UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE OREM DURANTE EL EMBARAZO. SUBCENTRO DE SALUD BARREIRO. BABAHOYO, LOS RÌOS, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

AUTORAS

GISELLA ELIZABETH CARRIEL GUERRERO
EMELIE MERCEDES VITERI MURILLO

TUTORA

Pscl. MARTHA DEL ROCIO VERA GARCÍA PhD.

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

Octubre 2018- Abril 2019

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. VERONICA AYALA ESPARZA. MSc.
DELEGADO (A) DECANA

LCDA. MARÍA MARTINEZ. MSc.
DELEGADO (A) CARRERA

QF. JANETH HURTADO ASTUDILLO. PhD.
DELEGADO (A) CIDE

ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 04 de Abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM DURANTE EL EMBARAZO. SUBCENTRO DE SALUD BARREIRO. BABAHOYO, LOS RÍOS. OCTUBRE 2018- ABRIL 2019.**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Licenciado (a) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Gisella Carriel G.

Carriel Guerrero Gisella Elizabeth
Autor(a)
C.I: 120784469-5

Viteri Murillo Emelie Mercedes
Autor(a)
C.I: 120673784-1

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Pscl. MARTHA DEL ROCIO VERA GARCÍA PhD**, en calidad de Tutor(a) del informe final del proyecto de investigación (Tercera Etapa): **"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM DURANTE EL EMBARAZO. SUBCENTRO DE SALUD BARREIRO. BABAHOYO, LOS RÍOS. OCTUBRE 2018- ABRIL 2019"**, elaborado por las estudiantes: **GISELLA CARRIEL GUERRERO y EMELIE VITERI MURILLO** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo al Quinto día del mes de Abril del año 2019

Firma del Docente -Tutor
Pscl. Martha Del Rocío Vera García
CI: 120181796-0

Scanned by CamScanner

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	INTERVENCION DE ENFERMERÍA 1.docx (D50212885)
Submitted:	4/5/2019 3:37:00 AM
Submitted By:	giselcarriel@hotmail.com
Significance:	3 %

Sources included in the report:

ADRIANA GALAN -MELISA MEJIA.docx (D50194123)
https://docplayer.es/42376075-Intervencion-educativa-de-enfermeria-en-el-nivel-de-conocimientos-de-autocuidado-en-embarazadas.html
https://es.wikiversity.org/wiki/Autocuidado
http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5065

Instances where selected sources appear:

5

Firma del Docente -Tutor
Pscl. Martha Del Rocío Vera García
CI: 120181796-0

Scanned by CamScanner

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación se lo queremos dedicar a las personas más especiales en nuestras vidas, quienes día a día lucharon para que nosotros seamos profesionales, nuestros padres, quienes nos brindaron comprensión, amor y regaños cuando las necesitábamos. Este título es dedicado 100% para ustedes. No nos alcanzaría la vida para agradecerles todo el esfuerzo que han hecho por nosotras y lo que somos hoy es por ustedes.

Gisella Carriel y Emelie Viteri

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios que me ha dado la fortaleza y sabiduría para lograr este gran triunfo de terminar la universidad.

En segundo lugar, agradecer el esfuerzo que dieron mis padres quienes me han brindado su confianza y apoyo para poder salir adelante. A mis sobrinos, mi Cuñada y mis hermanos Francisco y Stephanie Carriel, quienes me brindaron su apoyo incondicional en lo que más han podido, siempre velando el bienestar mío.

A mis queridos abuelos que no están presentes pero que sé que estarían orgullosos de mí sabiendo que logre una meta de las tantas que tengo planteadas en mi vida.

Gisella E Carriel G.

Quiero agradecer a mis abuelos y a mis padres por inculcarme valores y brindarme su apoyo para cumplir esta meta de finalizar la universidad, por ser mis ejemplos a seguir de perseverancia y lucha constante.

En segundo lugar agradecer a mi hermano y a mis primos, a mi tía por sus buenos consejos y por siempre estar presente cuando la he necesitado.

En tercer lugar agradecer a cada una de las personas que formaron parte de mi vida y me ayudaron a crecer como persona y como profesional

Finalmente a nuestro(a) tutor(a) que nos supo guiar con su conocimiento y paciencia.

Emelie M Viteri M.

TEMA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM DURANTE EL EMBARAZO. SUBCENTRO DE SALUD BARREIRO. BABAHOYO, LOS RÌOS, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

RESUMEN

Introducción. Las intervenciones de enfermería en el autocuidado de la gestante son primordiales en la práctica enfermera pues contribuyen a cubrir la demanda de autocuidado terapéutico.

Objetivo general. Analizar la relación existente entre la intervención de enfermería y la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.

Metodología. La modalidad de la investigación, según el nivel de medición y análisis de la información tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, según el nivel del estudio fue exploratorio y descriptivo, por el propósito fue aplicada y no experimental y según la dimensión temporal fue transversal. Se emplearon técnicas de recolección de la información como observación científica no estructurada, directa y encuesta; se aplicó un cuestionario como instrumento. El universo y la muestra fueron de 30 embarazadas respectivamente, el muestreo fue no probabilístico intencional.

Resultados. Predominio de edad entre 20 a 24 años (36, 6%), con secundaria (63,3%), en unión libre (70%), amas de casa (70%), 86,6% con nivel socioeconómico bajo. Déficit de autocuidado por realizar duchas vaginales internas (100%), nunca realizan ejercicio físico (50%), el 40% no consume leguminosas, 20% nunca asiste a controles prenatales, el 86,6% recibe orientación de autocuidado, enfermería reconoce necesidades de salud en el 93,2%, brindan información de maternidad y paternidad (83,2%).

Conclusiones. La aplicación de la teoría de Orem y las intervenciones de enfermería mostraron correspondencia, expresada en la capacidad de actuación de las embarazadas que permitieron identificar situaciones que guían el autocuidado.

Palabras clave: embarazo, teoría de Orem, intervenciones de enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Nursing interventions in the self-care of pregnant women are essential in nursing practice because they contribute to meet the demand for therapeutic self-care.

General objective. To analyze the relationship between the nursing intervention and the application of the Orem Theory in pregnant women who are treated at the Barreiro Health Sub-Center, Babahoyo, Los Ríos province, from October 2018 to April 2019.

Methodology. The modality of the research, according to the level of measurement and analysis of the information had a qualitative-quantitative approach, according to the level of the study was exploratory and descriptive, for the purpose it was applied and not experimental and according to the temporal dimension was transversal. Information gathering techniques were used as unscientific scientific observation, direct and survey; A questionnaire was applied as an instrument. The universe and the sample were 30 pregnant women respectively, sampling was intentional non-probabilistic.

Results. Prevalence of age between 20 to 24 years (36, 6%), with secondary (63.3%), in free union (70%), housewives (70%), 86.6% with low socioeconomic status. Deficit of self-care for internal douching (100%), never perform physical exercise (50%), 40% do not consume legumes, 20% never attend prenatal check-ups, 86.6% receive self-care orientation, nursing recognizes needs of health in 93.2%, provide information on maternity and paternity (83.2%).

Conclusions. The application of the Orem theory and the nursing interventions showed correspondence, expressed in the ability of pregnant women to act, which allowed identifying situations that guide care.

Key words: pregnancy, Orem theory, nursing interventions.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA		i
AGRADECIMIENTO		ii
TEMA		iii
RESUMEN		iv
ABSTRACT		V
INTRODUCCIÓN		Vi
CAPITULO I		1
1. PROBLEMA		1
1.1	**Marco Contextual**	1
1.1.1	**Contexto Internacional**	1
1.1.2	**Contexto Nacional.**	2
1.1.3	**Contexto Regional.**	3
1.1.4	**Contexto Local y/o Institucional**	4
1.1.5	**Situación problemática**	4
1.2	**Planteamiento del Problema**	5
1.3.1	**Problema General**	6
1.3.2	**Problemas derivados**	6
1.4	**Delimitación de la Investigación**	7
1.5	**Justificación**	7
1.6	**Objetivos**	9
1.6.1	**Objetivo General**	9
1.6.2	**Objetivos Específicos**	9
CAPITULO II		
2 MARCO TEÓRICO		
2.1	**Marco teórico**	10
2.1.1	**Marco conceptual**	10
2.1.2	**Antecedentes investigativos**	34
2.2	**Hipótesis**	37
2.2.1	**Hipótesis general**	37
2.3	**Variables**	37
2.3.1	**Variables Independientes**	37
2.3.2	**Variables Dependientes**	37

2.3.3 Operacionalización de las Variables 38
CAPITULO III 41
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 41
3.1 Métodos de investigación 41
3.2 Modalidad de la investigación 41
3.3 Tipo de Investigación 41
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información 42
3.4.1 Técnicas 42
3.4.2 Instrumento 42
3.5 Universo y Muestra 43
3.5.1 Universo 43
3.5.2 Muestra 43
3.6 Cronograma del proyecto 44
3.7 Recursos 45
3.7.1 Recursos humanos 45
3.7.2 Recursos económicos 45
3.8 Plan de tabulación y análisis de datos 46
3.8.1 Base de datos 47
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos 47
CAPITULO IV 49
4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN
4.1 Resultados obtenidos de la investigación 49
4.2 Análisis e interpretación de datos 56
4.3 CONCLUSIONES 62
4.4 RECOMENDACIONES 63

CAPITULO V

5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación 64

5.2 Antecedentes 64

5.3 Justificación 65

5.4 Objetivos 66

5.4.1 Objetivo general 66

5.4.2 Objetivos específicos 66

5.5 Aspectos básicos de la propuesta de aplicación 67

5.5.1 Estructura general de la propuesta 67

5.5.2 Componentes 69

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación 70

5.6.1 Alcance de la alternativa 70

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de contingencia

Anexo 2 Información a las embarazadas sobre el Proyecto de Investigación.

Anexo 3 Consentimiento informado.

Anexo 4 Declaración de las Investigadoras sobre la firma del consentimiento informado.

Anexo 5 Cuestionario dirigido a las embarazadas

Anexo 6. Subcentro de Salud Barreiro donde se realizó el estudio.

Anexo 7. Aplicando el cuestionario

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Paralelo Teoría de Orem y las intervenciones de enfermería. 46
Tabla 2. Características sociodemográficas de las embarazadas 49
Tabla 3. Actividades de autocuidado de las embarazadas 50
Tabla 4. Higiene y cuidados personales de las embarazadas 51
Tabla 5. Alimentación de las embarazadas 52
Tabla 6. Sistema de apoyo 53
Tabla 7. Consumo de sustancias no beneficiosas por las embarazadas 54
Tabla 8. Intervenciones de enfermería 54

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones de enfermería en el autocuidado de las embarazadas son de interés primordial en la práctica de atención de enfermería ya que contribuyen a garantizar las demandas de autocuidado en los enfermos. La Organización Mundial de la Salud, ha calculado que al año mueren más de 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. (OMS, 2017)

Cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo; la cuarta parte de la población enfrenta serios problemas de salud, generando situaciones que conllevan a ocasionar complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. (Barragán y cols., 2012).

La atención del embarazo en la mujer es prioritaria para su salud considerando los factores de riesgo vinculados a su situación social, económica y cultural, por lo que es necesario conocer más acerca de las prácticas de autocuidado; Dorothea E. Orem define el autocuidado como la “capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones sobre su salud y la responsabilidad de su propio cuidado en la medida en que se perfeccionan estas capacidades de autocuidado de las mujeres embarazadas” (Prado, González, Gómez, Borges, 2014). Si las intervenciones en el autocuidado de la mujer gestante no son las apropiadas, pueden provocar complicaciones obstétricas e incluso llegar hasta la muerte (Reinoso, 2018). Por consiguiente, es conveniente considerar que las actividades de intervención de enfermería deben realizarse en el primer nivel de atención enfocándose en acciones dirigidas al autocuidado y prevención de enfermedades en mujeres embarazadas que afectan su calidad de vida.

El problema para estudiar está enmarcado en las líneas de investigación de la Universidad Técnica de Babahoyo, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Escuela de Salud y Bienestar, así como de la Carrera de Enfermería, relacionadas con la salud materno-infantil.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 MARCO CONTEXTUAL

1.1.1 Contexto Internacional

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reporta que diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y del parto, la mayoría de las muertes son evitables a través del autocuidado prenatal y de la atención especializada durante el parto donde se llevan a cabo soluciones terapéuticas o profilácticas que contribuyen a disminuir la mortalidad materna (De Jesús y cols., 2018). Anualmente se estima, que 11.285,000 mujeres de América Latina y el Caribe quedan en estado de gravidez, algunas de estas en condiciones precarias de salud. (Morales, Olivares, 2012)

La OMS, (2015) en la última década reportó que unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. A nivel mundial solo el 64 % de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo. (Taylor y cols., 2017)

En Bucaramanga, Colombia la estimulación prenatal tiene regular práctica de cuidado: el ejercicio y descanso en las embarazadas es regular, el 52.0 % no dedica tiempo para realizar ejercicio físico a la semana, en relación con la alimentación el 40.0 % consumen siempre los requerimientos de calcio al día, en relación con los cuidados y la higiene personal tienen buena práctica. En general la práctica de cuidados de las gestantes adolescentes es regular en el 67.3 % de estas. El estudio concluye que estas prácticas permiten la planeación de estrategias de educación y capacitación sobre la forma adecuada de cómo cuidarse durante el embarazo para reducir la morbi mortalidad en este período. (Oliveros, Aparicio, 2011)

Investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia plantean que, en las gestantes un gran porcentaje (76 %), tienen

regular práctica de cuidados ya que realizan sólo algunas actividades para cuidarse y están medianamente expuestas a situaciones de enfermedad, estimulación prenatal (56,67 %), ejercicio y descanso (78 %), alimentación (82,67 %) y buena práctica de cuidados personales (88 %), sustancias no beneficiosas (78,67 %) y sistemas de apoyo (82 %). El 24 % de las gestantes tiene una buena práctica de cuidados, es decir, realiza más actividades para cuidarse y se espera que estén menos expuestas a situaciones de enfermedad. (Sánchez, 2007)

