

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL
CUIDADO INTEGRAL EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES. CHIMBOTE – 2017.**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. REYES SALDARRIAGA, Claudia Vanessa.

ASESORA:

Dra. NAVARRO ARROYO, Dana Melva.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V ° B ° de:

Dra. NAVARRO ARROYO, Dana Melva

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V ° B ° del

Jurado Evaluador:

Mg. PINTO FLORES, Irene Beatriz

Presidenta

Dra. HUAÑAP GUZMÁN, Margarita

Secretaria

Dra. NAVARRO ARROYO, Dana Melva

Integrante

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
AULA E3 DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, siendo las 12 horas del
día 16 DE DICIEMBRE, 2019, dando cumplimiento a la Resolución N°
215-2019-UNSA-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por MG. IRENE
PINTO FLORES, teniendo como miembros a DRA. MARGARITA HUANAP
GURMÁN (secretario) (a), y DRA. DANA MELVA NAVARRO ARROYO (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA
realizado por el, (la), (los) tesista (as) CLAUDIA VANESSA
REYES SALDARRIAGA

....., quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA PARA EL CUIDADO INTEGRAL EN LA
DIMENSION BIOLÓGICA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES, CHIMBOTE - 2017.

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas
por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
SOBRESALIENTE, asignándole un calificativo de VEINTE (20) puntos, según
artículo 103° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa,
vigente (Resolución N° 492-2017-CU -R-I-INS).

Siendo las 13:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad


Nombre: MG. IRENE PINTO FLORES
Presidente


Nombre: Dra. Margarita Huanap G
Secretario


Nombre: DRA. DANA NAVARRO ARROYO
Integrante

Distribución: Integrantes () y, tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A Dios Padre, por regalarme el don de la perseverancia y la vida, que siempre está conmigo para extender su mano infinita y levantarme cada vez que tuve tropiezos y seguir adelante, con su luz infinita de amor, paz y verdad.

A mi hermosa familia: a mí pedacito de piel, mi hija LÍA, quién llegó a enseñarme el amor de madre y me da la fortaleza para cumplir mis metas. A CÉSAR mi fiel amigo y complemento que está conmigo en las buenas y en las malas.

A mí querido padre ROCEL, por su incondicional apoyo en mi formación profesional y por considerarme ser modelo y compartir cada uno de mis logros.

A mí querida madre BETTY, que por el simple hecho de haberme otorgado la vida, le debo eso y mucho más y porque aunque no estemos cerca sé que siempre está pendiente de mí.

A mis hermanas: ANGELA y MAYRA por su incondicional apoyo en mi formación profesional y considerarme su modelo y compartir cada uno de mis logros.

A todas las personas queridas en especial mi asesora Dana Navarro Arroyo y al Doctor. César Zanabria Armas por estar allí alentándome y demás personas que siempre me dieron la mano en todo momento, deseándome lo mejor en mi vida personal, familiar y profesional.

Claudia Vanessa Reyes Saldarriaga

AGRADECIMIENTO

Infinitas gracias a Dios, por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome la fuerza y perseverancia necesaria para seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presentan, permitiéndome llegar al final de mi carrera y continuar como profesional en enfermería.

A mi alma mater la “Universidad Nacional del Santa”, en especial a la Escuela Profesional de Enfermería, que me abrió la puerta a un mejor futuro, brindándome la oportunidad de adquirir conocimientos y experiencias de calidad que me permitieron realizarme como profesional.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por transmitir sus conocimientos, enseñanzas, experiencias y valores que fueron guía para nuestra formación académica, personal y profesional.

De igual manera a mi asesora la Dra. Dana Melva Navarro Arroyo, que me brindó la orientación necesaria para el desarrollo y la consolidación de la presente investigación. Gracias por su tiempo, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y motivación permanente durante el desarrollo del trabajo e investigación, cuando yo lo daba por perdido, muchas gracias por todo.

Y a las gestantes adolescentes que fueron atendidas en la Maternidad de María y que me recibieron muy cordiales en sus domicilios y aceptaron participar en el trabajo de investigación; que sin su apoyo no se hubiera podido desarrollar la presente investigación.

