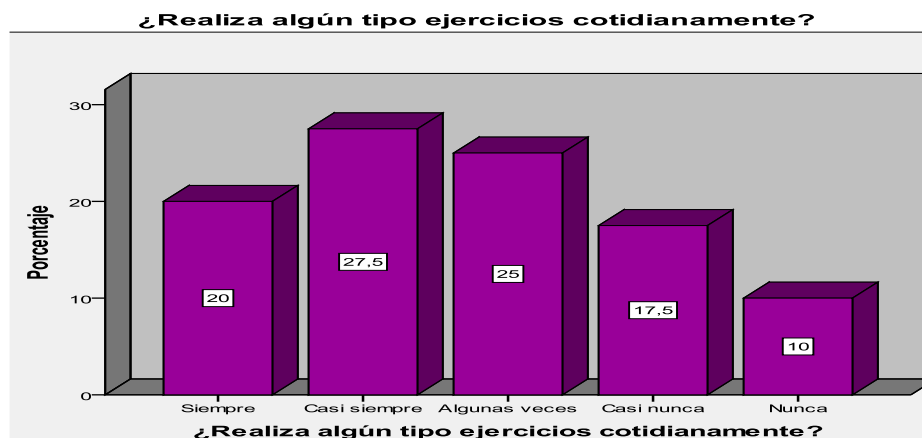
Según la regularidad de ejercicios que realizan las gestantes con problemas de obesidad el 27.5% realiza casi siempre ejercicios, un 25% de las gestantes algunas veces, un 20% de las gestantes siempre, el 17.5% de gestantes casi nunca y un 10% de gestantes nunca realiza ejercicios.

Podemos decir que las gestantes no siempre tienen una práctica continua del ejercicio, por lo tanto, es una condición de vida poco favorable para el buen desarrollo de su autocuidado, ya que; la práctica continua de ejercicio ayuda a controlar los niveles de calorías y de esta manera tener una vida más satisfactoria en cuanto a calidad, no obstante la embarazada puede realizar diferentes tipos de ejercicios que no requieren de mucho esfuerzo físico y son muy beneficiosos.

Según Matsudo, (1997) Citado por Bastos, González, Molinero & Salguero, (2005) refiere que, la falta de movimiento implica una combustión insuficiente de

las calorías ingeridas con la dieta, por lo que, a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso. Ver Anexo Tabla 13.

Gráfico 13: Realiza algún tipo de ejercicios cotidianamente.



Fuente: Resultado de la encuesta.

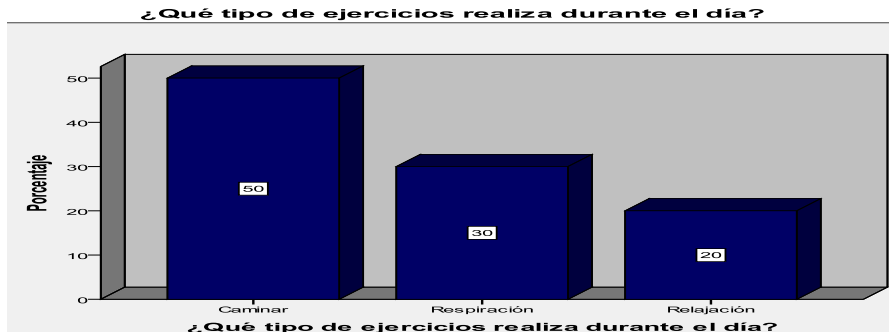
Tipo de ejercicios que realizan las gestantes durante el día.

Según la pregunta ¿qué tipo de ejercicio realiza durante el día? el 50% de las gestantes caminan durante el día, el 30% de las gestantes realizan ejercicios de respiración durante el día y el 20% de las gestantes utilizan el ejercicio de la relajación durante el día.

El 100% de las gestantes encuestadas realizan una buena práctica de su autocuidado, caminar, hacer ejercicios de relajación es fundamental durante el periodo gestacional recomendando a la embarazada el ejercicio para ayudar al cuerpo en la nueva adaptación a los cambios que surgen durante el embarazo.

Para BerbelFerrer (2008)La actividad física durante el embarazo resulta muy beneficiosa, no sólo porque permite fortalecer el cuerpo en general, además de los músculos que se utilizarán en el parto (abdomen, suelo pélvico, espalda), y aliviar las molestias típicas de esta etapa, sino también porque acompaña las progresivas y profundas transformaciones que se producen a lo largo de los nueve meses de gestación. Ver Anexo Tabla 14.

Gráfico 14: Qué tipo de ejercicios realiza durante el día.



Fuente: resultado del cuestionario.

Realiza las gestantes caminatas con la pareja, familia, amigos, amistades u otras personas que conforman su entorno.

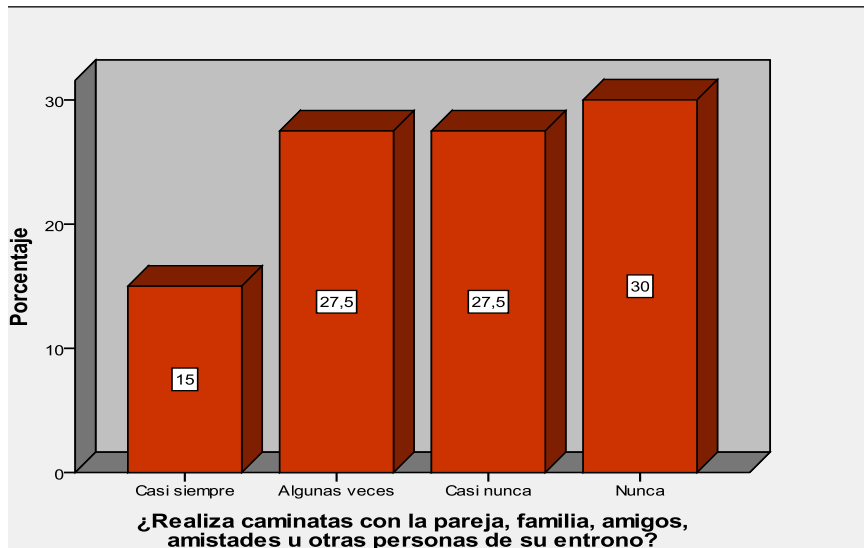
Dada a la siguiente pregunta ¿realiza caminatas con la pareja, familia, amigos, amistades u otras personas de su entorno? el 27.5% de las gestantes algunas veces realizan caminatas acompañadas, un 27.5% de las gestantes casi nunca realizan caminata acompañada, el 30% de las gestantes nunca realizan caminatas acompañadas, y un 15% de las gestantes casi siempre realizan caminatas acompañadas.

Del 100% de las gestantes encuestadas el 30% de las gestantes no realizan caminatas integrando a su familia, por tanto consideramos un aspecto negativo en cuanto a su autocuidado; Con un estilo de vida sedentario, es fácil consumir más calorías que las que se queman por medio del ejercicio o durante las actividades diarias normales, además es importante que la familia y sobre todo a pareja este integrada en su autocuidado.

La Organización Mundial de la Salud (2016) considera como actividad física, cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético. Ver Anexo Tabla 15.

Gráfico 15: Caminatas con la pareja, familia, amistades u otras personas de su entorno

caminatas con la pareja, familia, amigos, amistades u otras personas de su entorno?



Fuente: Resultado de la encuesta.

Número de horas que duerme las gestantes durante el día.

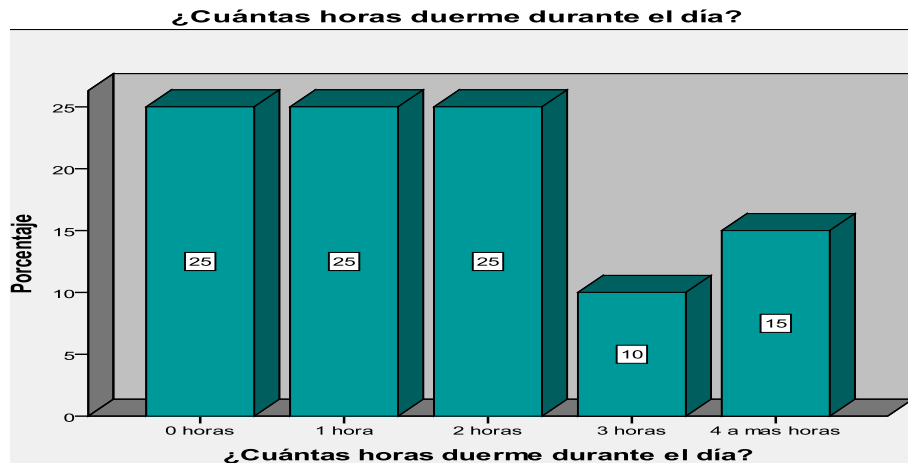
Según las horas que duermen las gestantes durante el día el 25% de las gestantes duermen 1 hora, otro 25% de las gestantes duermen 2 horas, el otro 25% de gestantes no duermen durante el día, el 15% de las gestantes duermen de 4 a más horas, y un 10% de gestantes duermen 3 horas.

Del 100% de las gestantes encuestadas el 75% de las gestantes no tiene un descanso satisfactorio por tanto el requisito planteado por Orem de actividad no se cumple en estas gestantes.