1.1.2 Contexto Nacional.

Según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, Ecuador es el tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad; se ubica detrás de Nicaragua y República Dominicana, además, datos del Ministerio de Salud Pública, en Ecuador se registraron 413 318 nacidos vivos de niñas y adolescentes, de 10 a 19 años. Las cifras son desde el 2010 hasta el 2016. (MSP, 2016)

En Ecuador se realizó una investigación descriptiva en 2009, sobre el autocuidado de 50 mujeres embarazadas (15-25 años de edad), y se encontró que 38 % tenían de 1 a 2 controles prenatales (…); existe desconocimiento de autocuidado sobre: relaciones sexuales precoces (…), automedicación en su embarazo, tipo de vestimenta, conocimiento sobre nutrición; el 48 % no asiste a ninguna charla educativa, el 28 % se informan mediante la televisión sobre el autocuidado y otros temas. (Martínez, 2015)

En estudio realizado en Cuenca, los conocimientos sobre autocuidado eran poco suficientes en la mayoría de las mujeres que acudieron al subcentro de salud de Ricaurte antes de recibir la intervención educativa, teniendo a su vez actitudes y prácticas inadecuadas. De las 89 mujeres que acuden a control prenatal, 23.9 % se encuentran entre las edades de 30 y 39 años, el 83.1 % tuvieron su primer embarazo entre los 16 y 24 años, de ellas el 50.6 % tienen secundaria. (Poma y Quevedo, 2013)

En Riobamba, Ecuador identificaron que el personal de enfermería desconoce en un 64 % los temas para las intervenciones que promueven el autocuidado de la gestante, podría estar relacionada con la falta de actualizaciones sobre la aplicación de las teorías de autocuidado. Sin embargo, el 33 % de profesionales cumple con las intervenciones de enfermería para el autocuidado de las gestantes, mientras que el 52 % de las enfermeras no lo realiza, probablemente por la carga laboral diaria y la gran demanda de pacientes que acuden a las instituciones de salud de la atención primaria. (Reinoso, 2018)

1.1.3 Contexto Regional.

Según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos [INEC], (2012) el 17 % de mujeres de entre 15 y 17 años son madres adolescentes. La mayor cantidad de embarazos se produce en la Costa. En 2010, según el INEC, hubo alrededor de 24 mil embarazos, mientras que en la Sierra se superaron los 17 mil y en la Amazonía se llegó casi a los tres mil. La zona insular es la que presenta menos embarazos, con 46 casos. La tasa para menores de 15 años es del 0.7 % y del grupo de edad entre 15 y 19, es del 19.6 %. Además, de acuerdo con los datos registrados por este organismo, esta problemática ya afecta a niñas de 10 años. (MSP, 2015)

Tal como se menciona en un estudio de Reinoso, (2018) realizado en la Universidad Nacional de Chimborazo en Ecuador, se registraron 150 casos de fallecimientos de mujeres durante el embarazo, parto y posparto. El mayor porcentaje de mortalidad materna se encuentra en Guayaquil, Samborondón y Durán, alcanzando el 23,33 % de todos los casos (…); seguidos por Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos con el 15,33 % (…). Para dar respuesta a este problema de salud el MSP desarrolla líneas estratégicas para el mejoramiento de la calidad de la atención en las mujeres gestantes en sus establecimientos de salud; capacitando al personal desde el primer nivel de atención.

1.1.4 Contexto Local y/o Institucional

Díaz, (2018) en su trabajo de tesis en la Universidad Técnica de Babahoyo, relacionado con uno de los modelos de enfermería, titulado “Implementación del modelo de Peplau en las intervenciones de enfermería y su relación con la prevención de diabetes mellitus tipo II en el subcentro de salud Enrique Ponce Luque. Babahoyo. Los Ríos. Primer semestre 2018”, obtuvo como resultado: la implementación del modelo de Peplau permitió un acercamiento al conocimiento y aplicación del modelo en la prevención de la diabetes mellitus tipo II. A partir de las intervenciones de enfermería, se logró identificar las habilidades en el manejo de las prácticas preventivas.

Las autoras, al revisar la literatura, consideran insuficiente el análisis local del tema.

1.2 Situación problemática

La intervención de enfermería a través de la aplicación de las teorías de enfermería mejora la práctica y el entorno de las mujeres embarazadas durante la atención prenatal, por tanto, es importante que el personal de enfermería cuente con una herramienta que le ayude al desarrollo de las habilidades asistenciales; para ir más allá del cumplimiento de las tareas rutinarias, para que sean aplicadas durante el desvío del estado de salud como el déficit de autocuidado en embarazadas del Subcentro de Salud Barreiro

Para hacer posible el uso de los modelos de enfermería una propuesta acertada es asociarlas al proceso de atención de enfermería que constituye una herramienta de gran utilidad en el manejo de los cuidados enfermeros de manera organizada y sistematizada. Hay investigadores que han abordado esta propuesta y han incursionado en la utilización de una de las tres teorías del modelo de Orem, a través del proceso de enfermería. (Navarro y Castro, 2010)

La teoría descrita por Dorothea Orem “es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre

su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona", por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería (…).(Prado y cols, 2014)

El eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud. (Salcedo y cols., 2012)

Ante esta situación, surge el interés de estimular el autocuidado durante el embarazo, a través de intervenciones educativas de enfermería, como estrategia para favorecer su calidad de vida al enfrentar esta etapa evitando las posible complicaciones ante el incumplimiento de los requisitos de autocuidado, de tal forma que el objetivo del presente estudio es analizar la intervención de enfermería y su relación con la aplicación de la teoría de Orem durante el embarazo, subcentro de salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos, en el período comprendido de octubre 2018 – abril 2019.

1.3 Planteamiento del Problema

El embarazo es una etapa caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales, estado único experimentado por las mujeres en su período de concepción, requiriendo mayor interés en las prácticas de autocuidado, lo que debe contemplar el control prenatal para verificar el estado de salud de la gestante. (De la Cruz y Estrella, 2018)

Según la World Health Organization [WHO], (2007) "el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y, por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores

al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita".

El cuidado prenatal va más allá de un control prenatal por el médico familiar o ginecología ya que comprende, sobre todo, el cuidado que ella misma se da cada día. Cada año en el Ecuador, aproximadamente 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas reciben una atención de calidad. (Poma y Quevedo, 2013).

Proponer guías de enfermería y su aplicación basados en las teorías del autocuidado de enfermería, están pendientes en el Ecuador para mejorar la calidad de la atención prenatal.

1.3.1 Problema General

¿Cómo se relaciona la intervención de enfermería con la aplicación de la teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019?

1.3.2 Problemas derivados

¿Qué características tiene el perfil sociodemográfico de las embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019?

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería relacionadas con la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019?

1.4 Delimitación de la Investigación

El estudio se realizará en el período comprendido de octubre del 2018 a abril del 2019 y se llevará a cabo en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos. La población de estudio fueron las embarazadas atendidas en dicho centro de salud.

1.5 Justificación

La aplicación de las teorías de autocuidado permite promover en la práctica la atención integral de salud, mediante las intervenciones de enfermería, mejorando los conocimientos y prácticas en autocuidado de la mujer embarazada, teniendo como referencia la Teoría de Orem. Dicho modelo fue seleccionado por tratarse de uno de los basamentos teóricos con mayor énfasis en destacar el rol de guía y consejera de la enfermería en el autocuidado, y por considerarlo de gran validez teórica aplicable a la práctica.

El conocimiento de las teorías de autocuidado potencia las habilidades de los profesionales de enfermería con el consecuente impacto positivo en reducción de la morbimortalidad y lograr lo compromisos establecidos en las Metas y Objetivos del desarrollo del Milenio para el 2015 y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la muerte Materna y Neonatal en concordancia con las principales políticas públicas de salud de Ecuador.

En la provincia Los Ríos son escasos los estudios relacionados con los modelos de autocuidado en el proceso de atención de enfermería aplicados a la atención de las mujeres embarazadas.

Por este motivo, se considera pertinente la realización de esta investigación con el objetivo de analizar la intervención de enfermería y su relación con la aplicación de la teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019, dado que el conocimiento de esta realidad permite identificar debilidades, fortalezas y potencialidades en el

autocuidado, para la atención integral de la mujer embarazada, con el consecuente impacto positivo en la reducción de la morbimortalidad.

Se espera entonces, que la investigación aporte nuevos elementos que sirvan para replantear las prácticas que el personal de enfermería lleva a cabo en los servicios de atención primaria y mejorar los programas de prevención y promoción de salud, referentes a la atención de la mujer embarazada a fin de plantear propuestas que conlleven a lograr un mejor estado de salud en esta etapa, mediante las prácticas continuas de autocuidado.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Analizar la relación existente entre la intervención de enfermería y la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos

Identificar las características del perfil sociodemográfico de las embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.

Describir la relación existente entre las intervenciones de enfermería y la aplicación de la teoría de Orem en las embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

La enfermería tiene una larga tradición en la implementación y elaboración de modelos y teorías, desde el siglo XIX las primeras impresiones de Florence Nightingale dieron seguimiento a otras investigadoras en el abordaje teórico y práctico de los diferentes cuidados de enfermería. A través de los años ha surgido también una serie de experiencias de aplicación de ellos, contribuyendo a vincular la teoría y la práctica y además a dar solidez al conocimiento derivado de la investigación (Navarro y Castro, 2010).

Prado, González, Gómez, Borges (2014) en el estudio realizado concluyeron que en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influye en las decisiones tomadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos.

En la atención prenatal es necesario fortalecer los conocimientos sobre el autocuidado de la salud procurando el bienestar de la mujer, brindando la información necesaria y de calidad (…), de acuerdo a las orientaciones brindadas la mujer consigue mayores conocimientos en cuanto a su estado de salud y con base a esto, desarrolla nuevas actitudes que le permiten mejorar y controlar su autocuidado en el embarazo. (Reinoso, 2018)

2.1.1 Marco conceptual

2.1.1.1 EMBARAZO

Se denomina embarazo al momento en que el ovulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva

situación (el crecimiento de un nuevo ser), esto es lo que conocemos como embarazo.

Referente a la cita textual, Menéndez, Gilberto, Navas, Inocencia, Hidalgo, Yusleidy, Espert, (2012) señalan: (…) para la OMS el embarazo "comienza cuando termina la implantación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma y el proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo".

2.1.1.2 Modificaciones en la anatomía y fisiología de la embarazada

El embarazo por sí solo produce cambios en la anatomía y fisiología de la mujer, que suponen una adaptación continúa para permitir el adecuado desarrollo del feto, preparación al parto y la lactancia, estas modificaciones son (Hernández, Morán, Flores, 2017):

- **Modificaciones en el sistema cardiovascular**

El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas del embarazo. El gasto cardiaco se incrementa hasta en 50% en comparación con la mujer no gestante, atribuyéndose estas modificaciones a una elevación de la frecuencia cardiaca (15 a 25% mayor que en la mujer no embarazada), al volumen latido, que se encuentra elevado en 25 a 30% al final del embarazo, y finalmente a una disminución de la resistencia vascular periférica, en 20%, aproximadamente (Fox, 2018). Estas modificaciones tienen implicaciones farmacológicas, ya que el aumento del volumen plasmático y gasto cardiaco incrementan el volumen de distribución de medicamentos, sobre todo los hidrosolubles. (Hernández, Morán y Flores, 2017)

- **Modificaciones en el aparato urinario**

Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, unido al crecimiento de la vascularización renal y mayor volumen intersticial ocasionan

aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante. (Jorge, 2012)

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 (Hernández, Morán y Flores, 2017). Existe un marcado aumento del filtrado glomerular que podemos afirmar que se encuentra en torno al 50%. Este aumento del filtrado glomerular tiene una serie de consecuencias entre ellas (Jorge, 2012):

1. Glucosuria. Por el aumento del filtrado glomerular.
2. Aumento de ácido úrico en sangre. Por disminución de la reabsorción tubular de ácido úrico.
3. La depuración de las sustancias nitrogenadas está elevada. Lo cual conlleva a una disminución de creatinina y de urea en sangre.

- **Modificaciones en el aparato digestivo**

El estómago se modifica debido a factores mecánicos y hormonales; el elemento mecánico es el útero ocupado y el factor hormonal, la progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal; como resultado del factor hormonal, se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal (Benites, 2010). El hígado no experimenta modificaciones morfológicas y el flujo sanguíneo de la vena porta y el flujo sanguíneo total está incrementado significativamente a partir de las 28 semanas, aunque el flujo por la arteria hepática no se altera. (Hernández, Morán y Flores, 2017)

Pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis. Las causas de las náuseas y los vómitos son muy variadas, 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. A partir del 2º trimestre (alrededor de la 12ª semana de gestación) suele desaparecer este cuadro. (Hernández, Morán y Flores, 2017)

- **Modificaciones en el sistema respiratorio**

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas (Hernández, Morán y Flores, 2017):

✓ Por efectos hormonales: dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar hasta en 50% (por acción de la progesterona, cortisol y relaxina). Además, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando mayor vascularidad, razón por la cual habría una mayor absorción de medicamentos y riesgo de epistaxis. Se encuentran aumentados el volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno; la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos, por elevación del diafragma.

✓ Por modificaciones anatómicas: los diámetros verticales interno y circunferencia de la caja torácica muestran modificaciones importantes; el primero disminuye hasta 4 cm, por elevación del diafragma por el útero ocupado; el eje transversal y anteroposterior incrementan la circunferencia torácica en 6 cm.

✓ Gases sanguíneos: La disminución de la PaCO2 hasta llegar a los 30 mmHg, se registra a partir de las 12 semanas, por efecto de la progesterona. La PaO2 aumenta desde el primer trimestre a 107 mmHg, luego desciende en el tercer trimestre a 103 mmHg. El bicarbonato sérico disminuye a 20 mEq/L, por aumento en la excreción renal, alterando ligeramente el pH en 0,02 a 0,06, como compensación metabólica a una alcalosis respiratoria. (Fox, 2018)

- **Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico**

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo. (Hernández, Morán y Flores, 2017)

- **Modificaciones en la piel**

Bajo la influencia de las hormonas del embarazo, se observa las siguientes modificaciones (Hernández, Morán y Flores, 2017):

En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas estrías; su número depende del caso, así como su longitud y anchura. La superficie suele ser lisa, aunque en algunos casos suele aparecer pliegues. Su color es rojo violeta en las recientes y blanco nacarado en las antiguas.