Claudia Vanessa Reyes Saldarriaga

ÍNDICE GENERAL

	pp.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
LISTA DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	28
III. MATERIALES Y MÉTODOS	54
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	65
4.1. Resultados	65
4.2. Análisis y discusión	72
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
5.1. Conclusiones	82
5.2. Recomendaciones	83
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y VIRTUALES	84
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	pp.
Tabla 1 Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	65
Tabla 1.a; Distribución Porcentual Detallada del Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	67
Tabla 2 Nivel de Efectividad de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado integral en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	70

ÍNDICE DE FIGURAS

	pp.
Figura 1 Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	66
Figura 1.a; Distribución Porcentual Detallada del Nivel de Cuidado de la Dimensión Biológica en las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	68
Figura 2 Diseño y Aplicación de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado integral de la Dimensión Biológica en las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	69
Figura 3 Nivel de Efectividad de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado integral de la Dimensión Biológica en las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.	70

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1** Consentimiento informado.
- Anexo 2** Guía de observación para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes.
- Anexo 3** Distribución Porcentual Detallada del Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María. Chimbote - 2017.

RESUMEN

El trabajo de investigación es de naturaleza Cuantitativa, del tipo Descriptivo - Exploratorio, cuyo objetivo fue conocer el nivel de efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017. La población estuvo constituida por 33 gestantes adolescentes, a quienes se les aplicó el instrumento: Guía de observación para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, diseñada en base a la revisión bibliográfica. El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el estadístico informático SPSS 22 en dos niveles: Descriptivo y Analítico; en base a los resultados se concluye que: El 90,9 % de las gestantes adolescentes recibieron cuidado básico en la dimensión biológica antes de la aplicación de las estrategias de enfermería. El diseño y aplicación de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes fue elaborado en base al Modelo del Desarrollo Integral de la Salud Mental (DEISAM) y al Proceso de Cuidado de Enfermería según Navarro (2008), Sin embargo el 93,9 % de las gestantes adolescentes alcanzaron un nivel de cuidado integral y un 6,1% se mantienen en el nivel de cuidado básico, después de la aplicación de las estrategias de enfermería. Se demostró que las estrategias de enfermería fueron altamente efectivas en el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, encontrándose que el valor de t – Student fue de 19,621 y un valor de probabilidad de 0,000 ($p < 0,05$).

Palabras claves: Efectividad. Cuidado integral. Gestante adolescente. Estrategias de enfermería

ABSTRACT

The research work is quantitative in nature, of the Descriptive - Exploratory type, whose objective was to know the level of effectiveness of nursing strategies for the integral care of the biological dimension in teenage pregnant women, attended in the Maternity of María, Chimbote - 2017. The population consisted of 33 pregnant teenagers, to whom the instrument was applied: Observation guide to identify the level of care of the biological dimension, designed based on the literature review. The statistical processing and analysis was performed in the SPSS 22 computer statistic on two levels: Descriptive and Analytical; based on the results, it is concluded that: 90.9% of teenage pregnant women received basic care of the biological dimension before the application of nursing strategies. The design and application of nursing strategies for the comprehensive care of the biological dimension in teenage pregnant women was developed based on the Model of Integral Development of Mental Health (DEISAM) and the Nursing Care Process according to Navarro (2011), However, 93.9% of adolescent pregnant women reached a level of comprehensive care and 6.1% remained at the level of basic care, after the application of nursing strategies. It was shown that nursing strategies were highly effective in the comprehensive care of the biological dimension in teenage pregnant women, finding that the t-Student value was 19,621 and a probability value of 0.000 ($p < 0.05$).

Keywords: Effectiveness. Integral care Teenage pregnant woman. Nursing Strategies

I. INTRODUCCIÓN

“El cuidado como fenómeno y concepto se manifiesta en el embarazo, y tiene un significado muy especial en la gestante adolescente” (Reyes, 2014, p.19).