Según Alanís Guzmán, Pérez Sánchez, Álvarez Orozco & Rojas Rodríguez, (2015). El descanso de las mujeres embarazadas es de menor calidad, ya que por los cambios anatómicos que tienen impiden una comodidad para el descanso. Lo que mencionan las mujeres es que se cansan con mayor facilidad por su embarazo,

además de no poder acostarse boca arriba porque se presenta una dificultad respiratoria por la reducción en la capacidad de la cavidad torácica. Ver Anexo Tabla 16.

Gráfico 16: Cuántas horas duerme durante el día.



Fuente: Resultado de la encuesta.

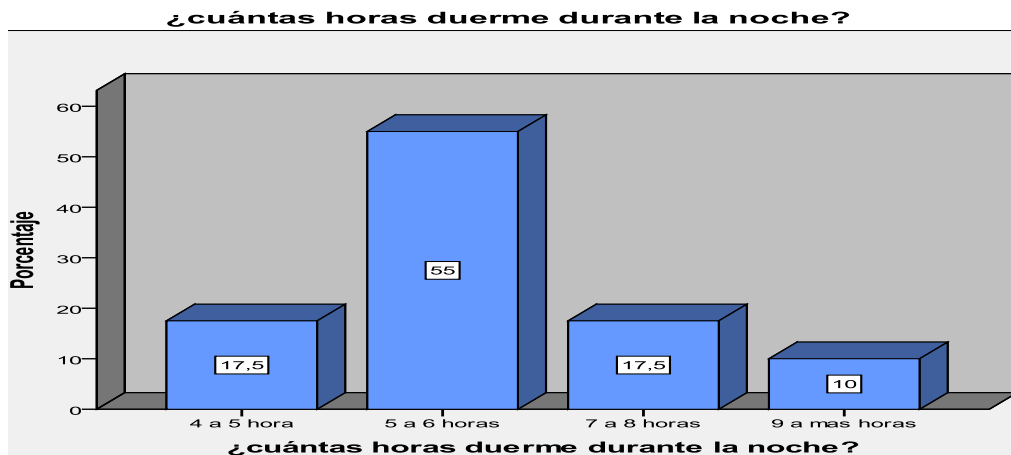
Número de horas que duerme las gestantes durante la noche.

Según las horas que las gestantes duermen durante la noche el 55% de las gestantes duermen de 5 a 6 horas, un 17.5% de las gestantes duermen de 7 a 8 horas, en cambio otro 17.5% de las gestantes duermen de 4 a 5 horas, y un 10% de las gestantes duermen de 9 a más horas.

Podemos decir que el 55% de las gestantes encuestadas no tiene un descanso favorable durante la noche, ya que duermen menos horas de las recomendadas,

Según Miró, Iáñez& Cano Lozana (2002). Es conveniente que la mujer embarazada duerma por lo menos 8 horas diarias acostadas sobre su lado izquierdo, esta postura beneficia la circulación sanguínea. Debe utilizar una almohada o cojín para mantener la posición, por ejemplo, poniéndola entre las piernas, debajo de las piernas, detrás de la espalda como soporte o debajo del cuello. Ver Anexo tabla 17.

Gráfico 17: Cuántas horas duerme durante la noche



Fuente: Resultado de la encuesta.

Satisfacción de las gestantes en sus relaciones sociales

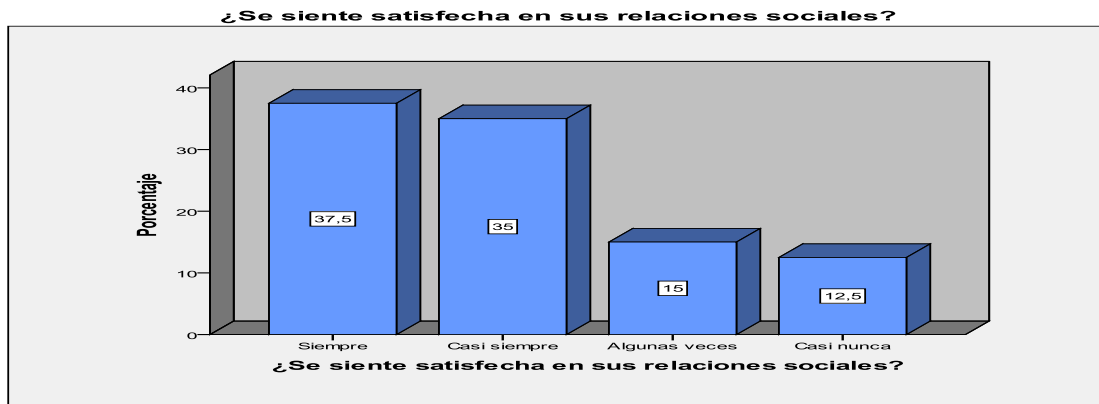
Según a la siguiente pregunta ¿se siente satisfecha en sus relaciones sociales? el 37,5% de las gestantes siempre se siente satisfecha en sus relaciones sociales, el 35% de las gestantes casi siempre se siente satisfecha en sus relaciones sociales el 15% de las gestantes algunas veces se siente satisfecha en sus relaciones sociales y un 12.5% de las gestantes casi nunca se siente satisfecha en sus relaciones sociales.

Del 100% de las gestantes encuestadas el 37.5% de ellas siempre se sienten satisfecha en sus relaciones Sociales, de lo cual podemos decir que el requisito de interacción social, se está cumpliendo en estas gestantes.

Según Ojeda Varga, Navarro Elías, Alvarado Jiménez (2010). Los contactos sociales favorecen oportunidades para el intercambio de ideas y de culturas que influyen en la socialización y el logro del potencial humano. Por su parte la interacción social también es fundamental para mantener los recursos materiales esenciales para la vida, el crecimiento y el desarrollo.

Ver Anexo Tabla 18.

Gráfico 18: Se siente satisfecha en sus relaciones sociales



Fuente: Resultado del cuestionario

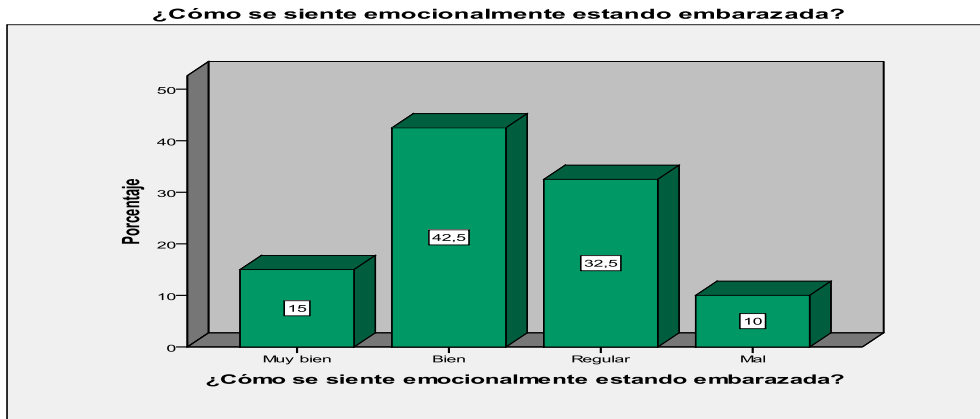
Lo que la gestante cree acerca del autocuidado en el embarazo.

Según la siguiente pregunta ¿cómo se siente emocionalmente estando embarazada? De las 40 gestantes que respondieron a nuestra encuesta, un 15% de las gestantes señalaron que se sienten muy bien, el 42.5% de ellas se sienten bien emocionalmente, el 32.5% de las gestantes se sienten regular emocionalmente estando embarazadas, otro 10% de las embarazadas se sienten mal emocionalmente.

Del 100% de las gestantes encuestadas el mayor porcentaje que corresponde al 42.5% indicaron que se sienten bien emocionalmente estando embarazadas, por tanto podemos decir que el requisito planteado por Orem que se refiere a la soledad y la interacción social se está cumpliendo.

Según Rodríguez Abreu y Núñez Llobregat (2010) cumplir las recomendaciones dadas por el personal de salud como la actividad física, adoptar una práctica con regularidad, como una caminata diaria, es uno de los fundamentos básicos de cualquier programa de disminución de peso, porque no solo facilita el descenso sino que también ayuda a mantenerlo y además produce beneficios físicos, psicológicos y sociales Ver Anexo Tabla 19.

Gráfico 19: Cómo se siente emocionalmente estando embarazada



Fuente: Resultado del cuestionario

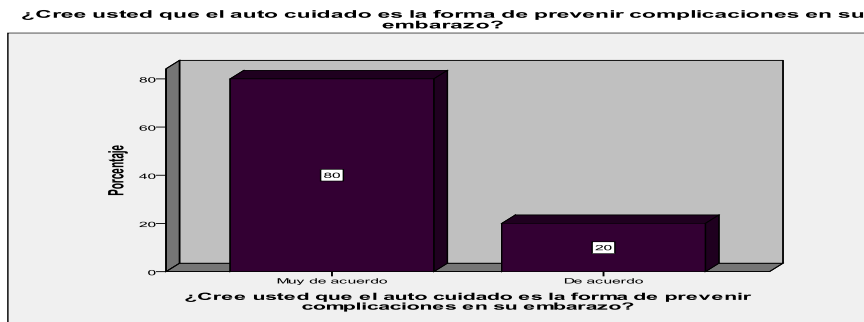
Lo que cree la gestante acerca del autocuidado como la forma de prevenir complicaciones.