Existe también un aumento de la pigmentación de la piel, sobre todo en ciertas zonas: en la línea alba (localizada desde el borde superior del pubis al ombligo); de la areola mamaria y de los pezones; Cloasma o aumento de la pigmentación en las mejillas. (Fox, 2018)

Otra alteración que suele ocurrir en los embarazos es la aparición de las arañas vasculares, que son manchas, rojas brillantes, localizadas en cara brazo y cuello y a veces en la parte superior del tórax. El llamado eritema palmar es una variante de estas arañas vasculares, pero con una mayor extensión, la causa principal que se le atribuye es una elevación de estrógenos. (Fox, 2018)

- **Modificaciones en el metabolismo**

En cuanto a los principios inmediatos fundamentales tenemos (Jorge, 2012):

Hidratos de carbono: Existe una disminución de la utilización de glucosa de tipo periférico por lo tanto existe un aumento de los niveles en plasma de insulina.

Lípidos: Existe una predisposición para la formación de cuerpos cetónicos, lo cual puede ser explicado por un aumento de los lípidos totales y de los ácidos grasos libres. Hasta ahora se han definido muchas teorías para poder explicar dicho aumento, pero quizás la más defendida es la acción que tiene el HPL placentario que es de tipo lipolítica. (Fox, 2018)

Proteínas: Al final del embarazo el balance nitrogenado es positivo, todo explicado por la alta síntesis de proteínas muy necesaria para la formación del feto, placenta, así como la necesidad de las mismas que tiene el útero. Entre las enzimas que se encuentran elevadas tenemos la fosfatasa alcalina, Oxitocinasa y la Diaminooxidasa. (Fox, 2018)

Agua y electrolitos: El incremento de agua durante la gestación suele ser de uno 7 litros, sin contar cuando existen edemas sobre todo en los tobillos, donde el incremento es superior. La cantidad de agua es tanto a expensas del líquido extracelular como el intracelular.

2.1.1.3 Psicología de la mujer en el embarazo

En la etapa gestacional, hay que tener en cuenta si el embarazo es planificado o no y, sobre todo, si es deseado. En 30 % de los casos, la gestación no ha sido planeada y puede ocurrir en un momento inoportuno. Un embarazo puede no ser planificado, pero sí deseado. En el caso de un embarazo, planificado, deseado y con buen ajuste social, las preocupaciones se concentran durante el primer y tercer trimestre. En casi toda mujer, habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente desee al futuro bebé. Durante el primer trimestre las gestantes suelen preocuparse por cuestiones como el aborto espontáneo y la salud del feto. (Maldonado, Sauceda, Lartigue, 2008)

En el segundo trimestre, pasada la reacción inicial, la gestante puede permitirse fantasear y meditar sobre el bebé que tiene dentro de su cuerpo. Además del deseo de ser atendida por otros, la mujer mostrará una mayor dependencia respecto a quienes la rodean. Esto les permite manifestar conductas de cuidado y atención especial. (Maldonado; Brockington, 2011)

Algunos autores se refieren al embarazo como un período crítico o de alta sensibilidad psicológica. Bydlowski lo considera como un estado de relativa transparencia psíquica, en el que los sentimientos, conflictos, recuerdos del pasado y los temores, por decirlo así, suben a la superficie de la vida mental con mayor facilidad. Muchos especialistas piensan que, por lo tanto, en esta etapa de la vida es más fácil entender las necesidades y conflictos de la mujer o de la pareja y que es más factible realizar intervenciones psicológicas en ese período. (Maldonado y cols., 2008)

Diversos estudios muestran una alta prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo. Aunque es más conocida la depresión postparto, alrededor

de la mitad las depresiones postparto se inician durante el embarazo. Algunos hablan de entorno al 10 %, mientras otros encuentran que hasta un 40 % de las embarazadas sufren algún tipo de síntoma depresivo. (Aguirre, Abufhele, Aguirre, 2018)

2.1.1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo durante el embarazo están estrechamente relacionados con los hábitos higiénicos y nutricionales, factores ambientales, omisión de la consulta prenatal y sobre todo la falta de información de las embarazadas acerca de su cuidado. Estos factores de riesgo están estrechamente relacionados con las complicaciones durante embarazo, el parto y el puerperio, interrumpiendo el curso fisiológico del mismo provocando aumento la morbilidad y la mortalidad materna. (Barragán y cols., 2012)

Se debe identificar todos los factores de riesgo y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención que se puede realizar, dividiéndoles entre modificables y no modificables. Se consideran de riesgo las embarazadas que presentan alguna de las siguientes características (MSP, 2016):

La edad materna, la ganancia de peso y el hábito de fumar o ser fumador pasivo, se asocian con el peso del feto al nacimiento.

El bajo peso materno tiene asociación con el neonato pequeño para la edad gestacional.

La ganancia de peso total durante el embarazo en una mujer sana (7 a 18 kg), se relaciona con neonatos de 3 a 4 kilos al nacer.

El sobrepeso al inicio del embarazo se relaciona con cesárea y con preeclampsia.

Se debe dar énfasis en identificar y tratar los factores de riesgo e individualizar su manejo.

Ante la presencia de factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos se deberá referir a la paciente a un nivel de atención superior. De acuerdo con la significancia del factor

de riesgo y si el mismo compromete el bienestar materno fetal, la referencia debe ser realizada de forma inmediata.

2.1.1.5 Control prenatal

El control prenatal es un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (MSP, 2016)

En el Informe sobre la salud en el mundo: “cada madre y cada niño contarán”, la Organización Mundial de la Salud considera que “el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal". (OMS, 2005)

Las acciones para el autocuidado de la salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia) en el cuidado de su propia salud. (Álvarez Orozco, M.E)

Las mujeres embarazadas tienen interés de llevar un adecuado control prenatal. Al acudir mes a mes para prevenir cualquier amenaza a su salud. No debe olvidarse que hay factores de riesgo durante el embarazo, relacionados con los hábitos higiénicos y nutricionales, factores ambientales y sobre todo la falta de información acerca de su cuidado. Estos factores de riesgo se relacionan estrechamente con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aumentando la morbilidad y mortalidad materna. (Álvarez Orozco, M.E)

2.1.1.6 Atención prenatal de enfermería

Es un conjunto de acciones que se realizan a la mujer con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional, disminuyendo la mortalidad materna y mortinatalidad perinatal. (Cáceres, 2009).

El control prenatal debe ser (MSP, 2016):

Precoz: es preciso iniciar el control tan pronto como sospeche el embarazo para poder efectuar la detención temprana de factores de riesgo.

Frecuente: esta varía de acuerdo con los factores de riesgo y los recursos disponibles. Un control mensual con un total mínimo de cinco consultas es el requisito para las embarazadas de bajo riesgo. Mientras que los embarazos de alto riesgo tendrán una frecuencia mínima de nueve controles.

2.1.1.7 Prácticas de autocuidado en el embarazo.

Autocuidado en la alimentación:

La gestante debe satisfacer sus necesidades fisiológicas de respirar, comer, dormir, descansar, de eliminación y realización de hábitos higiénicos; para lograr su bienestar y su autorrealización. Satisfechas éstas, evitan deficiencias, actúan terapéuticamente, previenen enfermedades. (Alanís y cols., 2015)

La nutrición en el embarazo debe ser equilibrada y adecuada a las necesidades específicas, una mala alimentación puede ocasionar alteraciones como obesidad o desnutrición, y genera complicaciones al binomio madre-hijo, como: defectos en el tubo neural, retardo del crecimiento intrauterino, retraso mental en prematuros y recién nacidos; en la mujer causa abortos, partos prematuros y enfermedad vascular placentaria. (Ochoa, Rojas, Ortiz, Sánchez, 2010)

La estimación del riesgo en relación con el nivel de estudios e ingresos y la frecuencia de consumo de los alimentos mencionados evidencia, que haber

cursado estudios primarios o menos incrementa el riesgo de tener poca o muy poca frecuencia de consumo de frutas y verduras, de alimentos fuentes de hierro en y de alimentos fuentes de calcio.

Autocuidado para el equilibrio entre ejercicio y descanso:

Los beneficios de la actividad física se evidencian desde la gestación, no solo para el desarrollo del embarazo y en el momento del parto sino para el crecimiento y desarrollo del feto, únicamente ante un embarazo de riesgo alto o moderado se deben tener consideraciones específicas. (Reinoso, 2018)

El ejercicio durante el embarazo ayuda a la prevención de la preeclampsia, así como de la diabetes gestacional, reduce el riesgo de trombosis venosa, ayuda 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. (Alanís y cols., 2015)

Una asociación positiva entre la práctica regular de ejercicio físico moderado y menores ganancias de peso materno, asimismo los estudios muestran una menor cantidad y porcentaje de gestantes que exceden su ganancia de peso durante el embarazo en los grupos de intervención comparados con los de control. El ejercicio físico regular y moderado reduce el riesgo de una ganancia excesiva de peso materno. (Bernabé, Franco, Pérez, Barakat, 2018).

El ejercicio durante el embarazo también contribuye a niveles de glucosa significativamente más bajos. (Pérez, Saba, Padrón, Molina, 2012)

Durante muchos años ha sido debatida la dosis mínima y óptima de actividad física durante el embarazo. Cabe destacar que recientes revisiones han demostrado que 15 minutos por día de actividad física, confieren una reducción de aproximadamente 14 % del riesgo para la mortalidad por todas las causas y por cada 15 minutos adicionales con un máximo de 100 minutos al día se logra

una reducción de riesgo del 4% adicional para todas las causas de mortalidad y un 1 % para mortalidad por cáncer total. (González, Rivas, 2018)

Según González, (2018) la actividad física, como caminar de 30 a 60 minutos al día en la mayoría de los días de la semana, mejoran rápidamente la capacidad cardiorrespiratoria y tiene efectos positivos en los factores de riesgo cardiovascular tales como hipertensión, hiperglucemia y dislipidemia.

Autocuidado de la Higiene personal (Alanís y cols., 2015):

Del cuerpo: la mujer embarazada presenta diaforesis, debido a los cambios de temperatura y cambios internos que sufre. Por lo tanto, se recomienda de ser posible, bañarse diariamente con agua y un jabón neutro, ya que el organismo elimina ciertos microrganismos a través de la piel, además hará que la materna se siente más cómoda y fresca

Salud bucal: Es muy importante que se cepille los dientes y la lengua después de cada comida con un cepillo suave para evitar el sangrado de las encías.

La mujer durante el estado de gestación está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer la caries dental. Los cambios en la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, constituyen factores capaces de producirla. (Rodríguez, Hilda, López, Melvis, 2003)

Higiene íntima: lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, hágalo sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el ph y favorecer las infecciones. Algunas señales de infección son prurito genital, flujo constante de diferentes características y color (blanco, amarillo, verde, grisáceo), olor característico. (Maldonado, Sauceda, Lartigue, 2008)

Autocuidado del vestuario y calzado:

Se le recomienda a la embarazada usar ropa holgada y ligera, evitar los zapatos de tacón alto y mejor usar un tacón bajo con buena base porque cuando incremente su peso, el punto de equilibrio cambia y evita accidentes por caídas. (Fox, 2018)

Efecto de las drogas durante el embarazo:

Consumo de alcohol

La ingestión elevada de alcohol durante el embarazo se ha asociado a malformaciones fetales y retrasos en el desarrollo, lo que incluye el síndrome alcohólico fetal. Sin embargo, se desconoce el umbral para un consumo seguro.

Un estudio prospectivo de cohorte de 2,900 embarazos en Australia dio seguimiento a los niños hasta los 14 años y no encontró una asociación entre el consumo de alcohol de leve a moderado (hasta 10 bebidas/semana) y problemas conductuales de los niños. Sin embargo, como resultado de posibles errores metodológicos en estos estudios, no se puede concluir con certeza que el consumo de alcohol a este nivel durante el embarazo sea seguro. (Fox, 2018)

Cafeína

La mayoría de los datos en humanos sugieren que la ingestión baja a moderada de cafeína en el embarazo no está asociada a ningún resultado adverso; sin embargo, existen pocos estudios de alta calidad metodológica (Maldonado y cols., (2008). Los estudios observacionales en humanos que examinan la ingestión de cafeína y la pérdida del embarazo tienen resultados mixtos, probablemente a consecuencia de defectos metodológicos inherentes a los estudios observacionales, como es el caso de las limitaciones que representan las variables de confusión como tabaquismo, ingestión de otros alimentos y otras elecciones de estilo de vida. (Fox, 2018)

Marihuana (Cannabis)

Es la sustancia ilícita más común utilizada durante el embarazo. La evidencia actual demuestra que el uso de marihuana en el embarazo no se asocia de manera independiente con el nacimiento pretérmino o el bajo peso al nacer (Maldonado y cols., (2008). La marihuana tampoco parece aumentar el riesgo de defectos del nacimiento, pero los estudios que examinan esto han sido pequeños, además de que las dosis no están reguladas y pueden variar significativamente. Las recomendaciones actuales son evitar el consumo de marihuana en el embarazo como resultado de las consideraciones relacionadas con el desarrollo neurológico del feto. (Fox, 2018)

Hábito de fumar

Fumar cigarrillos es perjudicial para la salud materna, (…). En lo que respecta específicamente al embarazo, fumar cigarrillos está asociado a pérdida espontánea del embarazo, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, bajo peso al nacer y muerte fetal. También se asocia a una reducción del riesgo de preeclampsia, aunque no se recomienda con este fin a causa de los numerosos efectos adversos. (Fox, 2018)

2.1.1.8 TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Dentro de su trayectoria como teorista, Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos, sin embargo, en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. (Vega y González, 2017)

Orem, (1991) en la cuarta edición de su modelo, describe los conceptos paradigmáticos que permiten la aplicación del modelo a través del proceso de enfermería, para una mejor comprensión y adecuada utilización se describen a continuación de la siguiente manera:

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. (Orem, 1991)

En todas las etapas de la vida, el autocuidado es esencial para conservar y mantener una buena salud. La mujer desempeña roles como madre, esposa e hija y, a menudo, antepone sus múltiples roles al cuidado de sí misma, lo que posiblemente puede influir en sus hábitos de salud. (Martínez y cols., 2016)

Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del

autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud. (Orem, 1991)

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. (Orem, 1991)

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. (Orem, 1991)

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida. (Orem, 1991)

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes. (Orem, 1991)

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la

persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. (Orem, 1991)

La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. (Meleis, 2007)

La Teoría del Autocuidado.