De acuerdo a la información del INEI-ENDES 2017, un dato que alerta es el incremento observado de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad, al pasar de 12.7% en el año 2016 a 13.4% en el año 2017. Este incremento se observa en las zonas urbanas, al pasar de 9.8% a 10.7% entre el 2016 y 2017, y zonas rurales, al pasar de 22.7% a 23.2% entre el 2016 y 2017. (INPPARES y Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza – MCLCP –Nacional, 2018, p.4)

“Desde el punto de vista fisiológico, la gestante adolescente no alcanza su madurez reproductiva hasta después de cinco años de haber aparecido su primera menstruación, por lo tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo” (Salazar, et al. 2006, p.3).

Los riesgos maternos con mayor frecuencia son, los trastornos hipertensivos de la gestación; poca ganancia de peso, anemia, parto pre-término, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo-pélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el rol materno. En cuanto a los riesgos del bebé por nacer, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal. (Noguera y Alvarado, 2012, p.152)

Así lo explicaron especialistas de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (MINSA), al señalar que “las causas de mortalidad en la gestante adolescente son la hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia o infección (causas directas), debido a que acuden tardíamente a sus controles médicos” (Becerra, 25.09.2018, párr.2).

De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud, entre el 2014 y 2017, "el promedio de las muertes maternas en menores de 19 años constituyó el 13,8% del total de los casos. Las principales causas directas de muerte materna fueron hipertensión (46%) y aborto (29%), y entre las causas indirectas destaca el suicidio (56%) " (Un buen plan, 2018, párr.2).

Además en lo que va del 2018 en la jurisdicción de la Red de Salud Pacífico Norte, "se registró 135 adolescentes escolares en estado de gestación, de las cuales 22 tienen anemia perteneciendo en su mayoría al distrito de Chimbote de la jurisdicción de la Micro Red Magdalena" (Bolognesi noticias, 25.09.2018, párr.1).

La coordinadora de la Etapa de Vida Adolescente de la Red de Salud Pacífico Norte dio a conocer una serie de dificultades y riesgos que afrontan las gestantes adolescentes; entre ellos: la carencia de nutrientes por mala alimentación impiden el buen desarrollo del bebé. Hay mayor probabilidad de abortos espontáneos y partos prematuros. Debido a que el útero no está desarrollado completamente los bebés nacen con bajo peso. Los niños tienen más problemas de salud y trastornos del desarrollo, incluso tiene más posibilidades de nacer con malformaciones. (párr.6)

Figuroa y Vinuesa (2018) afirman que el embarazo en esta etapa de vida, genera una desestabilización en las adolescentes que viven esta experiencia, en vista de la carencia del desarrollo físico, mental y social requerido para hacer frente a las responsabilidades que implica la gestación precoz; determinando así patrones de comportamiento y decisiones como el aborto, deserción escolar, aislamiento familiar y social e inclusive la vinculación temprana al mercado laboral, la cual origina una reconfiguración de los proyectos de vida planteados, así como un desequilibrio del bienestar integral que influye en las tasas de morbilidad materno – neonatal a nivel del país. (p.2)

Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, ENDES-2017 mencionan que, el embarazo en adolescentes es la primera causa de abandono escolar (48%), muy por encima de la falta de dinero (17.5%) o el deseo de no estudiar (8%). Según cifras del Ministerio de Educación 8 de cada 10 niñas y adolescentes embarazadas abandonan la escuela. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas se presentan en las mujeres que tienen solo educación primaria (42,3%). (Un buen plan, 2018, párr.6)

Mayorga menciona que se han encontrado, algunos factores de personalidad de la gestante adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí mismo por sus propios logros; escasa tolerancia de frustración, labilidad emocional; falla en el control de impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional, autoestima disminuida. (García, 2016, p.26)

Raguz menciona que se ha observado en ellas carencias, dificultad en la toma de decisiones, indecisión acerca de lo que quieren en la vida, una fuerte necesidad de afecto unida a sentimientos de soledad y desprotección, surgen pues un estado lleno de dudas e incógnitas no resueltas cómo hacer y cómo actuar ante el embarazo e incluso los cuidados que requerirá el bebé, temores sobre su integridad al momento del parto, e inquietudes al dar de lactar. (Urreta, 2008, p.6)