Con respecto a la interrogante ¿cree usted que el autocuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo? Los datos obtenidos fueron los siguientes, que un 80% de las encuestadas están muy de acuerdo, mientras un 20% señalaron que están de acuerdo.

Del 100% de las gestantes, le mayor porcentaje de ellas señalaron que están muy de acuerdo que el autocuidado es la forma de prevenir complicaciones, este dato nos muestra que un porcentaje considerable de ellas están conscientes de la importancia del autocuidado en esta etapa vulnerable la vida de una mujer, entienden que mediante el autocuidado pueden lograr beneficios en su salud y prevenir complicaciones, sin embargo, se puede deducir que no es suficiente creer, si no actuar en beneficio de la propia salud.

De esta manera poder afirmar lo que dice. Abu Sabbah. (2012)El autocuidado es un esfuerzo diario de establecer un hábito que dure toda la vida para el mejoramiento de la salud Ver Anexo Tabla 20.

Gráfico 20: Cree usted que el auto cuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo



Fuente: Resultado del cuestionario

Lo que cree la gestante acerca del autocuidado en el proceso del embarazo.

Con respecto a la interrogante ¿cree usted que el embarazo es un proceso que necesita de autocuidado? el 70% de las gestantes están muy de acuerdo, el 30% están de acuerdo que el embarazo requiere de autocuidado.

Con los datos obtenidos mediante esta interrogante podemos decir que las gestantes son conscientes de la importancia del autocuidado en esta etapa, logrando de este modo señalar que no solo es importante percatarse de la importancia, sino intervenir de manera positiva en el mejoramiento del autocuidado.

Según Orem (2000) en Guerendia Margni (2013) refiere que, cuidarse a uno mismo es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, el pensamiento racional para aprovechar las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en la cual debe existir el deseo y el compromiso para seguir con el autocuidado. Ver Anexo Tabla 21.

Gráfico 21: Cree usted que el embarazo es un proceso que necesita de autocuidado



Fuente: Resultado del cuestionario

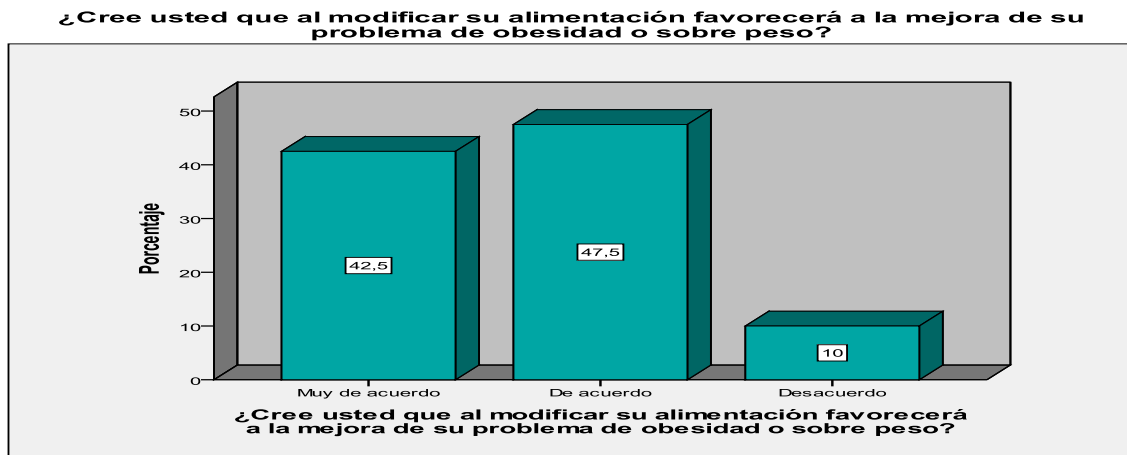
Cree que modificando su alimentación favorecerá a la mejora de su problema de sobre peso u obesidad

Según la pregunta ¿cree usted que modificando su alimentación favorecerá a mejorar su problema de obesidad o sobre peso? El 42.3 % de las gestantes están muy de acuerdo el 47.5% de las gestantes están de acuerdo y otro 10% de las gestantes están en desacuerdo.

Podemos decir, que las gestantes aun estando de acuerdo con los beneficios de la alimentación saludable durante el embarazo, se encuentran con problemas de peso, mediante estos resultados se puede analizarse la probabilidad de una perspectiva errónea acerca del término modificación de la alimentación, ya que debería de valorarse que tanto conocen de alimentación saludable y la iniciativa para mejorar sus hábitos de vida, con el fin de mejorar su salud y la de su bebé.

Según Orem (2000) las necesidades humanas son modificables a través de conductas aprendidas, las cuales son la expresión de dichas necesidad. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de la vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas hasta el auto realización. Ver Anexo Tabla 22.

Gráfico 22: Cree usted que al modificar su alimentación favorecerá a la mejora de su problema de obesidad o sobre peso



Fuente: Resultado del cuestionario

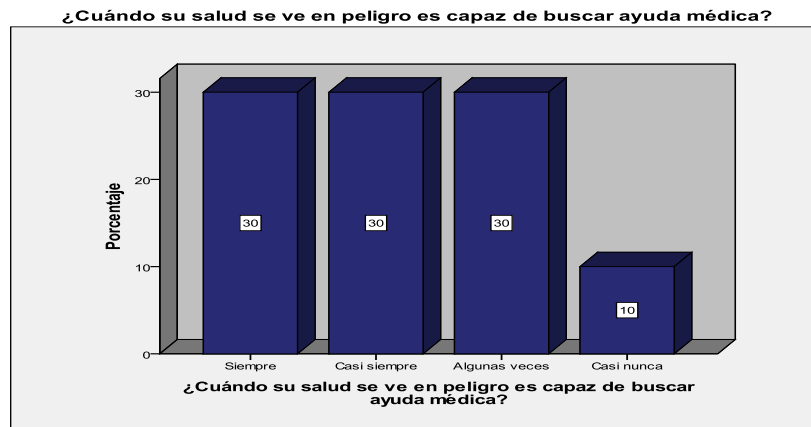
Capacidad de las gestantes de buscar ayuda médica cuando su salud se ve en peligro.

Según a la siguiente pregunta ¿Cuándo su salud se ve en peligro es capaz de buscar ayuda médica? el 30% de las gestantes señalaron que siempre son capaces de buscar ayuda médica, mientras otro 30% de ellas indicaron que casi siempre son capaces de buscar ayuda médica, de igual manera otro 30% de las gestantes algunas veces son capaces de buscar ayuda médica, sin embargo un 10% de las gestantes casi nunca son capaces de buscar ayuda médica.

Los datos obtenidos mediante esta interrogante coincidieron que las gestantes tienen la capacidad de buscar ayuda médica, en cambio un 10% de estas señalaron que casi nunca son capaces de buscar ayuda, por tanto se deduce que este porcentaje que tiene una deficiente capacidad de buscar ayuda, se deba a su nivel de escolaridad, ya que no se ha alcanzado una madurez intelectual necesaria para reconocer los peligros hacia su propia salud y la de su bebe, por tanto constituye un riesgo, ya que las gestantes deben permanecer en contacto con un personal de salud capacitado para su atención.

Según Orem (2000) Resalta que el embarazo es una etapa que necesita autocuidado ya que está encargada de mantener la salud de la gestante y lograr que él bebé nazca sano y que el embarazo pueda llegar a un desenlace feliz. Ver Anexo Tabla 23.

Gráfico 23: Cuando su salud se ve en peligro es capaz de buscar ayuda médica



Fuente: Resultado del cuestionario

Asistencia de las gestantes a sus controles prenatales programados.

De 40 gestante con problemas de obesidad las cuales se les aplico la encuesta encontramos con relación a la interrogante ¿asiste a todos sus controles prenatales programadas? El 90% siempre acuden a sus controles prenatales y un 10% de las gestantes algunas veces acuden a sus controles prenatales.

Obtuvimos que el mayor porcentaje de las gestantes tienen la responsabilidad ante sus controles prenatales, pues si bien la gestación es un hecho fisiológico normal de la mujer, por tanto los controles prenatales son abordados de forma preventiva y además se identifican factores de riesgos que pueden poner en peligro la vida de la gestante

Según MINSA (2009), afirma que los controles prenatales son una serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan

cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica. Ver Anexo Tabla 24.

Gráfico 24: Asiste a todos sus controles prenatales programados



Fuente: Resultado del cuestionario.