Orem, (1993) define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. Es la capacidad para realizar acciones, cuyo propósito es cuidar de sí mismo en forma integral. (Alcivar, Jovita, 2016)

El autocuidado en la salud de la mujer se entiende como el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su persona en forma integral de su propio desarrollo. (Alligood y Tomey, 2018)

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorothea E. Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos (Molinal, Sandra, Alenzuela, 2009):

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Todas las personas poseen las condiciones o requisitos universales de autocuidado que a continuación se mencionan (Naranjo et al. 2018):

Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimentos.

Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.

Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.

Promover el funcionamiento y el desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Además, el modelo que promueve Dorothea E. Orem tiene que cumplir principios del autocuidado (Naranjo y cols., 2016):

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud, descritos a continuación (Navarro y Castro, 2010):

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos

de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. (Orem, 1991)

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (Orem, 1991)

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. (Orem, 1991)

Enfermería como cuidados: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (Orem, 1991)

Epistemología: La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posibles después razonamientos deductivos sobre la enfermería. (Orem, 1991)

Con la intención de evitar posibles complicaciones, es necesario mantener una actitud de autocuidado, el cual se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones, cuyo propósito es cuidar de sí mismo. (Alligood y Tomey, 2018)

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e

identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (Naranjo, 2018). Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado. (Vega y González, 2017)

Orem plantea que la intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitima los cuidados de enfermería. (Vega y González, 2017)

El cuidado de uno mismo es el proceso de autocuidado, que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, pare ello requiere de un pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, las normas culturales y las conductas aprendidas, con el objetivo de tomar decisiones sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan. (Naranjo, 2018)

Limitaciones del cuidado, son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros. (Prado, 2014)

El aprendizaje del autocuidado, y el mantenimiento continuo son funciones humanas, son además los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. (Backes y cols., 2010)

Según Büscher (2010) las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente se describen como: la secuencia de acción de búsqueda de conocimientos, la secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos, las acciones expresivas interpersonales y la secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son (Prado y cols., 2014):

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo. (Navarro y Castro, 2010)

Cuando el déficit de autocuidado es identificado durante la atención a las embarazadas, el personal de enfermería puede compensarlo por medio del uso de los sistemas de enfermería descritos como: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del sujeto para ejecutar, regular o rechazar su autocuidado. (Vega y González, 2017)

La teoría de los Sistemas de Enfermería

La teoría de los Sistemas de enfermería se refiere a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a su autocuidado. (Alligood y Tomey, 2018)

Orem (1993) establece la existencia de los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería que son: la enfermera, el paciente o grupo de personas, los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Dorothea E, Orem establece la existencia de tres sistemas de enfermería que se proponen son (Vega y González, 2017):

1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado. 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 a adaptarse a cualquier incapacidad. (Vega y González, 2017)

2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no pude realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades. (Vega y González, 2017)

3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. (Naranjo y cols., 2016)

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades (Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2018). El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado (Vitor y cols. 2010)

2.1.1.9 Utilización del Modelo de Dorothea Orem

Cisneros (2005) en una publicación de febrero 2004, plantea los pasos que se deben seguir para aplicar la Teoría de Orem:

- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado. (Cisneros, 2005)
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente. (Cisneros, 2005)
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. (Cisneros, 2005)
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. (Cisneros, 2005)
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente. (Cisneros, 2005)

El objetivo principal del personal de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas terapéuticas de autocuidado de los pacientes y la meta es corregir el mismo, cubriendo los requerimientos/necesidades universales del desarrollo que limiten las desviaciones en la salud. (Salcedo et al., 2012)

Por tanto, Orem (1993) propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, basados en la relación de ayuda y/o suplencia del personal de enfermería hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

2.1.1.10 Factores Condicionantes Básicos (FCB)

Orem define los Factores Condicionantes Básicos (FCB) como las características distintivas de los sujetos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado y asegura que todos los individuos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida, la salud y el bienestar, y se alcanza a través de la Capacidad de Autocuidado (CAC), proceso que se aprende durante el crecimiento y que permite mejorar el estado de salud en general (Orem, D. E., 1993). La influencia que ejercen los FCB en una embarazada, es determinante para el bienestar de la madre y el futuro hijo, la modificación de hábitos higiénicos dietéticos, son responsables de ingresos hospitalarios y complicaciones. (Contreras y Jordán, 2011)

Según Naranjo (2018) los Factores condicionantes básicos son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido.

Dorothea E. Orem identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar. (Orem, 1993)

Como ya se ha identificado el llamado estado de los factores terapéuticos del autocuidado de las demandas de varias maneras. Algunos, tales como edad, sexo, y estado de desarrollo, así como los factores físicos del medio ambiente afectan el valor en que un requisito universal o de desarrollo de autocuidado deber ser cumplido. (Jaramillo, Martínez, Morales, 2016)

La teoría de Dorothea Orem describe cada uno de los factores condicionantes básicos.

Edad: determina el desarrollo de habilidades (agencia de autocuidado).

Sexo: identificación sexual-niveles hormonales

Estado de desarrollo Cognoscitivo – incluye estados permanentes, ejemplo: retardo mental.

Estado físico.

Estado psicosocial.

Experiencias relevantes de la vida.

2.1.1.11 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma

que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones. (Butcher et al., 2018)

Definición de intervenciones:

Se define como una intervención enfermera a todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. (Borja y Michelle, 2017)

Las intervenciones de enfermería requieren de un juicio inteligente por el profesional de enfermería, ya que, son legalmente responsables de su adecuada puesta en práctica" (Jiménez y cols., 2001). Las categorías enfermeras pueden clasificarse en dos categorías (Herdman, 2012):

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio de este o de un grupo de pacientes.

Además, teniendo en cuenta las funciones, el cuidado de enfermería se puede describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. Según este criterio existen las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes (Molina Gómez y cols., 2015):

Intervenciones independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud, ejemplos (Borja y Michelle, 2017):

- Valoración del paciente o la familia mediante el examen físico.
- Diagnóstico de las respuestas que necesitan actuaciones de enfermería.
- Medidas para motivar y aconsejar al paciente y su familia.

Intervenciones interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

Intervenciones dependientes: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo con el ámbito de competencia; como la administración de medicamentos, cambios de posición, fisioterapia pulmonar, movilización continua, cuidados a herida quirúrgica, entre otros. (Borja y Michelle, 2017)

Referente a la cita textual, Jiménez y cols., (2001) señalan: Para planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería (…) es indispensable que la (el) enfermera (o) realice la valoración, establezca los diagnósticos de enfermería y finalmente proyecte las intervenciones, que son los cuidados directos que se realizarán en beneficio de las pacientes. Estos aspectos engloban los iniciados por enfermería como resultado de sus diagnósticos y los indicados por el médico. Asimismo, estas intervenciones deben abarcar el cuidado directo al paciente en caso de incapacidad.

2.1.1.12 Normas para la formación de las intervenciones de enfermería

Córdova, Palacios, Sánchez, Saraí, (2012), refieren, que las intervenciones de enfermería son individuales: es decir, que trata de las necesidades físicas y emocionales concretas del paciente y para que sean individuales:

- Considerar las fortalezas y debilidades del paciente y la familia.
- Tener en cuenta la priorización del diagnóstico de enfermería, la urgencia y gravedad de la situación, que influyen en la intervención enfermera.
- Deben centrarse en los factores relacionados con el diagnóstico de enfermería.

Las intervenciones integran al paciente, la familia y el equipo de salud:

- La integración se consigue cuando el paciente participa en la planeación y asume un papel activo dentro de su restablecimiento.
- La participación de los miembros del equipo de salud, son útiles para la solución de problemas multidisciplinarios y determinar las intervenciones específicas para el mismo paciente.

- La participación de la familia es fundamental y útil para el paciente que no es capaz de expresar preferencias ni hacer sugerencias debido a trastornos en la conciencia, barreras lingüísticas y déficit de conocimientos.

2.1.2 Antecedentes investigativos

En artículos publicados basados en investigaciones realizadas en diferentes países de la región de las Américas, se destacan ciertos aspectos que traducen la situación actual como los datos obtenidos por Martínez, Olivos, Gómez, Cruz, (2016) en el artículo Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio, aplicando el método cuantitativo, cuasiexperimental y transversal, obtuvo como resultados, antes de las intervenciones educativas del personal de enfermería, las mujeres refirieron un autocuidado regular, después del programa de intervenciones, refirieron autocuidado regular, concluyendo que las intervenciones educativas de enfermería permitieron modificar el autocuidado al contribuir en la concientización, toma de decisiones y cambios de conducta. (Martínez y cols., 2016)

Naranjo, Concepción, Rodríguez (2018) en su artículo La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem, con el objetivo de fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado, concluye que la teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas.

Rogozinska y cols., (2017), estudiaron el “Efecto de las intervenciones basadas en la dieta y la actividad física en el embarazo sobre el aumento de peso gestacional y los resultados del embarazo”, con el objetivo de sintetizar la evidencia sobre los efectos globales y diferenciales de las intervenciones basadas en la dieta y la actividad física durante el embarazo, utilizando como diseño la revisión sistemática y metaanálisis de datos de participantes individuales, concluyeron que las intervenciones basadas en la dieta y la actividad física durante el embarazo reducen el aumento de peso durante la gestación y

disminuyen las probabilidades de cesárea. No hay evidencia de que los efectos difieran entre los subgrupos de mujeres.

Poma, Quevedo, (2013), realizaron un estudio cuasi experimental, sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación, en mujeres que acuden al control prenatal en el Subcentro de salud de Ricaurte” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación, aplicando la entrevista estructurada, concluyeron: las embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte tienen un déficit de conocimientos e inadecuadas actitudes y prácticas de autocuidado en el embarazo y que las mismas cambiarían con una intervención educacional. Con la ayuda de la intervención educativa se mejoró significativamente el autocuidado de las gestantes en cuanto a: alimentación, vestimenta, higiene, actividades, ejercicio, cuidados del recién nacido.

Barragán y cols., (2012) realizaron un estudio cuantitativo preexperimental mediante un programa de intervención educativa de enfermería dirigida a fortalecer los conocimientos de autocuidado en el embarazo, y los resultados obtenidos a través del post-test evidenciaron que el nivel de conocimientos de autocuidado de las embarazadas se incrementó, siendo favorable la intervención educativa del personal enfermería en el conocimiento sobre autocuidado de las embarazadas.

Rojas, Salas, Olivera, Emeli, (2017), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, titulado “Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del centro de salud 'Collique III Zona', Comas–2014”, con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas de un Centro de Salud del Cono Norte, obteniendo como resultados: el nivel de prácticas sobre el autocuidado global en las gestantes es bueno con un 69.16 %. El nivel de prácticas en la dimensión de autocuidado general es bueno con un 87.85 %; en desarrollo personal e interacción social es regular con un 60.75 % y en conocimientos específicos de salud es regular con un 45.79%.

Maldonado, (2016) concluye en su investigación como se observó la mejoría en el nivel de conocimientos ya que el puntaje previo a la intervención fue de 32.96 (nivel medio) en comparación con el puntaje promedio post intervención que fue de 53.33 (nivel alto) con la cual hubo un aumento de 20.37 puntos. Afirma sobre el valor que tiene el efecto de una intervención educativa y participativa en el cuidado de su salud, donde las mujeres reconocen signos y síntomas de alarma obstétrica y saben qué hacer en el momento que ocurren, saben tomar decisiones y acuden oportunamente a la unidad de médica, donde el profesional de salud interviene oportunamente ayudando a reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

Son múltiples las investigaciones y los programas de promoción de salud internacionales y nacionales desarrollados con el objetivo de mejorar las prácticas de autocuidado durante el embarazo, pero no siempre logran alcanzar el objetivo propuesto.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

Si se lograra identificar las intervenciones de enfermería que están en relación con la aplicación de la Teoría de Orem, se pudiera mejorar la capacidad de autocuidado de las embarazadas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos durante el período comprendido desde octubre 2018 a abril de 2019.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Intervenciones de enfermería.

2.3.2 Variables Dependientes

Teoría de Orem.

2.3.3 Variables intervinientes

Factores condicionantes básicos.

2.3.3 Operacionalización de las Variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Teoría de Orem	Teoría general de enfermería con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud, la vida y recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. (Orem, 1993)	**<u>Autocuidado</u>** **Higiene, cuidados personales y alimentación** • Realiza ejercicios por 30 min • Realiza actividades domésticas • Realiza actividades laborales • Duerme más de 6 horas en la noche • Descansa durante el día • Realiza actividades recreativas en la semana • Se cepilla los dientes • Deja de asistir a consulta odontológica • Higiene de genitales de adelante hacia atrás • Realizarse duchas vaginales • Utiliza ropas que permiten movimientos • Consume leche y derivados • Consume carne, pollos, pescado, vísceras • Consume verduras • Están presentes la frutas • Consume leguminosas y tubérculos. • Toma 7-8 vasos de agua al día	Siempre Algunas veces Nunca	Porciento

		<u>Déficit de autocuidado</u> **Consumo de sustancias no beneficiosas** • ¿Toma 3 tazas de café al día? • ¿Evita fumar? • ¿Evita consumir licor? • ¿Consumo de alguna sustancia adictiva?	Siempre Algunas veces Nunca	Porciento
		<u>Sistemas de apoyo</u> • Cumple recomendaciones de personal de salud • Busca apoyo familiar, de amigos. • No acostumbra a pedir apoyo. • Necesita que le demuestren que la quieren. • Asiste a controles prenatales programados	Siempre Algunas veces Nunca	Porciento

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Intervenciones de enfermería	Cualquier tratamiento de cuidados, que realiza un profesional de la enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico. Las intervenciones describen, por tanto, conductas que realizan las	Busca apoyo en personal de enfermería.	Nunca Algunas veces Siempre	Porciento
		Orientación sobre medidas de autocuidado	Nunca Algunas veces Siempre	Porciento
		Reconoce necesidades de salud durante la atención prenatal.	Nunca Algunas veces Siempre	Porciento

	enfermeras para solucionar problemas.	Enfermería brinda información y educación sobre maternidad y paternidad.	Nunca Algunas veces Siempre	Porciento

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Factores condicionantes básicos	Características distintivas que afectan las capacidades de los individuos para ocuparse de su autocuidado	Grupo etario a que pertenece las gestantes	< 15 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años Más de 35 años	Porciento
		Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior Ninguna	Porciento
		Ocupación	Ama de casa Obrera Estudiante Profesional Comerciante	Porciento
		Estado civil	Soltera Casada Unión libre Viuda	Porciento
		Nivel socioeconómico	Bajo (≤ 380 dólares) Medio (>380 dólares) Alto (+ 1000 dólares)	Porciento

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación.