El Centro de Obras Sociales Maternidad de María es una institución sin fines de lucro promovida por la Diócesis de Chimbote; se encuentra ubicado en avenida Enrique Meiggs N° 2071, Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, fue fundada por los sacerdotes Julio Ross y Ramón Mori, de la Congregación Santiago Apóstol, y por la enfermera obstetra M. Margarita Birchmeier (religiosa dominica) hace 48 años, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materno infantil, debido a la falta de atención a las madres gestantes. (Reyna, 2016, p.1) Actualmente, la Maternidad de María no

sólo brinda atención a gestantes, sino a la población de bajos recursos en otros servicios médicos, ya que el costo de sus consultas es cómodo en comparación a otras instituciones de salud, cuenta con una gran infraestructura, con un laboratorio de análisis y con una diversidad de áreas de atención por especialidades, pero siendo la de mayor consulta el área de obstetricia por su gran capacidad de atención en gestantes y su alto reconocimiento de calidad dentro de la población Chimbotana. (p.1)

Las gestantes adolescentes que acuden al Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María reciben atención; en el área de atención obstétrica creado en base a los requerimientos asistenciales poblacionales de la institución, el cual brinda atención a todas las adolescentes que acuden al establecimiento ya sea por control prenatal y/o perinatal o patologías ginecobstétricas asociadas al embarazo, por parte del profesional de Obstetricia, Psicólogos, Nutricionista, excluyendo al profesional de Enfermería. (Centro de Obras Sociales. Maternidad de María, COSMM, 2018)

“Dentro de la Maternidad de María se evidencia a diario como acuden a consultas las gestantes adolescentes, muchas de ellas expresan confusión, frustración, inseguridad, miedo e incertidumbre” (Centro de Obras Sociales. Maternidad de María, COSMM, 2018).

Moreno, et al. Plantean a la “Enfermería como una profesión dinámica que mantiene una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en ciclo de la maternidad y le proporciona cuidados a través de la formación y el apoyo” (Citado en Figueroa y Vinuesa, 2018, p.4).

Además según La Ley del Trabajo de la Enfermera (o); Artículo 2: menciona que la Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el

contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. Y en el Artículo 7: Funciones de la enfermera (o): Corresponde a la enfermera (o) el ejercicio de una de las funciones brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (Congreso de la República del Perú, 2002, p.1)

El Ministerio de Salud (2017) cuenta con una norma técnica de salud (N°130-MINSA/2017/DGIESP) para la atención diferenciada e integral en los casos de embarazo en adolescentes, el profesional calificado brindará la atención integral en salud a la gestante adolescente, a la pareja, y a la familia, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género, equidad e interculturalidad, para lograr un embarazo, parto y puerperio y un/a recién nacido/a en buen estado biológico, psicológico y social. (p.24)

Estas actividades a desarrollar son: identificar factores sociales, educacionales, laborales y ambientales, asimismo, los riesgos de adquirir infecciones de transmisión sexual; para la prevención de la transmisión vertical de VIH, sífilis y otros; la detección precoz de malformaciones congénitas y enfermedades intercurrentes; detectar problemas y/o trastornos nutricionales en la gestante adolescente; según sea el caso, de ser necesario referir; contribuir a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud integral de la adolescente y fortalecer la relación de pareja; evaluar y referir a las gestantes adolescentes de acuerdo a nivel de complejidad; garantizar el acceso de la gestante adolescente y a su pareja a la información y servicios de planificación familiar, para prevenir embarazos posteriores no planeados. (p.24)

Para la atención materna perinatal de una gestante adolescente debe ser realizada por un profesional calificado con competencias en salud sexual y reproductiva

y en atención a la adolescente. Considerando que toda gestante debe tener como mínimo seis atenciones prenatales, orientación/consejería, psicoprofilaxis obstétrica, consulta psicológica individual, consulta médica pediátrica de la adolescente embarazada (menor de 15 años), consulta odontológica (dos sesiones), consulta de nutrición (mínimo dos atenciones), consulta de trabajadora social (mínimo dos visitas) y orientación legal por parte del profesional correspondiente. (p.26)