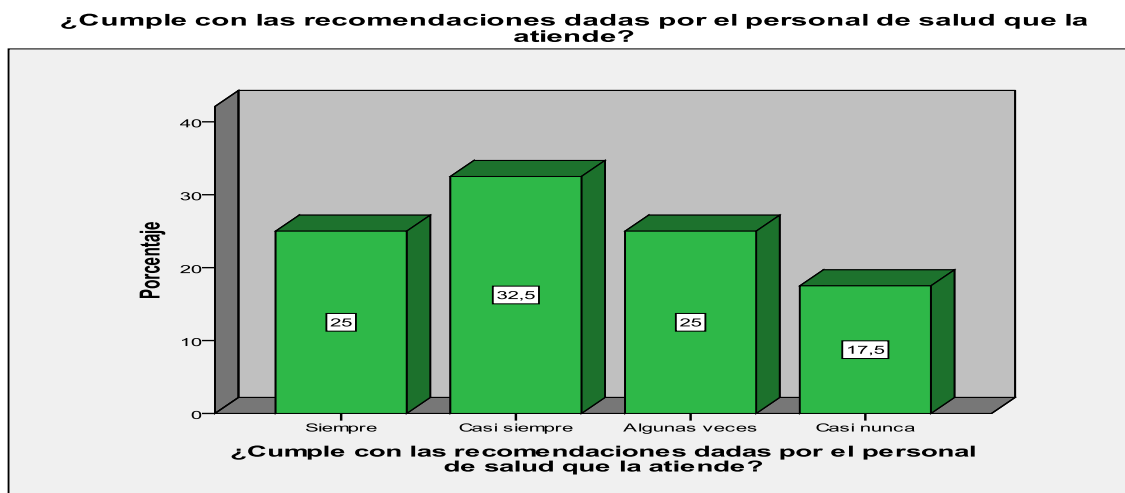
Cumplimiento de las recomendaciones brindadas por el personal de salud que le atiende.

Con relación a la interrogante del cuestionario dirigido a las gestantes con problemas de sobrepeso u obesidad ¿cumple con las recomendaciones brindadas por el personal de salud que le atiende? Se obtuvieron los siguientes resultados que un 25% de las gestantes siempre cumplen, 32.5 % casi siempre, el 25% algunas veces y un 17.55 casi nunca.

Si bien podemos ver que las respuestas de las gestantes varían, donde el mayor porcentaje de estas casi siempre cumplen con las recomendaciones brindadas, se puede deducir que tiene una iniciativa positiva hacia su autocuidado, ya que el personal de salud que atiende a la embarazada proporciona los conocimientos y la motivación necesaria que favorezcan el autocuidado manteniendo o mejorando la salud de la gestante, por tanto es necesario que las gestantes lleven a cabo las recomendaciones terapéuticas dadas por el personal de salud en sus controles

prenatales con respecto a una alimentación adecuada y una rutina de ejercicio sabiendo que la alimentación y el ejercicio según Palacios y Navarro “*es la manera de proporcionarle al organismo sustancia y energías esenciales para el mantenimiento de la vida ya que estas medidas son las que regulan el funcionamiento y bienestar de la salud*”. (2009 p: 4). Ver Anexo Tabla 25.

Gráfico 25: Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende



Fuente: Resultado del cuestionario

Ha visitado la gestante a un profesional en nutrición para conocer qué tipo de plan de alimentación debe de seguir con relación a su peso.

De las 40 gestantes encuestadas a las cuales se les aplicó la encuesta, se obtuvieron los siguientes datos con relación a la interrogante ¿Durante su embarazo ha visitado a un profesional en nutrición, para conocer qué tipo de plan de alimentación debe seguir con relación a su peso? Se encontró que el 17.5% casi siempre, un 30% algunas veces, el 20% de estas casi nunca, un 32.5% de las gestantes nunca han visitado un profesional en nutrición.

Por tanto podemos decir que este considerable número de gestantes conoce su condición nutricional y por tanto asume la responsabilidad de asistir donde un profesional de salud más capacitado para que le ayude, mientras un 32 % de las

gestantes indicaron que nunca han visitado a un profesional en nutrición, y se puede aludir a falta de interés para mejorar la propia salud, ya que hemos analizado mediante interrogantes anteriores que estas gestantes no poseen obstáculos o falta de medios para poder asistir a sus citas con el nutricionista.

Según González Ávila, Guachizaca Uyaguari & guerrero Ortega (2010) Las consulta con el nutricionista en el periodo de embarazo es un aspecto a considerar desde la primera consulta prenatal, por cuanto constituye al marco propicio para orientar a la mujer gestante sobre la manera de suministrarla al organismo los niveles requeridos de carbohidratos, proteína, vitaminas y minerales entre otros nutrientes. Ver Anexo Tabla 26.

Gráfico 26: Ha visitado a un profesional en nutrición, para conocer qué tipo de plan de alimentación debe de seguir con relación a su peso

Fuente: Resultado del cuestionario.

Cumplimiento de las gestantes acerca de las recomendaciones brindadas por el nutricionista.

Con relaciona a la interrogante ¿cumple con las recomendaciones brindadas por el nutricionista? Se obtuvieron respuestas variadas, un 10% siempre cumplen



con las indicaciones del nutricionista, otro 17.5% nos indicaron que casi siempre cumplen, un 20% de las gestantes algunas veces, el 22.5% casi nunca, otro 30% nunca cumplen con las recomendaciones con el nutricionista.

El 30% de gestantes señalaron que nunca cumplen con las recomendaciones, por tanto se logra encontrar deficiencia en el autocuidado de la gestante, por lo cual

podemos constatar que no solamente es necesario saber o conocer la importancia de visitar a un profesional que pueda ayudarle con su problema de salud, sino acatar y poner en práctica las recomendaciones brindadas.

Según Schwarcz, et al (2005), cumplir con las recomendaciones adecuadas nutricionales durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo del crecimiento y desarrollo neonatal y evita aparición de enfermedades crónicas en la niñez. En la madre un correcto aporte de nutrientes a lo largo de la gestación favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los intervalos intergenesicos. Ver Anexo Tabla 27.

Gráfico 27: Cumple con las recomendaciones brindadas por el nutricionista.



Fuente: Resultado del cuestionario

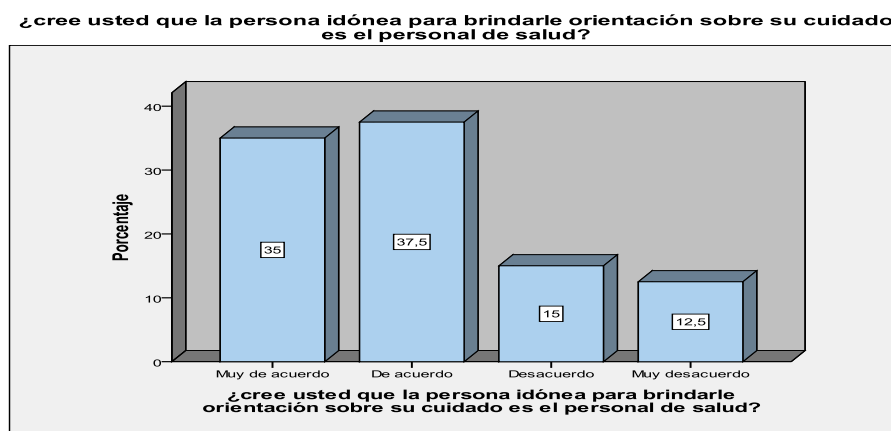
La persona idónea para brindarle información sobre su autocuidado.

De las 40 gestantes con problemas de sobrepeso u obesidad a las cuales se les aplicó la encuesta se obtuvieron los siguientes resultados través de la interrogante ¿cree usted que la persona idónea para brindarle orientación sobre su cuidado es el personal de salud? Nos señalaron que un 35% están muy de acuerdo, el 37.5% de las gestantes están de acuerdo, mientras un 15% de ellas están en desacuerdo, el 12.5% de las gestantes están muy en desacuerdo.

Un 37.5% de gestantes encuestadas, están conscientes de la importancia de las intervenciones del personal de salud en cuanto a brindar orientaciones para mejorar su autocuidado, si embargo lo importante es cumplir con las orientaciones que se le brindan en cada control prenatal.

Según Sánchez Jiménez, Hernández Trejo, & Lartigue Becerra (2007) la gestante debe de conocer que el autocuidado en el embarazo es la base de la pirámide de la atención primaria y por lo tanto, el personal idóneo para fomentarlo es el de enfermería, que tiene una participación más directa y activa con la población y puede transmitir acciones de orientación, utilizando criterios propios, a fin de contribuir a mejorar las situaciones de las problemáticas que van surgiendo en los grupos más necesitados y vulnerables en términos de salud, como son las mujeres embarazadas. (Ver Anexo Tabla 28).

Gráfico 28: Cree usted que la persona idónea para brindarle orientación sobre sus cuidados es el personal de salud.



Fuente: Resultado del cuestionario

Disposición de las gestantes para mejorar su autocuidado

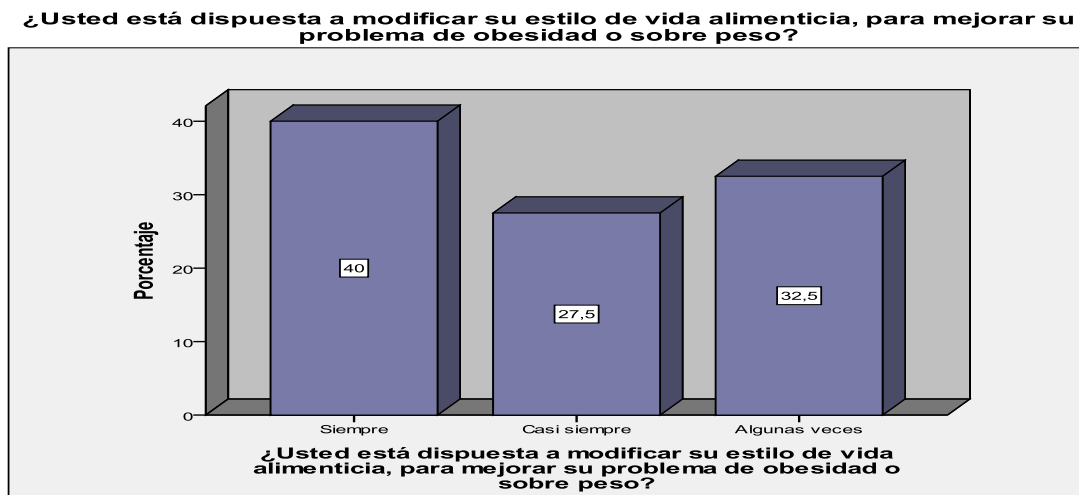
De las 40 gestantes que se les aplicó la encuesta con relación a la interrogante ¿usted está dispuesta a modificar su estilo de vida alimenticia, para

mejorar su problema de obesidad o sobrepeso el 40 % nos mostraron que siempre, el 27.5 % casi siempre, el 32.5 algunas veces.