El estudio se basó en el método histórico-lógico porque se partió del desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento a la teoría de Dorothea Orem mediante las intervenciones en enfermería. Se sustentó en los métodos inductivo-deductivo, en función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa. En el estudio, se utilizó para el análisis e interpretación de los datos que resultaron de los instrumentos aplicados y para determinar la suficiencia y representatividad del objeto de estudio.

3.2 Modalidad de la investigación

El enfoque metodológico de la investigación, según el nivel de medición y análisis de la información fue de tipo cuali-cuantitativo, permitiendo la recopilación adecuada de datos de fuentes documentales que expusieron las intervenciones en enfermería y su relación con la aplicación de la teoría de Orem durante el embarazo.

3.3 Tipo de Investigación

Se realizó una investigación de campo, exploratoria y descriptiva. Con relación al propósito aplicada y el diseño concebido de tipo transversal en tanto se procedió a analizar las variables en un tiempo específico dentro del período comprendido de octubre de 2018 a abril de 2019.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

- Observación científica no estructurada y directa

Se llevó a cabo por las investigadoras la que fue primordial para la recopilación de datos confiables desde el punto de vista observacional sobre las embarazadas en general de acuerdo con la temática planteada.

- Encuesta

Se aplicó un cuestionario que permitió obtener información directa de las embarazadas e identificar las prácticas de autocuidado que permitieron relacionar la teoría de Orem con las intervenciones de enfermería.

3.4.2 Instrumento

Se utilizó un cuestionario que se elaboró por la investigadora y que se validó por la docente-tutora y otras dos docentes afines al tema tratado; el cual se aplicó a las embarazadas que acudieron para ser atendidas al Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos.

El instrumento estuvo conformado inicialmente por una serie de datos generales y luego 31 ítems, que contemplan las dimensiones que darán salida a los objetivos planteados.

En las dimensiones de autocuidado a evaluar se diseñaron preguntas que responden a las intervenciones que debe realizar el personal de enfermería y las gestantes en sus prácticas de autocuidado.

3.5 Universo y Muestra

3.5.1 Universo

El universo del estudio estuvo conformado por 30 embarazadas que acuden al Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos.

3.5.2 Muestra

Se empleó un muestreo no probabilístico intencional, por tratarse de una población finita y pequeña a la que se aplicó la encuesta bajo criterios de inclusión y exclusión establecidos por las investigadoras, quedando constituida la muestra por las 30 embarazadas.

Criterios de inclusión

- Mujeres que acepten participar en la investigación.
- Mujeres embarazadas.
- Embarazo sin complicaciones.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no están embarazadas.
- Mujeres que no quisieron participar en la investigación.

Una vez ubicadas las embarazadas, se les visitó con previo aviso para evitar algún imprevisto, se les informó el objetivo de la investigación, conforme a su autorización, se les entregó la carta de consentimiento informado, donde ellas permiten la difusión de los resultados con fines exclusivamente científicos, se respetó la confidencialidad y anonimato.

3.6 Cronograma del Proyecto

N°	MESES/ SEMANAS	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL		
	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1	Selección de Tema																											
2	Elaboración del perfil o tema. (1 etapa)																											
3	Aprobación de tema (1 etapa)																											
4	Recopilación de la Información																											
5	Desarrollo del capítulo I																											
6	Desarrollo del capítulo II																											
7	Desarrollo del capítulo III																											
8	Presentación y sustentación del proyecto (2 etapa)																											
9	Elaboración de las encuestas (3 etapa)																											
10	Aplicación de las encuestas																											
11	Tamización de la información																											
12	Desarrollo del capítulo IV																											
13	Elaboración de propuesta teórica alternativa																											
14	Análisis a través del sistema URKUND																											
15	Presentación del Informe Final (3 etapa)																											
16	Sustentación																											

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

Recursos humanos	Nombres y apellidos
Investigadores	Emelie Mercedes Viteri Murillo
	Gisella Elizabeth Carriel Guerrero
Asesor del proyecto de investigación	Pscl. Martha Del Rocio Vera Garcia PhD.

3.7.2 Recursos económicos

Recursos Económicos	INVERSIÓN
Seminarios de Tesis	30
Internet	30
Primer Material Escrito en Borrador	25
Material Bibliográfico	25
Copias a colores	20
Fotocopia Final	25
Fotografías	5
Empastada	20
Alquiler de equipo de informática	20
Material de escritorio	10
Alimentación	25
Movilización en transporte	20
Total	255

3.8 Plan de tabulación y análisis de datos

Con base a los datos obtenidos de la muestra, y para dar salida a los objetivos planteados, se diseñaron tablas de frecuencia y porcentajes, que permitió el análisis e interpretación de los resultados. Estos datos se tabularon y digitalizaron para confeccionar la matriz de datos.

Para la investigación se trabajó con las intervenciones de enfermería utilizando la metodología de la intervención de enfermería y la aplicación del modelo de Dorothea Orem en las embarazadas. Se aplicó la teoría de Orem a través de las intervenciones de enfermería. Con la valoración se inicia el proceso de enfermería y comienza también la utilización del modelo de Orem.

Para el análisis de los resultados se diseñó el paralelo que existe entre la teoría de Orem y las intervenciones de enfermería con el objetivo de facilitar la comprensión y dar salida a los objetivos planteados.

Tabla 1. Paralelo planteado entre la Teoría de Orem y las intervenciones de enfermería. (Naranjo y cols., (2018)

Teoría de Orem	Intervenciones de enfermería
Teoría de Autocuidado: ▪ Autocuidado ▪ Requisitos de Autocuidado	Valoración: ▪ Detectar los requisitos de autocuidados que comparten las embarazadas. ▪ Detectar demanda de autocuidado de las embarazadas.
Teoría de Déficit de Autocuidado: ▪ Demanda terapéutica. ▪ Agencia de Autocuidado. ▪ Déficit de Autocuidado.	Continúa la valoración: ▪ Evaluar la agencia de autocuidado de las embarazadas. ▪ Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tienen en las embarazadas.

	Diagnóstico: ▪ Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. ▪ Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.
Teoría de Sistemas: ▪ Agencia de enfermería. ▪ Sistema de enfermería.	Planificación - Ejecución de las intervenciones – Evaluaciones: ▪ Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda. ▪ Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda.

3.8.1 Base de datos

Para el análisis estadístico de la información, se realizó una base de datos en Microsoft Office Excel, con posterior procesamiento cuantitativo y cualitativo de los datos mediante el mismo programa.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

El programa Excel del paquete office se utilizó para el procesamiento de los datos para lo cual se utilizó un computador personal con Windows 8. Los resultados se muestran en cuadros simples y cuadros comparativos

Los métodos estadísticos-matemáticos contribuyeron a tabular y procesar los datos empíricos que se obtuvieron utilizando la distribución de frecuencias de datos y cálculos de los porcentajes de las variables. La interpretación de los resultados sirvió de sustento para elaborar las conclusiones y recomendaciones.

El procesamiento y análisis de los datos obtenidos por medio de la encuesta se realizó con el uso de una computadora de mesa, con un entorno de Windows 10. Los datos fueron procesados dentro del programa del paquete de Microsoft Excel, donde se aplicaron distintos métodos de tabulación y procesamiento de la información, y de esta manera obtener resultados, mediante la aplicación de fórmulas matemáticas y estadísticas, siendo presentados en tablas simples.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

El presente trabajo científico estuvo conformado por una población de 30 embarazadas pertenecientes a la comunidad Barreiro ubicada en la ciudad de Babahoyo, provincia Los Ríos, en el período de tiempo transcurrido desde octubre 2018 hasta abril 2019, a su vez la muestra quedó constituida por la misma población debido al tamaño pequeño y la facilidad de encuestar, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión previamente elaborados por las investigadoras.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las embarazadas.

Variables	Categorías	n=30	100 %
Edad	< 15 años	1	3.33
	15 a 19 años	5	16.6
	20 a 24 años	11	**36.6**
	25 a 29 años	8	26.6
	30 a 34 años	4	13.3
	Más de 35 años	1	3.33
Nivel de instrucción	Primaria	3	10
	Secundaria	19	**63.3**
	Superior	8	26.6
	Ninguna	0	0
Ocupación	Ama de casa	21	**70**
	Obrera	0	0
	Estudiante	7	23,3
	Profesional	1	3,33
	Comerciante	1	3,33
Estado civil	Soltera	1	3,33
	Casada	8	26,6
	Unión libre	21	**70**
	Viuda	0	0
Nivel socioeconómico	Bajo (≤ 380 dólares)	26	**86,6**
	Medio (>380 dólares)	3	10
	Alto (+ 1000 dólares)	1	3,33

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras.

Análisis. En la tabla 2 se observa que el predominio de edad oscila entre los 20 a 24 años con un 36, 6 % seguido del grupo de 25 a 29 años (26,6 %).

Tabla 3. Actividad física y descanso de las embarazadas

Actividad física y descanso	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ejercicio por treinta minutos tres veces por semana	15	50	13	43,3	2	6,6
Actividades domésticas que le produzcan cansancio	7	23,3	16	53,3	7	23,3
Duerme 6 horas durante la noche	2	6,6	13	43,3	15	50
Actividades laborales que produzcan cansancio	13	43,3	13	43,3	4	13,3
Tiempo de descanso durante el día	2	6,6	16	53,3	12	40
Actividades recreativas una vez por semana	1	3,3	21	70	8	26,6

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras.

Análisis. Analizando la actividad física y descanso (tabla 3), encontramos los siguientes resultados, ante la realización de ejercicio por treinta minutos tres veces por semana el 50 % de las gestantes nunca toman tiempo para realizar ejercicios físicos, sólo el 43,3 % realiza algunas veces ejercicio; 53, 3 % de las gestantes algunas veces evitan realizar actividades domésticas que le produjeran cansancio, el 50 % siempre duerme por más de seis horas durante la noche, 43, 3 % nunca y algunas veces respectivamente realizan actividades laborales que le producen cansancio, el 53, 3 % algunas veces dedican tiempo para descansar durante el día seguidas del 40 % que siempre lo dedican y el 96,6 % algunas veces o siempre realizan actividades recreativas por lo menos una vez a la semana.

Tabla 4. Higiene y cuidados personales de las embarazadas

Higiene y cuidados personales	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Cepilla los dientes después de cada comida	0	0	6	20	24	80
Deja de asistir a consulta de odontología	25	83,3	4	13, 3	1	3,3
Limpieza de genitales de adelante hacia atrás.	1	3,3	7	23,3	22	73,3
Realiza duchas vaginales internas	0	0	12	40	18	60
Utiliza ropa que permite libertad de movimientos.	0	0	3	10	27	90

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora

Análisis. Con relación a la higiene y cuidados personales (tabla 4), se encontró que el 80 % siempre realizan el cepillado de los dientes después de las comidas, el 83,3 % nunca deja de asistir a la consulta odontológica, el 73,3 % realizan siempre la limpieza de los genitales de adelante hacia atrás disminuyendo así el riesgo de infecciones de las vías urinarias y vaginales por traslado de microorganismos, el 60 % siempre realizan duchas vaginales internas. La asistencia a los controles odontológicos, un buen control del cepillado juntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal, dieta, y el examen bucal periódico, son intervenciones que contribuirá a disminuir o controlar estas alteraciones.

Tabla 5. Alimentación de las embarazadas.

Alimentación	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Consume 3 o 4 veces leche o derivados al día.	5	16,6	12	40	13	43,3
Consume dos porciones al día de carne, pollo, pescado o vísceras.	3	10	10	33,3	17	56,6
Consume dos porciones de verduras	7	23,3	10	33,3	13	43,3
En la alimentación diaria están presentes las frutas	5	16,6	19	63,3	6	20
Consume de 4 a 5 cucharadas de leguminosas al día.	12	40	8	26,6	10	33,3
Consume más de dos porciones de tubérculos al día.	5	16,6	13	43,3	12	40
Toma al día entre 7 y 8 vasos de líquido.	1	3,3	12	40	17	56,6

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras.

Análisis. La tabla 5, hace referencia a las prácticas de alimentación de las embarazadas, el primer ítem relacionado con el consumo de leche y sus derivados 3 o 4 veces al día, encontramos que el 43,3 % siempre consume estos alimentos seguidas del 40 % algunas veces y un 16,6 % nunca los consume; el 56,6 % siempre consume dos porciones, bien sea pescado, pollo, carne o vísceras y el 10 % no los consume; 43,3 % siempre consume verduras seguidas del 33,3 % que las consume algunas veces, el 23,3 % no consume verduras; el 63,3 % algunas veces procuran tener frutas en su alimentación diaria y un 16,6 % nunca las consume; el 40 % nunca consume de 4 a 5 cucharaditas de leguminosas al día, observándose déficit de autocuidado; el 43,3 % algunas veces consumen más de dos porciones de tubérculos, el 40 % siempre, el 16,6 % no consume tubérculos y el 56,6 % de las gestantes siempre toman al día entre 7 y 8 vasos de líquido, el 3,3 % toma poca agua.