Contenido de la educación e intervenciones preventivas, informar sobre: cómo reconocer signos de alarma, qué hacer y donde conseguir ayuda, buena nutrición y la importancia del descanso, estilo de vida saludable, higiene, ejercicios, sexualidad y prevención de infecciones de transmisión sexual, riesgos del uso de tabaco, alcohol, drogas, coca y brebajes tradicionales de efectos no conocidos, riesgos de la automedicación, preparación para la lactancia materna exclusiva exitosa, prevención o espaciamiento óptimo del embarazo posterior mediante uso de métodos anticonceptivos postparto, orientación sobre prevención de violencia intrafamiliar y violencia de género, calendario de vacunaciones del recién nacido, pruebas de tamizaje neonatal, ciudadanía, conocer sus derechos sexuales y reproductivos, conocer sus deberes. (p.27)

Así pues, enfermería como profesión autónoma, a través de su metodología científica está facultada para valorar necesidades, diagnosticar problemas de salud reales o potenciales, planificar intervenciones, ejecutar cuidados y evaluar la eficacia de los mismos; facilitando la identificación de riesgos basados en las percepciones y contrarrestando su impacto en la gestante adolescente. (Figuroa y Vinuesa, 2018, p.5)

El profesional de enfermería para brindar cuidado integral utiliza diversas estrategias que son aplicadas en respuesta a las necesidades del sujeto de atención, las estrategias de enfermería son definidas por Navarro: Como un conjunto de actividades biológicas, mentales, afectivas, sociales y espirituales, debidamente secuenciadas que

realiza el profesional de enfermería para planificar, organizar, y ejecutar el cuidado, considerando al sujeto de atención como el centro de éste para desarrollar en ellos la capacidad de cuidar de sí mismos. (Castillo y Chacón, 2012, p.26)

Morales y Bracho, (2008) mencionan:

Que para que esto ocurra es necesario, poner en práctica un Modelo de Atención Integral de Salud, basado en el cuidado humano y holístico de las gestantes adolescentes, que permita hacer énfasis en la promoción de habilidades para la vida, aumentar su autoestima, fortalecer sus mecanismos de defensa contra presiones de grupos orientados. El desarrollo de sus capacidades de amar, crecer, fortalecer su yo interior que le permita formular proyectos de vida factibles de realizar, tomar decisiones oportunas y acertadas para fortalecerse como ser humano digno, en la sociedad. (p.2)

Así mismo es importante identificar oportunamente en el control prenatal, factores de riesgo, para direccionar y orientar a la gestante y a su pareja o cuidador sobre los servicios y programas pertinentes, estimular a la gestante a que no interrumpa su vida cotidiana, siempre y cuando no interfiera con el bienestar del embarazo, involucrar a la pareja y a la familia de la gestante adolescente, con el objetivo de apoyar los sentimientos de las gestantes y promover conductas y actitudes positivas hacia sí misma y el hijo por nacer. (Flores, 2016, p.16)

Fortalecer la educación para la salud en las gestantes adolescentes, pareja y familia en el curso de preparación de la maternidad y la paternidad, ofreciendo capacitación sobre los factores de riesgo durante el embarazo, consejería en lactancia materna, cuidado durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, así como también promover el proceso de vinculación afectiva madre – hijo, consejería en anticoncepción para prevenir nuevos embarazos y las complicaciones que esto

conlleve y por último promover que la nueva madre no abandone sus estudios, dándole a conocer la importancia para ella, su pareja y su hijo de lograr una mejor calidad de vida. (Noguera y Alvarado, 2012, p.157)

Además según Tizón (2010) afirma que existen distintas técnicas didácticas participativas que se definen como los medios o los métodos empleados para fomentar la interacción del grupo, que tienen la capacidad si se utilizan adecuadamente de activar las motivaciones individuales y de estimular el comportamiento a nivel individual, de forma que las fuerzas están mejor integradas en el grupo y dirigidas hacia la consecución de sus metas, destacando entre estas; el sociodrama, sesiones de demostraciones, juego de roles, entrevista, grupos focales, técnicas audiovisuales. (Moya y Valdivia, p.52)

Navarro (2012) establece que los profesionales de la salud, debemos tomar conciencia de la importancia de trabajar en la salud de las personas, con la misma dedicación que atendemos las necesidades físicas, ya que ella constituye un factor importante en el desarrollo psicosocial de la persona, su contribución ulterior a la sociedad, su bienestar y la felicidad en general. (Castillo y Chacón p.18)