El porcentaje más alto de gestantes que nos dicen que siempre están dispuestas no revela que hay disposición en su autocuidado, ya que la evaluación temprana de la gestante favorece a la reducción de algunas enfermedades que desencadena la obesidad en el embarazo como pre eclampsia y diabetes gestacional, hipertensión arterial.

Según Alanís Guzmán, Pérez Sánchez, Álvarez Orozco & Rojas Rodríguez, (2015). Afortunadamente la detección inmediata y el tratamiento adecuado dado por el personal de salud, como el ejercicio durante el embarazo ayuda a la reducción de Preeclampsia, así como de la diabetes gestacional, reduce el riesgo de una hipertensión arterial, ayudando a mantener el bienestar y el tono muscular de la madre, mejora su imagen, favorece la función intestinal regular, aumenta la energía, mejora el sueño, alivia la tensión, ayuda a controlar el aumento de peso y se asocia a una recuperación mejor en el postparto. Ver Anexo Tabla 29.

Gráfico 29: Usted está dispuesto a modificar su estilo de vida, alimenticias, para mejorar su problema de obesidad o sobre peso.



Fuente: Resultado del cuestionario.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Conclusiones

En esta investigación se determinó el autocuidado en gestantes con Obesidad, según los requisitos universales de Dorothea Orem, por lo tanto, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

Según nuestro primer objetivo, categorizar el perfil sociodemográfico y biológico encontramos que el 35% de las gestantes con obesidad comprende entre las edades de 31 años a más. Lo que conlleva a un alto índice de problema de salud como diabetes, hipertensión y problema cardiovasculares.

Con relación a nuestro segundo objetivo, identificar el mantenimiento de aportes para la vida según los requisitos universales en las embarazadas con obesidad, según el aporte suficiente de agua un 89% de las gestantes encuestadas ingieren la cantidad suficiente de agua, sin embargo un 47.5% de gestantes que consumen cantidades alarmantes de bebidas altas en calorías como café y coca cola, pudiéndose decir mediante estos datos que las gestantes no tienen un autocuidado favorable, consecuentemente, el porcentaje del aporte suficiente de alimento el 82.5% de las gestantes reflejan tener hábitos alimenticios pocos saludable, ya que se alimentan con poca frecuencia en relación a la recomendada en la gestante lo cual puede provocar epigastralgia, con respecto al requisito de eliminación el 70% de las gestantes miccionan sin dificultad, mientras un 30% de ellas han padecido estreñimiento, por tanto no se encuentra satisfacción en este requisito. Analizando en conjunto los resultados decimos que las gestantes mantienen un autocuidado deficiente según los requisitos universales de Dorothea Orem.

Mientras que en nuestro tercer objetivo, determinar el mantenimiento del equilibrio entre actividad-descanso e integración social y soledad en embarazadas con sobre peso u obesidad, se analizó en dos narrativos.

El primero narrativo corresponde al equilibrio entre la actividad-descanso, el 52.5% de las gestantes no realiza ejercicios cotidianamente por lo tanto es una condición de vida poco favorable para el buen desarrollo de su autocuidado, ya que la practica continua de ejercicio ayuda a mejorar los niveles calóricos y mayor satisfacción en cuanto a su calidad de vida. Un 82.5% de las gestantes realizan un autocuidado efectivo en cuanto a las horas que debe descansar

El segundo narrativo corresponde al equilibrio entre integración social-soledad el 27.5% de las gestantes no muestran un equilibrio entre integración social-soledad, esto se debe a los cambios emocionales que las gestantes están pasando como la soledad, un embarazo a temprana edad, la falta de apoyo de su familia y la baja autoestima.

Dado a nuestro cuarto objetivo, identificar la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, el bienestar humano y la promoción en las gestantes con obesidad, logramos Identificar que el 72.5% de las gestantes reciben la educación adecuada de acuerdo a su patología orientada en su puesto de salud, pero a la hora de poner en práctica estos conocimientos encontramos la falta de conciencia en las gestantes al no cumplir estrictamente, paso a paso las recomendaciones dadas por el personal de salud, sin embargo un dato significativo que se encontró que durante su atención prenatal no le aclaran dudas acerca de los acontecimientos que ocurren durante sus controles prenatal, pudiendo ser esta la causa de una deficiencia de autocuidado en la gestante.

9.2. Recomendaciones.

- Promocionar estrategias educativas en material de nutrición, mediante la información en consulta, por los profesionales de salud, no solo para madres embarazadas sino también para aquellas que desean embarazarse y la comunidad en general con el fin de lograr el cambio de hábitos alimenticios más adecuados y saludables en la sociedad.
- Promover un sistema de planificación del embarazo, para que se evidencien Problemas de salud como obesidad y sobrepeso antes de la concepción, de esta manera mejorar la salud de la paciente para prevenir problemas difíciles de resolver y que se relacionan a muchas patologías durante el embarazo.
- Incentivar a las pacientes a que se realicen controles de embarazo de manera periódica, formar grupos de apoyo en la comunidad para solucionar problemas de nutrición con el apoyo de familia y comunidad, evitando así complicaciones en el desarrollo y finalización de su embarazo.
- Cumplir con las recomendaciones dadas por el personal profesionalizado con respecto al tratamiento terapéutico que debe realizar conforme a su alimentación adecuada y la rutina de ejercicios.

X. LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

- Factores que conllevan a la obesidad en el embarazo.
- La influencia de la economía en la alimentación durante el embarazo.
- Influencia de la alimentación en la obesidad durante el embarazo.

XI. BIBLIOGRAFÍAS.

M

MINSA normativa-011, norma y protocolo para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo.p:95 Managua –Dic 2009.

MINSA, (2009) normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo pág. 19.

MINSA (2011) “Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuente del Alto Riesgo Obstétrico” MINSA/ UNICEF. Managua, sept. 2011. recuperado: [rhttps://goo.gl](https://goo.gl)

O

Orem D. (1993). Modelo de Orem. Edición N° 4. Editorial Masson- Salvat, México D.F.

P

Puerta Sanabria J. (2014) obesidad en el embarazo parto y puerperio, hospital virgen de las nieves granada.

S

Schwarcz R., Duverges, R., &FescinaC.,(2005) editorial el ateneo sexta edición Buenos aires- Argentina.

11.1. Web grafías.

A

Abu Sabbah S. (2012) nutricionista supernatural.cl. Recuperado: <http://www.supernatural.cl/DIETA-PARA-EMBARAZADA-CON-SOBREPESO.asp>.

Anderson & Wadden, (1999) citado por Bastos, González, Molinero& Salguero, (2005). Obesidad, nutrición y Actividad Física.Revista Internacional de Medicina y Ciências de la Atividade Física.recuperado: goo.gl/hH8Kyv.

Alcolea Flores S., Mohamed Mohamed D., (2011) Guía de cuidados en el embarazo Consejos de su matrona, Dirección Territorial de Ceuta Hospital Universitario de Ceuta Loma Colmenar s/n 51003-Ceuta Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional C/Alcalá, 56 28014-Madrid Recuperado: goo.gl/5YPs8

Alanís Guzmán, Pérez Sánchez, Álvarez Orozco&RojasRodríguez, (2015). AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS EN UNA COMUNIDAD DEL ESTADO DE MÉXICO., Recuperado: [http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/6 AUTOCUIDADO.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/6_AUTOCUIDADO.pdf)

B

Blasco D., s.f, Alimentación y Obesidad, Nuevo león, México recuperado: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/alimentacion-obesidad.shtml>

Bastos, A. A.; González Boto, R.; Molinero González, O. y Salguero del Valle, A. (2005) Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 5 Recuperado: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>.

Berbel Ferrer L (2008) Actividad Física y Embarazo. Valencia-España
Recuperado:
<http://www.entrenadorespersonalesvalencia.com/pdf/Articulo%20EJERCICIO%20Y%20EMBARAZO.pdf>.

Barrero García M., Fernández Regatillo L., Gómez López J., Monte Vázquez C., Pons Tubio A., Rello Yubero C., Rodríguez Gómez R., Rojas Fuentes C., Román Oliver J., Solana Neira M., (2006) Embarazo, Parto y Puerperio Recomendaciones para Madres y Padres , Andalucía-España. Recuperado: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf

C

Castillo Madrid M. & maqueo Garcia M. (2002). Intervención del personal de enfermería en el escolar a través de un diagnóstico de salud, elaborado en la escuela primaria “ursulo galvan” vaquería, municipio de Coatepec- México.
Recuperado:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/37525/1/castillomadrid.pdf>

Cajas Montenegro G., (2015), obesidad materna y complicaciones materno fetales, universidad de san Carlos Guatemala, facultad de ciencias médicas, escuela de estudios de postgrado recuperado: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/1922/1/Informe%20Final.pdf>

Cely Monasalva M., Espinoza Marín X, Mateus Rey J., capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá, en el periodo comprendido entre agosto a noviembre 2007 recuperado:<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>.