Tabla 6. Sistema de apoyo

Sistemas de apoyo	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Cumple las recomendaciones dadas por el personal de salud.	0	0	13	43,3	17	56,6
Busca apoyo económico cuando lo requiere.	8	26,6	11	36,6	11	36,6
No acostumbra a solicitar ayuda en los trabajos de la casa cuando lo requiere.	0	0	15	50	15	50
Necesita que familia y amigos le demuestren que lo quieren.	18	60	8	26,6	4	13,3
Asiste a controles prenatales programados.	6	20	4	13,3	20	66,6

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras.

Análisis. En la tabla 6 se pueden observar algunos sistemas de apoyo que utilizan las embarazadas relacionadas con su autocuidado como el equilibrio entre la interacción social y la soledad, donde el 56, 6 % siempre cumple las recomendaciones que brinda el personal de salud seguidas del 43,3 % algunas veces; 73,2 % siempre o algunas veces busca apoyo económico cuando lo requiere, el 100 % algunas veces o siempre no acostumbra a solicitar ayuda en los trabajos de la casa cuando lo requiere; el 60 % nunca necesita que familiares y amigos le demuestren que lo quieren y el 66, 6 % asiste a los controles prenatales programados seguidas del 40 % que nunca asiste .

Tabla 7. Consumo de sustancias no beneficiosas por las embarazadas.

Consumo de sustancias no beneficiosas	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Toma tres tazas de café al día.	21	70	4	13,3	5	16,6
Evita fumar durante la gestación.	0	0	0	0	30	100
Evita consumir licor durante la gestación.	0	0	0	0	30	100
Consume sustancias que produzca adicción.	30	100	0	0	0	0

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras.

Análisis. Con respecto al consumo de sustancias no beneficiosas se encontró que el 29,9 % de las gestantes siempre y algunas veces toman más de tres tazas de café al día; el 100 % siempre evita fumar durante el embarazo y nunca consumen sustancias adictivas.

Tabla 8. Intervenciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Busca apoyo en el personal de enfermería.	5	16,6	21	70	4	13,3
Recibe orientación sobre medidas de autocuidado.	4	13,3	15	50	11	36,6
Personal de enfermería reconoce necesidades de salud durante la atención prenatal.	2	6,6	20	66,6	8	26,6
Enfermería brinda información sobre maternidad y paternidad	5	16,6	17	56,6	8	26,6

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras.

Análisis. En la tabla 7 se puede observar algunas de las intervenciones de enfermería durante la gestación, el 70 % de las embarazadas algunas veces buscan apoyo en el personal de enfermería y nunca 16,6%; el 50 % algunas veces reciben orientaciones sobre las medidas del autocuidado; el 66.6 % respondió que algunas veces el personal de enfermería reconoce sus necesidades de salud y el 56.6 % reconoce que el personal de enfermería algunas veces brinda información sobre maternidad y paternidad a la gestante y su pareja. Se cumplen las intervenciones de enfermería en más del 50 % a veces o siempre.

4.2 Análisis e interpretación de datos

La situación en el autocuidado durante la gestación ha sido durante mucho tiempo motivo de preocupación para los prestadores de servicios de salud, pues, aunque existen logros, existen factores que interfieren con el trabajo de las instituciones de salud. El presente estudio demostró que la capacidad de autocuidado materno se relaciona con el estado de salud como factor de condicionamiento básico, lo que demuestra la importancia de los factores sociodemográficos en la influencia de la conservación de la salud.

Lo anteriormente concuerda con lo señalado por Orem, 1993 en sus conceptos donde plantea que los factores condicionantes básicos permiten garantizar el autocuidado de las personas, dentro de los que agrupa algunas variables que fueron seleccionadas para los propósitos específicos de este estudio, tales como la edad, nivel de instrucción, ocupación, estado civil y la situación socioeconómica. La influencia que ejercen los Factores Condicionantes Básicos en una embarazada es determinante para el bienestar de la madre y el futuro hijo.

Se determinó que las embarazadas de 20 a 24 años estuvieron mayormente representadas en un 36.6 %, resultado similar al encontrado por Álvarez Orozco donde el 33 % de las gestantes eran mayores de 19 años. Las autoras consideran que es importante tener en cuenta lo planteado por Orem (1993) en relación a la práctica de las actividades donde las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo influyen en el interés de mantener su funcionamiento a través del autocuidado.

Rojas Oria y cols., 2017 plantean que las variables socioeconómicas influyen en el aprendizaje, en relación con ello la presente investigación encontró que, en lo referente al indicador de nivel de instrucción, los resultados reportaron que la mayoría de las gestantes cuentan con estudios de secundaria, lo cual no es muy aceptable para la sociedad; porque puede influir en el nivel de conocimientos para el autocuidado. Trujillo L. et al, encuentra en su investigación que tener bajos ingresos económicos incrementa el déficit en el consumo de alimentos con aporte

de micronutrientes, así mismo llega a la conclusión que las gestantes desconocen sobre el tema

La ocupación y el estado civil son variables demográficas utilizadas para analizar la relación con el estado de salud. En este trabajo el 70 % de las mujeres embarazadas son amas de casa y el mismo porcentaje está en unión libre, por su estado la mayoría abandona las actividades estudiantiles y laborales para dedicarse al cuidado de su salud, lo cual es un aspecto negativo, debido a que estas mujeres no ocupan su tiempo libre en actividades productivas de tipo económica y/o intelectual que les permita obtener ingresos para garantizar un adecuado estado de salud.

Con respecto al nivel socioeconómico, se evidenció que el 86,6 % de las embarazadas sólo contaban con un salario mínimo, situación que las hace más vulnerables, propicia la generación de situaciones estresantes. Esta situación genera desigualdad en salud, con aumenta de la morbimortalidad y baja utilización de los servicios médico-preventivos, así como un mayor porcentaje de hábitos nocivos para la salud de las más vulnerables.

Al proceder a analizar la relación de las intervenciones de enfermería, a través de la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, se obtienen los siguientes resultados:

ETAPA DE VALORACIÓN

Al analizar los REQUISITOS DE ATOCUIDADO, se detectaron dos tipos de requisitos universales, el de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano, ya que las embarazadas necesitan equilibrio entre las actividades y el descanso, recreación; el segundo tipo de requisito detectado fue el mantenimiento de una ingesta adecuada y suficiente de alimentos, ya que un porcentaje importante de las embarazadas nunca consumen algunas porciones diarias de alimentos por lo que producen desequilibrios alimentarios.

La detección de la DEMANDA TERAPÉUTICA DE ATOCUIDADO, que corresponde a las sumas de las actividades que se requieren para garantizar los requisitos de autocuidado y el AUTOCUIDADO realizado por las embarazadas, es decir donde se evaluó las actividades que ellas realizan para su propio cuidado, queda descrito en las tablas 3, 4 y 5.

El ejercicio físico y el descanso son actividades que generan grandes beneficios durante el embarazo; sin embargo, las embarazadas del estudio al no realizar ejercicios físicos con mayor frecuencia desconocen las ventajas de este para la salud durante la gestación, criterio que se corresponde con lo planteado por Arévalo Sánchez.

Según González 2018, el ejercicio mejora la capacidad cardiorrespiratoria, el proceso de circulación, siendo evidente en la no aparición de complicaciones como las várices, fortalece la musculatura contribuyendo a la preparación para el parto, le permite a la gestante no subir de peso fácilmente, mejora la oxigenación de los tejidos, además brinda relajación para evitar el estrés.

Las gestantes del estudio, aunque solo algunas veces realizan actividades recreativas, se encontró que utilizan otras formas de recrearse como visitar a la familia, ver programas televisivos con la finalidad de aprovechar el tiempo libre. Oliveros y Aparicio, 2011 plantean que las actividades recreativas generan momentos de distracción que influyen directamente en la salud mental de la gestante.

El equilibrio entre actividad, sueño y descanso, cada una repercute sobre la otra para mejorar el propio bienestar de la embarazada, pese a la contundencia científica disponible es necesario la realización de ejercicio, pues trae consigo múltiples beneficios, aumenta la energía, mejora el sueño, alivia la tensión y controla el aumento de peso (Alanis y cols., 2015)

Dentro del análisis realizado al ítem de higiene y cuidados personales, el 60 % realiza duchas vaginales internas. Los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el pH y favorecer las infecciones Maldonado y cols, (2008). El resto de los resultados obtenido coinciden con los de Rodríguez y López, (2003) plantean que todas las mujeres en el estado de gestación son propensas a padecer cambios en su organismo, pero no quiere decir que todas lleven implícitas las alteraciones aquí descritas. Este estudio coincide con la investigación realizada por Oliveros y Aparicio en Colombia sobre las prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer. En ese estudio tienen buenas prácticas de higiene y cuidados personales.

La alimentación durante la gestación no solo implica consumir las 3 comidas principales, la OMS recomienda que la mujer durante la gestación debe de complementar 1 ración más de alimentos diario como mínimo, además que estas deben de estar proporcionalmente distribuidas por alimentos constructores, energéticos y reguladores. (de la Salud, 2012)

Con relación al control prenatal programado el mayor porcentaje asiste, sin embargo, hay que señalar que existe una cantidad de embarazadas que no asiste a los controles prenatales, este dato coincide con el estudio de Alanis y cols. 2015 que revelan la misma situación. La OMS, (2016) plantea que la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades

Es necesario hacer una valoración integral de la capacidades de las embarazadas de ejercer sus conductas de autocuidado, es decir lo que Orem denomina en su teoría AGENCIA DE AUTOCUIDADO. Los resultados de las encuestas revelan que las mujeres gestantes del estudio en su mayoría tienen un nivel educacional secundaria, evaluado como adecuado, que le permite recibir información acerca de las recomendaciones de autocuidado que orienta el personal de enfermería en los controles prenatales a los que asiste siempre o algunas veces, además, se evidenció que las gestantes ejercen su conducta de autocuidado evitando el consumo de sustancias no beneficiosas, solo un 29,9 % consume café algunas veces y siempre. Estos resultados se corresponden con el estudio de Navarro y Castro (2010) que concluye que los pacientes tienen conocimientos, reciben información y tienen capacidad para ejercer su autocuidado.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

En las tablas 3, 4 y 5 se puede observar que existe un desequilibrio entre algunas de las demandas terapéuticas y las conductas de autocuidado realizadas por las embarazadas, específicamente en la realización de ejercicios físicos, descanso, actividad recreativa, higiene de los genitales, la ingestión de alimentos y líquidos durante el día, de tal manera que se detectó un DÉFICIT DE AUTOCUIDADO, surgiendo así los siguientes diagnósticos:

No se cumple el autocuidado eficazmente, riesgo de desarrollo de complicaciones, manifestado por el incumplimiento de la alimentación adecuada y el consumo de líquidos, realizar labores que le producen cansancio, la inadecuada higiene de los genitales, la no asistencia a los controles prenatales programados.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN

A partir de los resultados de las encuestas se encontró un déficit de autocuidado, que el personal de enfermería lo aborda a través de un SISTEMA DE ENFERMERÍA, en este caso al evaluar la ejecución de algunas intervenciones de enfermería y el sistema de apoyo de familiares y amigos se encontró que la

mayoría cumple las recomendaciones dadas por el personal de salud, sin embargo, buscan apoyo económico y de salud cuando lo requiere ya sea a la familia o al personal de enfermería. Mediante el sistema apoyo – educación, las embarazadas que participaron en la investigación reciben orientación sobre medidas de autocuidado, las enfermeras reconocen las necesidades de salud durante la atención prenatal, además, las enfermeras brindan información sobre maternidad y paternidad, por tanto, a través de este sistema ayudan a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (Naranjo y cols. 2016).

4.3 CONCLUSIONES

Se evidenció que el perfil sociodemográfico estuvo caracterizado por embarazadas entre los 20 a 24 años, con estudios de secundaria, en unión libre, dedicadas a ser amas de casa, con un nivel socioeconómico bajo.

En las embarazas de la investigación se confirmó el déficit de autocuidado, principalmente en la realización de ejercicios físicos, realizar labores que le producen cansancio, la realización de duchas vaginales internas y en el no consumo de porciones de alimentos diarios.

Se demostró que el personal de enfermería realiza intervenciones de apoyo educativo orientando medidas de autocuidado, reconoce las necesidades de salud de las embarazadas durante la atención prenatal y brinda información sobre maternidad y paternidad.

La aplicación de la teoría de Orem y las intervenciones de enfermería mostraron correspondencia, expresada en la capacidad de decidir y actuar de las embarazadas que permitieron identificar situaciones que guían su propio autocuidado con el apoyo del personal de enfermería. El modelo de Orem aportó la base teórica de la investigación que orienta los cuidados de enfermería para brindar una atención de calidad y las intervenciones de enfermería representaron la herramienta que permitió a las embarazadas tomar decisiones sobre su salud y realizar cuidados a través de un método planificado.

4.4 RECOMENDACIONES

Fomentar la asociación del uso de la teoría de Orem a las intervenciones de enfermería como herramienta para brindar los cuidados de manera organizada y sistematizada.

Modificar hábitos y estilos de vida que poseen las embarazadas, relacionados con prácticas de autocuidado inadecuadas, los cuales propician la ocurrencia de embarazos de riesgo, a través de la atención comunitaria y el sistema de apoyo educativo de enfermería.

Generar mayores evidencias científicas, a través de trabajos de investigación que sistematicen y registren las prácticas de autocuidado mediante la aplicación de los modelos de enfermería y el proceso enfermero.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

Intervención educativa para fortalecer el autocuidado durante la atención prenatal en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo. Los Ríos.