En la investigación bibliográfica realizada no se han encontrado estudios relacionados directamente a las variables de estudio, sin embargo, se considera importante presentar las siguientes investigaciones:

En el ámbito internacional:

En Colombia, Vásquez (2008) en su investigación comparativa: Formas de cuidarse de las gestantes adolescentes y adultas de las comunas una y cinco en Santa Marta, cuyo objetivo fue: conocer las prácticas de cuidado y las diferencias entre el cuidado de las gestantes adolescentes y adultas. Concluyó que en ambos grupos las prácticas son regulares, la mujer adulta estimula más a su hijo por nacer, tiene mejores prácticas de

higiene, sistemas de apoyo y consumen menos sustancias no beneficiosas. La adolescente tiene mejor práctica de ejercicio y descanso y la alimentación es regular en ambos grupos.

En Ecuador, Castro y Cárdenas (2011) en su investigación: Manejo materno en el recién nacido (R.N) por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, durante el periodo de enero-junio del año 2011. Con el objetivo de identificar el grado de conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre el manejo del R.N; Concluyeron que un 55,06 % de las adolescentes no tienen un buen manejo materno y si bien reconocen la importancia de la leche materna, no conocen la técnica y las posiciones adecuadas de amamantamiento ocasionando efectos nocivos en el R.N como hipoglicemias, asfixia por aspiración, bajo peso y en la madre produciendo grietas en el pezón, mastitis entre otras.

En España, Mojica, Mesa, Perez y Vargas (2015) en su estudio: Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal con el objetivo de diseñar una estrategia de cuidado de enfermería que promueva el cuidado integral de la adolescente gestante para activación del rol materno durante el control prenatal con base en cuatro conceptos de apoyo propuestos por Mercer: apoyo físico, apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo de valoración. Concluyeron que: la implementación de la estrategia promovió el cuidado integral de la adolescente gestante, pareja y /o familiar para la activación del rol materno; la intervención desde el apoyo emocional les permitió sentirse dignas de confianza al transferir sus sentimientos y ser escuchadas. Permitted a la adolescente gestante adquirir información útil en la solución de problemas relacionados con su nuevo rol, fortalecer factores protectores e intervenir factores de riesgo que comprometen su calidad de vida; evaluarse en relación con la realización y activación de su rol. Además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como redes de apoyo para estas madres.

En el ámbito nacional:

En Trujillo, Ramírez, Huertas, Guevara y Uribe. (2012) En su investigación cuasi-experimental: Efectividad de un programa de promoción de la salud para adolescentes embarazadas cuyo objetivo fue: Determinar la efectividad del Programa a través de conductas promotoras, beneficios, autoeficacia y barreras percibidas. Concluyeron: que el programa fue efectivo por el incremento de los beneficios y autoeficacia percibidos, disminución de las barreras y conductas promotoras adecuadas en un alto porcentaje. Fue eficaz porque los beneficios percibidos por las madres se incrementaron en un 41 %, con mayores porcentajes en: hablar del embarazo, aprender acerca del parto y a proteger la salud. Las barreras percibidas de las adolescentes disminuyeron en un promedio de 16.6 %; con mayores porcentajes en factores intrapersonales: sentirse estresada y sentirse triste. La autoeficacia percibida de las adolescentes se incrementó después del programa de 61.5 % a 88,5 %. Y las conductas promotoras de salud fueron adecuadas en un 80.1 %, con porcentaje mayor en control prenatal, prácticas de higiene y nutrición.