Cuello Salcerro & Zavaleta Egea, (2012), Evaluación del programa de control prenatal en la empresa social del estado hospital local de mahates durante el segundo semestre del año 2012 Cartagena de India. Recuperado:<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/431/1/TESIS%20AJUSTADA%20MAYO%20JORGE%20LUIS%20Y%20ANGELICA.pdf>

D

Durán Montero F., Labañino Legra E., (2014) Obesidad en el embarazo. Generalidades y ejercicios, Filial de Ciencias Médicas Baracoa Guantánamo (Cuba) recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd198/obesidad-en-el-embarazo.htm>

F

Farías Jofré M., Oyarzún Ebensperger E., (Enero, 2016). Santiago de Chile., Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5459>.

Fescina, RH, De Mucio B., Díaz, Rossello J., Martínez G., Serruyo S. Duran P. (2011) salud sexual reproductiva: guías para el continuo de la atención de la mujer y en el recién nacido focalizadas en APS. 3ª Edición Montevideo: CLAP/SMR –OPS/SMR; publicación CLAP/SMR, 1577 Recuperado: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=416&Itemid.

Figueroa Pedraza D., (2009) Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/11.pdf>.

Fernández Canet (2009) Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso, Recuperado: <http://www.tdr.cesca.es/bitstream/handle/10803/10166/fernandez.pdf?sequence=1>.

Figueroa Damián R., Beltrán Montoya, Espino Sosa S., Enrique Reyes, Segura Cervantes E., (2013) Consumo de agua en el embarazo y lactancia, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, Departamento de Urgencias y Tococirugía. Recuperado: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ips131d.pdf>.

Foz, M (SF) Historia de la obesidad Barcelona - España. Recuperado: goo.gl/jAQev9

G

Gallo Vallejo J., (2013)Gestación y obesidad Consecuencias y manejoRecuperado:goo.gl/q50j0G

García Salinero, p1, (2004), Estudios descriptivos, Nure investigación., N° 6. Recuperado: [file:///C:/Users/PC48/Downloads/167-656-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PC48/Downloads/167-656-1-PB%20(3).pdf)..

González Moreno J., Juárez López J., & Rodríguez Sánchez J., (2013), Obesidad y embarazo, Guadalajara, Jalisco- México. Recuperado: <http://docplayer.es/4697620-Obesidad-y-embarazo-jorge-gonzalez-moreno-jesus-salvador-juarez-lopez-y-jorge-luis-rodriguez-sanchez.html>

Guzmán, Sánchez, Orozco & Rodríguez (2015). Auto-cuidado en mujeres embarazadas en una comunidad del estado de México. Recuperado:http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/6_A_UTOUIDADO.pdf

Gamarra León R., (2015) complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pre gestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del año 2014., Lima- Perú. Recuperado: <http://goo.gl/5eVKFr>.

González Ávila S., Guachizaca Uyaguari D & guerrero Ortega J. (2010). Complicaciones durante el embarazo y parto en las pacientes obesas hospitalizadas en el servicio de obstetricia del hospital “Vicente corral Moscoso”. Cuenca-ecuador. 2010 recuperado: goo.gl/xwyif9

Gómez Aguilar P., (1996) factores que se relacionan con la capacidad de autocuidado. Monterrey, Nuevo León México. p. 28 recuperado: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080072407.pdf>

Guerra, Vila, Apolinaire, Cabrera, Santana, & Almaguer. 2009. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *MediSur*. Recuperado:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000200004&lng=es&tlng=es .

Gómez cuevas R., (sf) Obesidad recuperado: <http://www.handsonhealth-sc.org/page.php?id=1702>

H

Herrero (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria recuperado:http://www.tcasevilla.com/archivos/el_horario_infantil_en_televisión.pdf.

Hernandez Daza (2002) La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud Colombia médica. Recuperado: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc02014>.

Hernández Sampieri R., Fernández Collado C.& Baptista Lucio P., 2010 P: 176. Metodología de la investigación (5ta edición). México, editorial MC Graw Hill.

Recuperado:<https://drive.google.com/file/d/0B7qpQvDV3vxvWFk3YkltMTJxb3M/edit?pref=2&pli=1>.

J

Joyce Travelbee (1969) citado por Gómez, H. A (2010) Estudio descriptivo a realizarse en las Unidades de Terapia Intensiva de la ciudad de Río III en el semestre enero-junio de 2010. Córdoba - España. Recuperado: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf.

K

Kaplan S. (2010) guía completa de nutrición para mujeres embarazadas recuperado: <http://lang.meuhedet.co.il/es/art%C3%ADculos-destacados/gu%C3%ADa-completa-de-nutrici%C3%B3n-para-mujeres-embarazadas.aspx>.

L

Landry W., y Bazari, H.(2011) “ Approach to the patient with renal disease” articulo en Goldman, L. I.(eds): cecil medicine (capitulo 116). Filadelfia (Estados Unidos) editorial Saunders Elsevier, 24.º edicion,2011. Recuperado: <https://www.ecured.cu/Diuresis#Fuente>.

Ludewig, s.f, Universo y Muestra, recuperado: <http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/muestreo.pdf>.

M

Morales & Olivares Torrez (2012) conocimiento y practica de las embarazadas en relación al autocuidado inscritas en el control prenatal centro de salud Martin Ibarra primer trimestre, Quezalguaque. Recuperado: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2626/1/221157.pdf>

Martínez, Villarino, Polanco, Iglesias, Gil, Ramos, López, Ribera, Maraver, Legido (2008), Nutrición clínica y dietética hospitalaria recomendaciones de bebida e hidratación para la población española. Recuperado: [http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/NutrClinDietHosp08\(28\)2_3_19.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/NutrClinDietHosp08(28)2_3_19.pdf).

Mendoza L, Pérez B, Sánchez Bernal Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y su asociación con las medidas antropométricas de sus recién nacidos, 2012. Recuperado: [file:///C:/Users/Richardsoza/Downloads/Dialnet-EstadoNutricionalDeEmbarazadasEnElUltimoMesDeGesta-4800205%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Richardsoza/Downloads/Dialnet-EstadoNutricionalDeEmbarazadasEnElUltimoMesDeGesta-4800205%20(1).pdf).

Miró, Iáñez & Cano Lozano (2002). Patrones de sueño y salud. Jaen- España., Recuperado: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-42.pdf.

Matsudo, (1997) citado por Bastos, González Boto, Molinero González & Salguero del Valle (2005). Obesidad, Nutrición y actividad física. León –España Recuperado: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>.

N

Nava Garduño A., Pestaña S., Santamaría M., Vásquez G., Camacho R., Herrera J. (2011). Obesidad pre gestacional y el riesgo de intolerancia a la glucosa Rev. Chile. Obstet. Gineco. V.76n.1 santiago 2011 recuperado: <http://goo.gl/NRWX5>.

Nazar C., Bastidas J., Zamora M & Lacassie H. (2014) Obesidad y embarazo: implicación anestésica, Santiago- chile. Recuperado: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000600013.

O

Ordoñez Torres S., Buele Cuenca L. (2013)“Incidencia de sobrepeso y obesidad materna y su relación con los principales riesgos obstétricos en mujeres gestantes atendidas en el área de Ginecología del Hospital cantonal de Alamor., Loja - Ecuador recuperado <http://goo.gl/2vSVLs>.

ONU. 2000, Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Recuperado goo.gl/jn05pZ.

Orueta Sánchez R., López Gil M., (2011), Manejo de fármacos durante el embarazo, recuperado: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/EmbarazoVol35n4.pdf.

Ordóñez Saquicela (2014, p.10) cita a Kaufer y Pérez (2001), sobre peso y factores de riesgo en gestantes que acuden a controles prenatales en el S.C.S 18 de Noviembre de la ciudad Huaquillas en el segundo trimestre 2014. Machala-El oro-Ecuador. Recuperado:

[http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/854/7/CD00171-
TESIS.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/854/7/CD00171-
TESIS.pdf).

Ortiz J., (2010) Módulo V: Metodología de la investigación, Cuenca – Ecuador.
Recuperado:
[file:///C:/Users/Richardsoza/Downloads/835699928.7 Universo y muestra%20\(2\)
.pdf](file:///C:/Users/Richardsoza/Downloads/835699928.7%20Universo%20y%20muestra%20(2).pdf).

OMS, (2006), citado por Guerendiain Margni, (2013) Obesidad en el embarazo y adolescencia: estudio de ácido graso y vitaminas antioxidantes. (Tesis Doctoral). Barcelona – España. Disponible en:http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/130986/MEGM_TESIS.pdf?sequence=1.

Ojeda Varga., Navarro Elías., Alvarado Jiménez (2010). Diversidad cultural y salud. Recuperado <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/806/index.htm>.