5.2 Antecedentes

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron Culto de sí, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. El cuidado de sí incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la mesura, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma. Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado. (Correa, 2015)

Históricamente el profesional de enfermería ha contribuido en brindar importantes aportaciones en los programas de salud a nivel preventivo y de promoción a la salud. La enfermera propicia que la población participe consciente y permanentemente para el logro de objetivos comunes que le beneficien, es decir, aplica la educación sanitaria e imparte información a las personas para cuidarse a sí mismas, modelo que hoy se denomina autocuidado. En este sentido, una de las funciones de este profesional es, justamente, realizar actividades de educación para la salud y apoyar el autocuidado de la paciente embarazada, por lo que es posible afirmar que la enfermera participa como un catalizador en el cuidado de la salud de la población. (Sánchez, Hernández, Lartigue, 2007)

Para el análisis del concepto de autocuidado se debe partir de los conceptos planteados por Heidegger respecto al cuidado como forma de ser esencialmente ética, además, plantea que el cuidado es existencialmente la prioridad a toda posición y conducta fáctica del ser ubicado. El autocuidado ubica el cuidado referenciado a sí mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida. (Escobar, Franco, Duque, 2011)

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (Escobar, Franco, Duque, 2011)

5.3 Justificación

El embarazo es un estado de la mujer que implica cambios físicos, psicológicos y sociales que requiere mayores cuidados, el cual debe contemplar la atención prenatal para verificar el estado de salud de la futura madre, con la intención de mantener una actitud adecuada de autocuidado y evitar futuras complicaciones.

El incremento en los conocimientos sobre las formas de autocuidado y sus prácticas son de gran apoyo tanto para la mujer embarazada como para el sistema de salud que la atiende, pues se pueden prevenir complicaciones, promover una participación en tiempo, así como dar atención de manera oportuna a las mismas y dar vigilancia al embarazo. (Campana, Kelly, Flores, Barrenechea, 2018)

En Ecuador en los últimos años en investigaciones realizadas se ha encontrado desconocimiento de autocuidado sobre relaciones sexuales precoces, automedicación, equilibrio en la alimentación, inasistencia a los controles

prenatales. En este sentido se han tomado medidas por el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de promocionar hábitos y conductas saludables durante la gestación.

Por todo lo antes expuesto, se concibe la presente propuesta de intervención educativa en la comunidad que pertenece al Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos, con el propósito de lograr cambios sustanciales una vez aplicada y revertir las siguientes realidades encontradas:

1. Desconocimiento de las prácticas relacionadas con el autocuidado durante el embarazo, el equilibrio en la alimentación, importancia del aseo adecuado, asistencia a los controles prenatales y su importancia, actividad física y descanso, evitar el consumo de sustancias no beneficiosas.

2. Falta de información sobre el sistema de apoyo a través del personal de enfermería para garantizar una maternidad y paternidad responsable.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo General

Contribuir a que las embrazadas compensen el déficit de autocuidado, y con ello mejorar las demandas de autocuidado que les exige la gestación.

5.4.2 Objetivos Específicos

Capacitar a las mujeres embarazadas, familias y líderes comunitarios, a través de técnicas educativas, participativas y comunicacionales, sobre el autocuidado, permitiendo que, a mediano plazo, se puedan alcanzar modificaciones en sus conocimientos, hábitos y conductas ante el autocuidado.

Diseñar un plan de acciones a través de intervenciones educativas, que permitan elevar el conocimiento y la responsabilidad ante la maternidad y la paternidad.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta

5.5.1 Estructura general y componentes

La propuesta está proyectada a educar a las mujeres, especialmente a las embarazadas, para que adquieran conocimientos sobre las prácticas de autocuidado, alimentación según necesidades, mejorar la resolución de problemas personales, el ejercicio y la actividad física, control y uso de medicamentos, seguimiento de prescripciones realizadas durante el control prenatal, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado durante la enfermedad.

De acuerdo con lo planteado en los objetivos dentro de la propuesta, esta intervención logrará transmitir de forma clara y precisa, la información veraz concerniente al tema que es de interés tanto para las embarazadas y sus parejas, familiares, líderes comunitarios y otros profesionales de salud. Se buscará fomentar en este grupo poblacional, iniciativas para buscar el bienestar deseado, cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado propio y colectivo, requerir internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso consigo mismo, utilizando un lenguaje accesible, encaminado a la promoción de prácticas de autocuidado adecuadas.

Se emplearán diferentes técnicas participativas y herramientas que faciliten el método de enseñanza-aprendizaje, entre las cuales incluyen: lluvia de ideas, palabras claves, cadenas de asociaciones, afiches, preguntas y respuestas, el Marciano, analizar una historia, valoración de personajes, socio dramas, juegos de roles, análisis de tareas grupales, los cuales estarán basados principalmente en las prácticas de autocuidado, todo lo cual se transmitirá de manera interactiva para que las personas puedan participar y responder a sus interrogantes.

Sesión tipo de las charlas

Planificadas de acuerdo con objetivos y necesidades planteadas por el grupo.

• Explicar objetivos de la sesión y etapas a desarrollar

• Propiciar diálogo inicial sobre el tema (Facilitador también participa)

• Construir teorización sobre el tema (Educación tiene dirección)

• Llevar el aprendizaje a situaciones cotidianas, evaluando e intencionado ciertos cambios que promuevan el autocuidado

• Cerrar sesión (evaluar aprendizajes y dinámica)

• Favorecer intercambio de opiniones

• Considerar refuerzo (tareas u otro) para el hogar

Evaluación de la actividad (participación, finalidad, recursos, proyecciones)

5.5.1.1 Principales temas a tratar en las charlas educativas que se impartirán

1- Educación sobre autocuidado. Reconocer y desarrollar, entre todas las participantes del grupo, el concepto de autocuidado.

2- Categorías del autocuidado (Búsqueda y resguardo del significado y propósito de la vida, relaciones sociales y convivencia, mantenerse activos, recreación y disfrute, disciplina y buena salud, tratamiento de síntomas y enfermedades).

3- Importancia del descanso y el sueño.

4- Alimentación saludable durante el embarazo. El desarrollo y bienestar del niño se desarrolla mejor con una adecuada alimentación de la madre, no se necesita una dieta especial, basta con comer una cantidad variada de alimentos ricos en nutrientes. Agregar a la alimentación un vaso adicional de leche y un plato de verduras o frutas. Aumentar el consumo de pescado, aumentar el consumo de alimentos que contengan vitamina C, limitar las grasas, evitar la cafeína.

5- Ejercicios cotidianos.

6- Los controles generales, contribuyen a proteger la salud de la madre, permiten detectar a tiempo complicaciones. Es importante asistir a los controles odontológicos ya que se sabe que durante la gestación aumenta el riesgo de enfermedades de las encías y dientes, la salud bucal de la madre puede influir en la salud del niño.

5.5.2 Componentes

La propuesta alternativa podrá implementarse por las investigadoras una vez concluida la investigación, lo cual se realizará de conjunto con el personal sanitario especializado y los líderes comunitarios que deseen participar.

El grupo Será conformado por integrantes el mismo grupo poblacional que se seleccione con intereses comunes y características sociales y demográficas similares, máximo 20 personas.

La metodología que se llevará a cabo será de práctica y vivencial. De esta manera, se trabaja desde lo que cada persona es, desde sus características y desde tu propia experiencia llevadas a la práctica. Se flexibilizan y ajustan los contenidos y metodología a las características, inquietudes y necesidades reales de los/las participantes.

- Brindar la teoría a través de: Diapositivas, lectura de capítulos de libros, artículos, videos documentales.
- Sesiones: dinámicas de grupo.
- Número de horas: 20 horas.
- Sesiones: 7
- Duración de sesiones: 2 horas.
- Horario: dos días a la semana.

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

El impacto que tendrá la presente propuesta será significativo ya que mejorará los conocimientos en mujeres embarazadas para el cuidado durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas a partir de las habilidades, el conocimiento, la experiencia y la voluntad adquieren la capacidad de poder cuidar de sí misma, mediante la identificación de aquellos requisitos necesarios y a partir de los cuales, se puede lograr conservar el mantenimiento de la vida (de Jesús y cols.2018).

Se ha concebido la estrategia con el fin de mejorar las prácticas de autocuidado de las mujeres embarazadas, constituyendo un beneficio para estas y el futuro hijo.

El aporte social estará dado en exaltar el trabajo del sistema de apoyo que brinda el personal de enfermería fundamentalmente por ser especialistas en el trabajo educativo dentro del sistema de salud, poseen la capacidad de adentrarse en los conflictos humanos y cambiar hábitos y conductas de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, E., Abufhele, M., & Aguirre, R. (2018). Estrés prenatal y sus efectos. Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil. *Estudios Públicos*, (144).

Alanís-Guzmán, M., Pérez-Sánchez, B., Álvarez, M. E., & Rojas, M. T. (2015). Autocuidado en mujeres embarazadas en una comunidad del Estado de México. Revista Horizontes. Obtenido de http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/3264

Alcivar M, Jovita P. (2016). Conocimiento de las gestantes en el autocuidados durante el período prenatal.
From: file:///C:/Users/user/Downloads/T-UCSG-PRE-MED-ENF-258.pdf

Álvarez Orozco, M. E. AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS EN UNA COMUNIDAD DEL ESTADO DE MÉXICO.

Arévalo Sánchez, E. (2007). Gestación y prácticas de cuidado. *Avances en Enfermería; Vol. 25, núm. 2; 50-57 23460261 01214500*.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.

Backes, D. S., Erdmann, A. L., & Büscher, A. (2010). O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. *Acta Paul Enferm*, *23*(3), 341-7.

Barragán, R. A. M., Sánchez, M. D. J. M., Medina, M. E., Pérez, R. P., Medina, D. L. S., Arámbula, I. D. J. V., & García, M. R. M. (2012). Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas. *Revista Waxapa*, *4*(7), 15-23.

Benites, M. P. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, *56*(1), 57-69.

Bernabé, R., Franco Álvarez, E., Pérez, T., & Barakat, R. (2018). El ejercicio físico durante el embarazo y su influencia en la ganancia de peso materno.

Caballero, E., Aguiar, N., Alegria, M., Díaz, I., Chacón, C., Hernández, A., & Rienzo, A. (2015). Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *4*(1).

Cáceres-Manrique, F. D. M. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *60*(2), 165+. Retrieved from https://link.galegroup.com/apps/doc/A209105211/AONE?u=googlescholar&sid=AONE&xid=9acc1edb

Caicedo, C., Adriana, K., Ramos, C., & del Rosario, G. (2018). *Intervenciones de enfermería en la labor de parto de las primigestas en la comunidad del cisne 2 Maternidad Mariana de Jesús de Noviembre 2017 a enero del 2018* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería).

Campana, S., Kelly, E., Flores Medina, G. I., & Barrenechea Lagos, D. A. (2018). Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social y psicológico en adolescentes de una institución educativa, marzo 2018.

Campos, C., Jaimovich, S., Wigodski, J., & Aedo, V. (2017). Conocimientos y uso clínico de la metodología enfermera (Nanda, Nic, Noc) en enfermeras/os que trabajan en Chile. *Rev. Iberoam Educ Investi Enferm*, *7*(1), 33-10.

Chávez Alvarez, R. E., Arcaya Moncada, M. J., García Arias, G., Surca Rojas, T. C., & Infante Contreras, M. V. (2007). Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales

de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Texto & Contexto Enfermagem, 16(4).

Cisneros, F. (2005). Teorías y modelos de enfermería. *Universidad Del Cuaca*.

Contreras, M. M., & Jordán, J. L. (2011). Factores condicionantes básicos en la capacidad de autocuidado del paciente con Hipertensión Arterial. *Desarrollo Científico Enfermería*, *19*(1), 20-24.

Correa, O. T. (2015). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. Hacia la promoción de la salud, 8(1), 38-50.

Córdova García, K. M., Palacios García, S. E., Sánchez, P., & Saraí, K. (2012). Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería por el profesional de enfermería del Hospital Iquitos César Garayar García. Iquitos 2012.

De Jesús, O. A., Solano, G. S., González, T. B. R., González, M. J. R., Cervantes, S. L., & Ledezma, J. C. R. (2018). Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *Journal of Negative and No Positive Results*, *3*(11), 875-886.

de la Salud, A. M. (2012). *Nutrición: nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia* (No. A65/12). Organización Mundial de la Salud.

Diaz Sánchez, M.F. (2018). Implementación del modelo de Peplau en las intervenciones de enfermería y su relación con la prevención de diabetes mellitus tipo II en el subcentro de salud Enrique Ponce Luque. Babahoyo (tesis de pregrado). Los Ríos. Primer semestre 2018. Universidad Técnica de Babahoyo. Babahoyo, Los Ríos.

Escobar Potes, M. D. P., Franco Peláez, Z. R., & Duque Escobar, J. A. (2011). El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, *16*(2).

Fox, N. S. (2018). Qué hacer y qué no hacer durante el embarazo. *Obstet Gynecol*, *131*, 713-21.

Gaspar Enrique, D. R. V., Madero Zambrano, K. P., Palencia Gallego, S. T., & Puerta Torres, L. S. (2013). Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y sus hijos por nacer gestantes del corregimiento Palenque Bolívar en el año 2013.

González, N. F., & Rivas, A. D. (2018). Actividad física y ejercicio en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, *25*, 125-131.

Herdman, T. H. (2012). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014.

Hernández Rivas, A. G., Morán Hernández, T. C., & Flores, C. G. (2017). *Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de la UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de la Libertad de Septiembre a Diciembre 2016* (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). 2012

Jaramillo Forero, A., Martínez Herrera, Á., & Morales Serrato, I. (2016). *Factores Condicionantes Básicos de la Teoría de Dorothea Orem a Partir de la Caracterización Sociodemográfica, Laboral y Ambiental de los Trabajadores Agrícolas que Participan en los Sistemas Productivos de Frutos y Hortalizas de la Vereda Hato Viejo del Municipio de Arbeláez Región del Sumapaz 2014-2016* (Doctoral dissertation).

Jiménez, S., Contreras, F., Fouillioux, C., Bolívar, A., & Ortiz, H. (2001). Intervención de enfermería en el cuidado del paciente diabético. *Revista de la Facultad de Medicina*, *24*(1), 33-41.

Jorge, T. V. (2012). Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo. *Servicio Andaluz de Salud*, 1-22.

Maldonado Fernández, S. E. (2016). Efecto de una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo adscritas a la UMF 7, Delegación Aguascalientes.

Maldonado-Durán, J. M., & Brockington, I. (2011). La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal.

Maldonado-Durán, M., Sauceda-García, J. M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, *22*(1), 5-14.