En Chiclayo, Chévez (2012) en su investigación cualitativa: Cuidado de la familia al binomio madre adolescente recién nacido. Lambayeque, 2012; sus objetivos fueron: Describir, analizar y comprender el cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar. Concluyeron que: La familia constituye la principal red de apoyo para los adolescentes cuando tienen que afrontar la maternidad. Los cuidados brindados en el ambiente familiar, favorecen el vínculo afectivo entre la adolescente y su recién nacido; Cada familiar se reorganiza para apoyarla: económicamente, cuidando al bebé, a la madre en el puerperio mediato y enseñándole a desempeñar su rol maternal según sus creencias y prácticas aprendidas en su entorno familiar/cultural, aspectos que deben ser considerados por el personal de salud al brindar sus cuidados. La cultura y las enseñanzas de las madres, abuelas, suegras, etc., y demás familiares hacen que la

alimentación, vestido e higiene durante el puerperio se rodee de tabúes como usar pañoleta y no salir al “sereno” para evitar fuertes dolores de cabeza, tomar bebidas calientes antes de lactar al niño, usar el matico para la higiene de sus genitales, entre otros. La madre de la adolescente es el principal cuidador, ellas se muestran preocupadas ante el embarazo y durante el puerperio, tienen voluntad para ayudarlas y hacen de éste un cuidado familiar afectivo, donde predomina el amor y los lazos familiares, por encima del sentimiento de decepción, indiferencia o rechazo. Los cuidados brindados en el ambiente familiar, favorecen el vínculo afectivo entre la adolescente y su recién nacido que se refuerza al enseñar y supervisar a las adolescentes durante el baño, vestido, lactancia, etc. Hay predominio de la transmisión de saberes culturales ya que las madres crían a sus hijos de forma muy parecida a como ellos fueron criados. Se requieren otras habilidades y conocimientos esenciales para desempeñar con comodidad el rol materno entre ellos: Comprensión básica del proceso de crecimiento y desarrollo infantil, medidas de higiene, alimentación y estimulación. En el apoyo económico para la gestante adolescente se involucran los padres, otros familiares, esto ayuda a que la familia vaya creciendo con mejores oportunidades.

En **Chincha**, Castilla De La Cruz (2018) en su investigación cuantitativa: Práctica de autocuidado de las Adolescentes Embarazadas atendidas en el Centro de Salud Pueblo Nuevo Chincha Junio 2017, su objetivo fue determinar la práctica de autocuidado de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Pueblo Nuevo Chincha Junio 2017. Los resultados fueron: La práctica de autocuidado fue regular alcanzando 34%, según dimensión autocuidado general (alimentación, hidratación, control de peso, actividad física, sueño/descanso, higiene, salud bucal, restricción de hábitos nocivos) fue bueno alcanzando 40%, según dimensión autocuidado de desarrollo personal e interacción social (sentimientos y apoyo emocional, apoyo familiar y cuidado personal) fue regular

alcanzando 38% y según la dimensión conocimientos de autocuidado específico de salud (asistencia control prenatal, vacunación, asistencia psicoprofilaxis, asistencia odontólogo, asistencia psicólogo, exámenes de laboratorio, consumo de ácido fólico, hierro y calcio) fue regular alcanzando 41 %. Concluyo que: La práctica de autocuidado de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Pueblo Nuevo Chincha junio 2017 es regular. Por lo tanto se rechaza la hipótesis global planteada. La práctica de autocuidado según dimensión: autocuidado general fue bueno por lo que se rechaza la hipótesis planteada para esta dimensión y en autocuidado de desarrollo personal e interacción social y conocimientos de autocuidado específico de salud es regular. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis planteada también para estas dimensiones.

En el ámbito local:

En **Nuevo Chimbote**, Castillo y Chacón (2012) en su investigación cuasiexperimental: Efectividad de las estrategias terapéuticas de enfermería en el manejo del dolor en mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide. Hospitales del Ministerio de Salud, Provincia del Santa - 2012, su objetivo conocer la efectividad de las estrategias terapéuticas en el manejo del dolor de las mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide de los hospitales del Ministerio de Salud de la provincia del Santa en el año 2012. Los resultados fueron: El 87,5% de las mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide presentaron un manejo ineficaz del dolor, antes de aplicar las estrategias terapéuticas de enfermería. El diseño de las estrategias terapéuticas de enfermería para el manejo del dolor en las mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide fue elaborado en base al Modelo del Desarrollo Integral de la Salud Mental. Después de la aplicación de las estrategias terapéuticas de enfermería el 75% de las mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide incremento su manejo de dolor y un 25% presento un manejo ineficaz. Se demostró que las estrategias terapéuticas de enfermería es altamente efectivo en el manejo de dolor,

encontrándose que el valor de t – Student fue de 10.73 y un valor de probabilidad de 0,003 (p<0,05).