P

Palacios Fonseca C, Jordán Jinez M (2012) Apoyo educativo y su influencia en el auto cuidado del adulto con obesidad. Año 4, Vol. 1 División de Ciencias de la Salud e Ingeniería, Universidad Autónoma de Nayarit México. Recuperado:
http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_waxapa/pdf/Waxapa_06.pdf.

Pérez, Vega y Romero, (2008) citado por Marín Cárdenas A., Sánchez Ramirez G., Maza Rodriguez L., (2013). Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. Recuperado: <http://goo.gl/8qy4rC>.

R

Ricaurte P. (2009) Influencia de los medios masivos de comunicación en el consumismo Madrid – España., recuperado: <https://mediosfera.wordpress.com/2009/09/26/influencia-de-los-medios-masivos-de-comunicacion-en-el-consumismo/>.

Rodríguez Abrey Núñez Llobregat (2010). Aproximación teórica sobre la fatiga y el sobre entrenamiento licenciados en ciencias de actividad física y del deporte facultad de ciencias del deporte Cáceres (España). Recuperado: <http://www.efdeportes.com/efd149/aproximacion-teorica-sobre-la-fatiga-y-el-sobrentrenamiento.htm>.

Rivera Dommarco, Hernández Ávila, Aguilar Salinas, Vadillo Ortega, Murayama Rendón, S.F, p.9 Obesidad en México, recomendaciones para una política de estado recuperado: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>.

S

Sardiñas Barrios N., Carvajal Carrazana Y., Escalante Pichardo C. (2010). Repercusión de la obesidad en la mortalidad obstétrica, Rev. Cubana obstetricia y ginecología v.36n.1 ciudad de La Habana ene- mar. 2010. recuperado: <http://goo.gl/NRWX5>.

Sande & Mahan (1991) citado por Hernández Álvarez (2010, P.33) PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD, Y FACTORES DE RIESGO, EN NIÑOS DE 7-12 AÑOS, EN UNA ESCUELA PÚBLICA DE CARTAGENA SEPTIEMBRE- OCTUBRE DE 2010 Colombia, recuperado: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4191/1/guiomarmariahernandezalvarez.2011.pdf>.

Sánchez Jiménez B., Hernández Trejo M., & Lartigue Becerra T., México.(2007), p. 168<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip074b.pdf>.

San Ramón Diego, L., (2013) Aumento de peso durante el embarazo, Manifestaciones fisiológicas relacionada con la ganancia de peso y necesidades nutricionales, recuperado:<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3948/SanRomanDiegoMA.pdf?sequence=1>.

Sequeira, V. & Cruz A (1997) citado por Pérez Galeano (2008, P.4) Sistematización de Experiencias en Planes de Manejo Sostenibles de Fincas en la Zona Baja de la Sub-Cuenca del Rio Viejo, Jinotega, 2008-2010 Managua- Nicaragua. Recuperado: <http://repositorio.una.edu.ni/831/1/tnp01p438s.pdf>.

U

Uribe T (s.f). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud Recuperado: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.

W

Welch & Comer (1988) citado por Frías Navarro D., (2014) Análisis de fiabilidad de las puntuaciones de un instrumento de medida. Alfa de Cronbach: un coeficiente de fiabilidad Valencia España recuperado: <http://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>.

Wessels M. & Oellerich H. Gimnasia para embarazadas. España. Recuperado: Goo.gl/QETgtl.

XII. Anexos

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales

“Cornelio Silva Argüello”

UNAN FAREM CHONTALES



Carrera: enfermería materno infantil.

Tema: Auto Cuidado en Salud Reproductiva

Subtema:

Autocuidado en gestantes con obesidad según requisitos universales de Dorothea Orem, en usuarias que asisten al Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016.

Encierre con un circulo la letra de la respuesta correcta según el conocimiento que tiene usted acerca de esta temática, esta información será utiliza simplemente para razones investigativas ya que no se presentarán datos personales acerca de la información brindada por usted.

¡A la libertad por la universidad!

P.1 Edad.

a) 15-20

b) 21-25

c) 26-30

d) 35 a mas

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Algunas veces

d) Casi nunca

e) Nunca

P.2 Escolaridad.

a) analfabeta

b) Primaria

c) Secundaria

d) Universitaria

P.5 ¿Presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades cotidianas del hogar?

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Algunas veces

d) Casi nunca

e) Nunca

Mantenimiento de aportes para la vida: Aire, Agua Y Alimentos.

Mantenimiento de aire

P. 3 ¿Es capaz de respirar sin ninguna dificultad?

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Algunas veces

d) Casi nunca

e) Nunca

Mantenimiento suficiente de agua

P.6 ¿Cuántos vasos de agua ingiere en 24 horas?

a) 1 a 2 vasos al día.

b) 3 a 4 vasos al día.

c) 5 a 6 vasos al día.

d) 7 a más.

P.4 ¿Cuándo camina siente que le falta la respiración?

P.7 ¿Cuántas bebidas altas en calorías consume como café y Coca-Cola?

- a) 1 a 2 bebidas.
- b) 3 a 4 bebidas.
- c) 5 a 6 bebidas.
- d) 7 a más bebidas.

Mantenimiento de alimento

P.8 ¿Cuántas veces ingiere alimentos al día?

- a) 1 a 2 veces al día.
- b) 3 a 4 veces al día.
- c) 5 a 6 veces al día.
- d) 7 a más.

P.9 ¿Ingiere frutas y vegetales a su dieta diaria?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Alguna veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.10 ¿Considera que tiene una dieta adecuada?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Proceso de eliminación

P.11 ¿Cuántas veces al día orina?

- a) 1 a 2 veces al día.
- b) 3 a 4 veces al día.
- c) 5 a 6 veces al día.
- d) 7 a más.

P.12 ¿Ha presentado estreñimiento durante el embarazo?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Equilibrio entre actividad y descanso, integración social y soledad.

P.13 ¿realiza algún tipo ejercicios cotidianamente?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.14 ¿Qué tipo de ejercicios realiza durante el día?

- a) Caminar
- b) Respiración
- c) Relajación
- d) Gimnasia

P.15 ¿Realiza caminatas con la pareja, familia, amigos, amistades u otras personas de su entorno?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.16 ¿Cuántas horas duerme durante el día?

- a) 0 horas.
- b) 1hora.
- c) 2horas.
- d) 3 horas
- e) 4 a más horas.

P.17 ¿cuántas horas duerme durante la noche?

- a) 3 a 4 veces al día.
- b) 5 a 6 veces al día.
- c) 7 a 8 veces al día.
- d) 9 a más

Interacción social y Soledad

P.18 ¿Se siente satisfecha en sus relaciones sociales?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca.

P.19 ¿Cómo se siente emocionalmente estando embarazada?

- a) Muy bien
- b) Bien
- c) Regular
- d) Mal
- e) Muy mal

Prevención de peligros

P.20 ¿cree usted que el autocuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo?

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Desacuerdo
- d) muy desacuerdo

P.21 ¿cree usted que el embarazo es un proceso que necesita de autocuidado?

- a) Muy de acuerdo.
- b) De acuerdo
- c) Desacuerdo.
- d) Muy en desacuerdo

P.22 ¿Cree usted que al modificar su alimentación favorecerá a la mejora de

su problema de obesidad o sobre peso?

- a) Muy de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Desacuerdo.
- d) Muy en desacuerdo

P.23 ¿Cuándo su salud se ve en peligro es capaz de buscar ayuda médica?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.24 ¿Asiste a todos sus controles prenatales programados?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.25 ¿Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.26 ¿Ha visitado a un profesional en nutrición, para conocer qué tipo de plan de alimentación debe de seguir con relación a su peso?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.27 ¿Cumple con las recomendaciones brindadas por el nutricionista?

- a) Siempre
- b) Casi siempre

- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

P.28 ¿Usted está dispuesta a modificar su estilo de vida alimenticia, para mejorar su problema de obesidad o sobre peso?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Promoción de la salud

P. 29 ¿cree usted que la persona idónea para brindarle orientación sobre su cuidado es el personal de salud?

- a) Muy de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Desacuerdo.
- d) Muy en desacuerdo

ANEXO 1A

Consentimiento informado.

Por medio de la presente acepto participar en el trabajo de investigación con tema: Conocimiento, actitudes y práctica sobre auto cuidado en gestantes con obesidad, aplicando el modelo de enfermería de Dorothea Orem, Centro de Salud Adán Barilla Huete, Juigalpa Chontales, I semestre 2016

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: El llenado de una encuesta, la cual es para ver qué grado de conocimiento, actitudes y practica posee acerca del autocuidado en la obesidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en la investigación los cuales son los siguientes: El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del llenado de la encuesta, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio investigativo en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de esta investigación y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Fecha: _____

Firma de la encuestada.

Firmas de las encuestadoras

ANEXO 1B

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA - CHONTALES
"CORNELIO SILVA ARGÜELLO"
UNAN FAREM CHONTALES.

"Año de la madre tierra"
Juigalpa, Chontales, 01 de Junio 2016.

Doctor
Samir Aguilar Parrales.
Director.
SILAIS - CHONTALES
Su despacho:



Reciba un cordial saludo de la Dirección de la Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM - CHONTALES "Cornelio Silva Argüello" y de la Dirección del Departamento: Ciencias, tecnología y Salud.