Martínez Peña, E. (2015). Promoción de prácticas de autocuidado durante el embarazo en la comunidad de Coatetelco, municipio Miacatlán, Morelos (tesis de postgrado). Cuernavaca. Morelos. Agosto 2015. Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México.

Martínez Garduño, M. D., Olivos-Rubio, M., Gómez-Torres, D., & Cruz-Bello, P. (2016). Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería universitaria*, *13*(3), 142-150.

Meleis, A. (2007). En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería.

Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique, Navas Cabrera, Inocencia, Hidalgo Rodríguez, Yusleidy, & Espert Castellanos, José. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *38*(3), 333-342. Recuperado en 10 de diciembre de 2018, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000300006&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Control Prenatal Guía de Práctica Clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP.

Molinal, A. S., Sandra, V., & alenzuela Suazol, S. V. S. (2009). Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*(4), 613-619.

Molina Gómez, F., Pérez Castro y Vázquez, J., Agama Sarabia, A., & Soto Arreola, M. (2015). Eficacia de las intervenciones de enfermería dependientes en expedientes de queja médica de la CONAMED. *Revista CONAMED, 20*(4Sup). Recuperado de http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/238/412

Morales, M. I., & Olivares Torres, A. M. (2012). *Conocimiento y práctica de las embarazadas en relación al auto cuidado inscritas en el control prenatal Centro de Salud Martín Ibarra-Primer Semestre, Quezalguaque 2012* (Doctoral dissertation).

Moura, M. A. V., Fernandes, G., Santos, C., & de Araújo-Silva, V. M. (2014). La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Aquichan*, *14*(2), 196-206.

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J., & Rodríguez Larreynaga, M. (2018). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana, 19*(3). Recuperado en 20 de diciembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200013&lng=es&tlng=es.

Naranjo Hernández, Ydalsys, Jiménez Machado, Norma, & González Meneses, Lourdes. (2018). Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *22*(2), 231-243. Recuperado en 25 de diciembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200013&lng=es&tlng=es.

Naranjo Hernández, Y., Rodríguez Larrinaga, M., Pacheco, C., & Alejandro, J. (2016). Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*, *32*(4), 126-138.

Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global*, (19), 0-0.

Ochoa, R. F. C., Rojas, J. Á. L., Ortiz, V. A., & Sánchez, N. C. (2010). Índice de conocimiento sobre alimentación en primigestas de 25 a 30 años en la primera consulta prenatal para la mejora de su autocuidado. *Revista CONAMED*, *15*(1), 23-29.

Oliveros, L. M. G., & Aparicio, A. A. G. (2011). Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer. *MedUNAB*, *14*(1), 9-14.

Orem, D. (1991). Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. By Mosby-Year Book. *Inc*.

Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Ediciones científicas y técnicas.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán!* World Health Organization.

World Health Organization. (2007). Standards for maternal and neonatal care.

Pérez, O., Saba, T., Padrón, M. A., & Molina, R. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y metabolismo*, *10*, 22-33.

Poma Montaño, M. J., & Quevedo Cobos, L. A. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación en mujeres que acuden al control prenatal en el Subcentro de Salud de Ricaurte, Cuenca 2013* (Bachelor's thesis).

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Gómez, N. P., & Borges, K. R. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, *36*(6), 835-845.

Reinoso Parra, L. C. (2018). *Intervención de enfermería para el autocuidado de la gestante. Distrito de salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018* (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2018).

Rodríguez Chala, Hilda Elia, & López Santana, Melvis. (2003). El embarazo: Su relación con la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, *40*(2) Recuperado en 19 de marzo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200009&lng=es&tlng=en.

Rogozinska, E., Marlin, N., Dodds, J. P., Kerry, S., Khan, K., Thangaratinam, S., & Zamora, J. (2017). Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: Individual participant data (IPD) meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*.

Rojas Oria, C. V., Salas Pisco, J., Olivera, V., & Emeli, R. (2017). Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del centro de salud “Collique III Zona”, Comas–2014.

Salazar Molina, A., & Valenzuela Suazo, S. (2009). Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Revista brasileira de enfermagem*, *62*(4).

Salcedo-Álvarez, R. A., González-Caamaño, B. C., Mendoza, A. J., Ríos, V. N., Olguín, D. A. C., & Retana, M. B. E. (2012). Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enfermería universitaria*, *9*(3), 25-43.

Sánchez, E. A. (2007). Gestación y prácticas de cuidado. *Avances en Enfermería*, *25*(2), 50-57.

Sánchez-Jiménez, B., Hernández-Trejo, M., & Lartigue-Becerra, T. (2007). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, *21*(4), 167-177.

Taylor, W., Terlouw, D., Olliaro, P. L., White, N. J., Brasseur, P., & ter Kuile, F. (2017). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. *Acceso*, *95*(5).

Trujillo, L. E. T., Jiménez, G. Á., Higuita, G. C., Arrieta, J. C. F., Galeano, S. C. L., Restrepo, M. A. F., ... & Puerta, D. R. (2013). Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. 2010. *Perspectivas en Nutrición Humana*, *14*(2).

Vega-Angarita, O. M., & Gonzalez-Escobar, D. S. (2017). Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*, *4*(1), 28-35.

Vitor, A. F., Lopes, M. V. D. O., & Araújo, T. L. D. (2010). Teoría do déficit de autocuidado análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem.

ANEXOS

ANEXOS 1. Matriz de contingencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cómo se relaciona la intervención de enfermería con la aplicación de la teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019?	Analizar la relación existente entre la intervención de enfermería y la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.	Si se lograra identificar las intervenciones de enfermería que están en relación con la aplicación de la Teoría de Orem, se pudiera mejorar la capacidad de autocuidado de las embarazadas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos durante el período comprendido desde octubre 2018 a abril de 2019. .
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**	
¿Qué características tiene el perfil sociodemográfico de las embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019?	Describir el perfil sociodemográfico de las embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.	
¿Cuáles son las intervenciones de enfermería relacionadas con la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019?	Identificar las intervenciones de enfermería en la aplicación de la teoría de Orem durante en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.	

Anexo 2. Información a las embarazadas sobre el Proyecto de Investigación.

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE OREM DURANTE EL EMBARAZO. SUBCENTRO DE SALUD BARREIRO. BABAHOYO, LOS RÌOS, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

Estimado (a) Sr/Sra.

Introducción/objetivo:
Los egresados pertenecientes a la Universidad Técnica de Babahoyo de la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela de Salud y Bienestar, Carrera de Enfermería, pretenden realizar un estudio en su comunidad como requisito académico para optar por el título de Licenciado(a) en Enfermería. El proyecto tiene como objetivo analizar la relación existente entre la intervención de enfermería y la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.

Procedimiento:
Si Ud. acepta participar en el estudio se le realizaran algunas preguntas a través de un cuestionario sobre algunos aspectos personales, sociales y familiares.

Beneficios directos:
No recibirá ningún pago por el estudio, como tampoco implicará costo alguno para Ud.

Confiabilidad:
Toda información que proporcione será concebida como confidencial, será utilizada estrictamente para la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito.

- El cuestionario quedará identificado por un número.

Los resultados del estudio serán publicados sólo con fines científicos, pero omitiendo la identidad de cada una de las personas participantes.

Riesgos potenciales:
No existen riesgos potenciales que implican su participación. Si alguna pregunta le incomoda tiene el derecho de no responderla.

Participación voluntaria:
Ud. está en todo su derecho de participar o no en el proyecto de investigación.

Muchas gracias

Anexo 3. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE OREM DURANTE EL EMBARAZO. SUBCENTRO DE SALUD BARREIRO. BABAHOYO, LOS RÌOS, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

Los objetivos y procedimientos del Proyecto de Investigación me han sido explicados claramente y he comprendido toda la información.

Acepto participar en la investigación.

Yo _____, acepto en toda libertad participar en este Proyecto de Investigación.

Firma del participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Anexo 4. Declaración de la Investigadora sobre la firma del consentimiento informado.

Declaración del investigador del proyecto que llevó a cabo la entrevista sobre el consentimiento informado:

He explicado cuidadosamente en qué consiste la investigación a la persona arriba mencionada y estuve presente cuando esta llenó el documento de consentimiento informado.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 5. Cuestionario dirigido a las embarazadas**.**

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

TEMA: Intervención de Enfermería y su relación con la aplicación de la Teoría de Orem durante el embarazo. Subcentro de Salud Barreiro. Babahoyo, Los Ríos, octubre 2018-abril 2019.

OBJETIVO: Analizar la relación existente entre la intervención de enfermería y la aplicación de la Teoría de Orem en embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Salud Barreiro, Babahoyo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril 2019.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS EMBARAZADAS.

Instrucciones: Por favor marque con una (X) la opción que considere

I. Datos sociodemográficos.

1- Edad: _____ (en años cumplidos).

2- Nivel de instrucción de la embarazada

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

Ninguna ( )

3- Ocupación de la embarazada

Ama de casa ( )

Obrera ( )

Estudiante ( )

Profesional ( )

Comerciante ( )

4- Estado civil de la embarazada

Soltera ( )

Casada ( )

Unión libre ( )

Viuda ( )

5- ¿Cuál es el nivel económico en el hogar donde reside?

Bajo (≤ 380 dólares) **( )**

Medio (>380 dólares) **( )**

Alto (+ 1000 dólares) **( )**

I. Actividad física y descanso	**Nunca**	**Algunas veces**	**Siempre**
6- ¿Realiza ejercicio por treinta minutos tres veces por semana?	_____	_____	_____
7- ¿Realiza actividades domésticas que le produzcan cansancio?	_____	_____	_____
8- ¿Duerme más de seis horas durante la noche?	_____	_____	_____
9- ¿Realiza actividades laborales que le produzcan cansancio?	_____	_____	_____
10- ¿Dedica tiempo para descansar durante el día?	_____	_____	_____
11- ¿Realiza actividades recreativas por lo menos una vez a la semana? (ir al cine o al parque, caminar, visitar a familiares o amigos)	_____	_____	_____

II. Higiene y cuidados personales	Nunca	Algunas veces	Siempre
12- ¿Se cepilla los dientes después de cada comida?	_____	_____	_____
13- ¿Deja de asistir a la consulta odontológica durante la gestación?	_____	_____	_____
14- ¿Cuándo va al baño realiza limpieza de los genitales de adelante hacia atrás?	_____	_____	_____
15- ¿Acostumbra a realizarse duchas vaginales internas?	_____	_____	_____
16- ¿Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento?	_____	_____	_____

III. Alimentación	Nunca	Algunas veces	Siempre
17- ¿Consume 3 o 4 veces leche o derivados (queso, yogur, otros) al día?	_____	_____	_____
18- ¿Consume al día dos porciones, bien sea de carne, pollo, pescado o vísceras?	_____	_____	_____
19- ¿Consume al día dos porciones de hortalizas o verduras?	_____	_____	_____
20- ¿En su alimentación diaria las frutas están presentes?	_____	_____	_____
21- ¿Consume 4 a 5 cucharadas de leguminosas (fríjol, lentejas, garbanzo) al día?	_____	_____	_____
22- ¿Consume al día más de dos porciones de tubérculos (papa, yuca o plátano)?	_____	_____	_____
23- ¿Toma al día entre 7 y 8 vasos de líquido?	_____	_____	_____

IV. Sistema de apoyo	Nunca	Algunas veces	Siempre
24- ¿Cumple las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?	_____	_____	_____
25- ¿Busca apoyo económico de su familia, amigos o conocidos cuando usted lo requiere?	_____	_____	_____
26- ¿No acostumbra a solicitar a su familia o a sus amigos ayuda en los trabajos de la casa cuando usted lo requiere?	_____	_____	_____
27- ¿Necesita que su familia o sus amigos le demuestren que la quieren?	_____	_____	_____
28- ¿Asiste a todos los controles prenatales programados?	_____	_____	_____

V. Consumo sustancias no beneficiosas	Nunca	Algunas veces	Siempre
29- ¿Toma más de tres tazas de café al día?	_____	_____	_____
¿Evita fumar durante la gestación?	_____	_____	_____
30- ¿Evita consumir licor durante la gestación?	_____	_____	_____
31- ¿Consume alguna sustancia que le produzca adicción durante la gestación? (marihuana, cocaína o tranquilizantes)?	_____	_____	_____

VI. Intervenciones de enfermería	Nunca	Algunas veces	Siempre
32- ¿Busca apoyo en el personal de enfermería cuando lo necesita?	_____	_____	_____
33- ¿Recibe orientación de enfermería sobre las medidas de autocuidado durante el embarazo?	_____	_____	_____
34- ¿Reconoce el personal de enfermería sus necesidades de salud durante la atención prenatal?	_____	_____	_____
35- ¿El personal de enfermería brinda información sobre maternidad y paternidad?	_____	_____	_____

Anexo 6. Subcentro de Salud Barreiro donde se realizó el estudio.

Anexo 7. Aplicando el cuestionario

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
CARRERA DE ENFERMERIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Lic. Martha del Rocío Vera Garcia. FIRMA DOCENTE:

TEMA DEL PROYECTO: Intervención de Enfermería y su relación Costo aplicación de la Terapia de Dorothea Orem durante el Embarazo. Subcentro de Salud Pancho Jácome. Febrero-Jul Dic. Octubre 2018 - Abril 2019.

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES: Cecilia Elizabeth Gaziel Gutierrez - Grace Mercedes Vilela Montalvo.

CARRERA: Enfermería

Pag. Nº. ____

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN		
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante 1	Estudiante 2
2 horas	19/02/2019	Elaboración y validación del instrumento (Encuesta)	✓		10%			
3 horas	4/03/2019	Aplicación de las encuestas	✓		20%			
1 hora	21/03/2019	Tabulación de las tablas y análisis de los resultados.	✓		35%			
1 hora	22/03/2019	Elaboración de Conclusión y recomendaciones.	✓		45%			
1 hora	25/03/2019	Elaboración del tema, objetivo y aspectos teóricos de la propuesta.	✓		60%			
1 hora	27/03/2019	Revisión y elaboración de la estructura Componentes y resultados.	✓		75%			
1 hora	02/04/2019	Revisión del informe final	✓		90%			
1 hora	09/04/2019	Entrega del informe final del proyecto.			100%			

Scanned by CamScanner