Nos dirigimos a usted para hacer formal solicitud de autorización para realizar Proceso de investigación (Centros de Salud y Hospital Regional "Asunción") de Carrera Materno infantil con el Objetivo de identificar el autocuidado en las gestantes, con enfermedades más frecuente en el embarazo aplicando los modelos y teoría de enfermería y de igual manera solicitar información y acceso a las unidades de salud que usted dignamente dirige.

Los estudiantes aplicarán los conocimientos científicos- técnicos adquiridos, en el proceso de investigación, aplicando el rigor científico y ético en la elaboración de su informe final para optar al Título de Licenciado en Enfermería con mención en Materno infantil.

Agradeciéndole de antemano por la cooperación brindada en la formación de los recursos de enfermería al hacer uso de las instalaciones de la unidad de salud que usted dirige, Adjunto el detalle y especificaciones de unidades de salud, días fechas y prácticas a realizar por los estudiantes.

Esperando su colaboración en la formación de los recursos de enfermería.

Atentamente


Msc. Marcos Antonio Reyes Centeno
Vice Decano.
UNAN- FAREM – CHONTALES

cc. Archivo



Tablas de frecuencia

Tabla N° 1. Edad

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15-20	7	17,5	17,5	17,5
	21-25	10	25,0	25,0	42,5
	26-30	9	22,5	22,5	65,0
	31 a más	14	35,0	35,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 2. Escolaridad

Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	3	7,5	7,5	7,5
	Secundaria	21	52,5	52,5	60,0
	Universitaria	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 3. Es capaz de respirar sin ninguna dificultad.

¿Es capaz de respirar sin ninguna dificultad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	23	57,5	57,5	57,5
	Casi siempre	17	42,5	42,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 4. Cuando camina siente que le falta la respiración.

¿Cuándo camina siente que le falta la respiración?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	2	5,0	5,0	5,0
	Casi siempre	1	2,5	2,5	7,5
	Algunas veces	11	27,5	27,5	35,0
	Casi nunca	9	22,5	22,5	57,5
	Nunca	17	42,5	42,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 5. presenta alteraciones respiratorias como fatiga cuando realiza actividad física.

¿Presenta alguna alteración respiratoria como fatiga cuando realiza actividades cotidianas del hogar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	1	2,5	2,5	2,5
	Algunas veces	10	25,0	25,0	27,5
	Casi nunca	9	22,5	22,5	50,0
	Nunca	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 6. Cuantos vasos de agua ingiere en 24 horas las gestantes

¿Cuántos vasos de agua ingiere en 24 horas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3 a 4 vasos al día.	13	32,5	32,5	32,5
	5 a 6 vasos al día.	13	32,5	32,5	65,0
	7 a más.	14	35,0	35,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 7. Cuantas bebidas altas en caloría consume.

¿Cuántas bebidas altas en calorías consume como café y Coca-Cola?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 2 bebidas	17	42,5	42,5	42,5
	3 a 4 bebidas	19	47,5	47,5	90,0
	5 a 6 bebidas.	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 8. Cuantas veces ingiere alimentos al día

¿Cuántas veces ingiere alimentos al día?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 2 veces al día	16	40,0	40,0	40,0
	3 a 4 veces al día	11	27,5	27,5	67,5
	5 a 6 veces al día	13	32,5	32,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N°9.ingiere frutas y verduras a su dieta diaria

¿Ingieres frutas y vegetales a su dieta diaria?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	5	12,5	12,5	12,5
	Casi siempre	10	25,0	25,0	37,5
	Algunas veces	9	22,5	22,5	60,0
	Casi nunca	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 10. Considera que tiene una dieta adecuada

¿Considera que tiene una dieta adecuada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	10	25,0	25,0	25,0
	Casi siempre	12	30,0	30,0	55,0
	Algunas veces	11	27,5	27,5	82,5
	Casi nunca	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 11. Cuantas veces mociona

¿Cuántas veces al día orina?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 2 veces al día.	12	30,0	30,0	30,0
	3 a 4 veces al día.	17	42,5	42,5	72,5
	5 a 6 veces al día.	7	17,5	17,5	90,0
	7 a mas	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 12. Ha presentado estreñimiento durante el embarazo

¿Ha presentado estreñimiento durante el embarazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	6	15,0	15,0	15,0
	Casi siempre	12	30,0	30,0	45,0
	Algunas veces	7	17,5	17,5	62,5
	Casi nunca	7	17,5	17,5	80,0
	Nunca	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N° 13. realiza algún tipo de ejercicio cotidianamente

¿Realiza algún tipo ejercicios cotidianamente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	8	20,0	20,0	20,0
	Casi siempre	11	27,5	27,5	47,5
	Algunas veces	10	25,0	25,0	72,5
	Casi nunca	7	17,5	17,5	90,0
	Nunca	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla N^a 14. Qué tipo de ejercicio realiza durante el día

¿Qué tipo de ejercicios realiza durante el día?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Caminar	20	50,0	50,0	50,0
	Respiración	12	30,0	30,0	80,0
	Relajación	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°15. Realiza Caminatas con la pareja familia, amigos u otras personas de su entorno.

¿Realiza caminatas con la pareja, familia, amigos, amistades u otras personas de su entorno?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	6	15,0	15,0	15,0
	Algunas veces	11	27,5	27,5	42,5
	Casi nunca	11	27,5	27,5	70,0
	Nunca	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°16. Horas que duerme al día las Gestantes.

¿Cuántas horas duerme durante el día?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 hora	10	25,0	25,0	50,0
2 horas	10	25,0	25,0	75,0
3 horas	4	10,0	10,0	85,0
4 a mas horas	6	15,0	15,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°17. Horas que duerme durante la noche las gestantes.

¿Cuántas horas duerme durante la noche?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4 a 5 hora	7	17,5	17,5	17,5
	5 a 6 horas	22	55,0	55,0	72,5
	7 a 8 horas	7	17,5	17,5	90,0
	9 a mas horas	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°18. Satisfechas en las relaciones sociales.

¿Se siente satisfecha en sus relaciones sociales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	15	37,5	37,5	37,5
	Casi siempre	14	35,0	35,0	72,5
	Algunas veces	6	15,0	15,0	87,5
	Casi nunca	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLAN°19. Como se emocionalmente estando embarazada

¿Cómo se siente emocionalmente estando embarazada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy bien	6	15,0	15,0	15,0
	Bien	17	42,5	42,5	57,5
	Regular	13	32,5	32,5	90,0
	Mal	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°20. Cree usted que el autocuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo.

¿Cree usted que el auto cuidado es la forma de prevenir complicaciones en su embarazo?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy de acuerdo		32	80,0	80,0	80,0
	De acuerdo		8	20,0	20,0	100,0
	Total		40	100,0	100,0	

TABLA N° 21. Cree usted que el embarazo es un proceso que necesita autocuidado

¿Cree usted que el embarazo es un proceso que necesita de autocuidado?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy de	de acuerdo	28	70,0	70,0	70,0
		De acuerdo	12	30,0	30,0	100,0
		Total	40	100,0	100,0	

TABLA N° 22. Cree usted que al modificar su alimentación favorecerá a la mejora de su problema de obesidad o sobre peso.

¿Cree usted que al modificar su alimentación favorecerá a la mejora de su problema de obesidad o sobre peso?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy de	de acuerdo	17	42,5	42,5	42,5
		De acuerdo	19	47,5	47,5	90,0
		Desacuerdo	4	10,0	10,0	100,0
		Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°23. Capacidad de buscar ayuda medica

¿Cuándo su salud se ve en peligro es capaz de buscar ayuda médica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	12	30,0	30,0	30,0
	Casi siempre	12	30,0	30,0	60,0
	Algunas veces	12	30,0	30,0	90,0
	Casi nunca	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°24. Asiste a todos sus controles prenatales programados

¿Asiste a todos sus controles prenatales programados?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	36	90,0	90,0	90,0
	Algunas veces	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

TABLA N° 25 Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud.

¿Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Siempre	10	25,0	25,0	25,0
Casi siempre	13	32,5	32,5	57,5
Algunas veces	10	25,0	25,0	82,5
Casi nunca	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

TABLA N° 26. Ha visitado a un profesional en nutrición para conocer qué tipo de plan debe conocer en relación a su peso.

¿Ha visitado a un profesional en nutrición, para conocer qué tipo de plan de alimentación debe de seguir con relación a su peso?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casi siempre	7	17,5	17,5	17,5
Algunas veces	12	30,0	30,0	47,5
Casi nunca	8	20,0	20,0	67,5
Nunca	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

TABLA N°27. Cumple con las recomendaciones brindadas por el nutricionista

¿Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Siempre	10	25,0	25,0	25,0
Casi siempre	13	32,5	32,5	57,5
Algunas veces	10	25,0	25,0	82,5
Casi nunca	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

TABLA N28 .Usted cumple recomendaciones del nutricionista

¿Usted está dispuesta a modificar su estilo de vida alimenticia, para mejorar su problema de obesidad o sobre peso?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Siempre	16	40,0	40,0	40,0
Casi siempre	11	27,5	27,5	67,5
Algunas veces	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

TABLA N 29. Personal Idóneo para las orientaciones de su cuidado personal

¿Cree usted que la persona idónea para brindarle orientación sobre su cuidado es el personal de salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Muy de acuerdo	14	35,0	35,0	35,0
De acuerdo	15	37,5	37,5	72,5
Desacuerdo	6	15,0	15,0	87,5
Muy desacuerdo	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	