Según los antecedentes descritos se planteó realizar la investigación con la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL.

Conocer el nivel de efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes antes y después de la aplicación de las estrategias de enfermería, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.
2. Diseñar y aplicar las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.
3. Determinar el nivel de efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

1.2. HIPÓTESIS

Ha: Las estrategias de enfermería son efectivas **SI**, hay incremento en el nivel de cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

H0: Las estrategias de enfermería no son efectivas si **NO**, hay incremento en el nivel de cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

1.3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La investigación es importante porque los resultados obtenidos permiten enriquecer el acervo bibliográfico en el ámbito local sobre las estrategias que aplica el profesional de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes.

Proporcionar información actualizada y relevante respecto al cuidado integral de la dimensión biológica en las gestantes adolescentes, hecho que se evidencia por la inexistencia de bibliografía en el ámbito local, regional y nacional, respecto a las variables de estudio.

En el aspecto práctico permite profundizar en el conocimiento de enfermería al determinar la práctica del cuidado integral de la dimensión biológica en las gestantes adolescentes, que puede ser asumido por la Escuela Profesional De Enfermería.

Tecnológicamente aporta instrumentos de identificación de necesidades integrales en la gestante adolescente para diseñar estrategias de enfermería que podrían utilizarse para diversos estudios relacionados y programas orientados a fortalecer el cuidado integral de la gestante adolescente.

A nivel social; beneficia a un sector de la población gestante adolescente; porque los resultados obtenidos contribuyeron al cuidado integral en la dimensión biológica de las

gestantes adolescentes. Ya que es una realidad poco estudiada que puede seguirse profundizando.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

El estudio fue diseñado para una población específica de gestantes adolescentes que fueron atendidas en la Maternidad de María durante el año 2017, dentro de las limitaciones que se presentaron y que se fueron superando durante el proceso de la investigación fueron:

El difícil acceso al área de triaje para la captación de las gestantes adolescentes en su primer control, debido a las políticas administrativas del Centro de Obras Sociales. Sin embargo pudo obtenerse la población en estudio en base al instrumento aplicado para lograr el consentimiento informado de cada una de ellas.

Se desconocía la consistencia interna del instrumento denominado Guía de Observación para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes por ser la primera vez que se utilizó, y conforme se fue aplicando y modificando, siendo válido y confiable.

II. MARCO TEÓRICO

La efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes se sustenta en el Modelo de Desarrollo Integral en la Salud Mental – DEISAM (Navarro, 2008) y el Proceso de Cuidado de Enfermería en la Familia; propuesto por la autoría de Navarro (2011a, b); así como los aportes de diversos autores que permitieron construir el marco teórico del cuidado integral de la gestante adolescente en su dimensión biológica.

“El cuidado desde su origen, se ha definido como un acto propio de cada ser humano”, “y son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona” (Chinchuña y Reimundo, 2017, p.3; Dellarrosa, 2016, p.16).

Y considerando la definición del término integral del Modelo DEISAM como la “capacidad de disfrutar integralmente las posibilidades de la vida, ajustándose a los cambios, participando creativamente dentro de ellos. El producto final de todo ello es poseer el bienestar biológico, emocional, mental, social y espiritual de la persona así como su productividad, incluyendo la economía” (Navarro, citado en Castillo, y Chacón, 2012, p.49).

Si consideramos además que la gestante adolescente “es toda mujer entre los 10 y 19 años que se encuentra en estado de embarazo, cuyas características físicas, psicológicas y sexuales aún se encuentran en proceso de desarrollo y crecimiento” (Cardozo, 2008, p.23).

El cuidado integral según lo afirma Navarro (2011a) es “aquel cuidado para solucionar y/o minimizar problemas y sus causas establecidos en el diagnóstico de enfermería por dimensiones” (d. 13).

Así mismo en el modelo DEISAM se menciona que “el ser humano se integra en 5 dimensiones: Biológica (Bios), Sentimental (Phatos), Intelectual (Eidos), Relacional (Logos) y Espiritual (Ethos)” (Navarro, 2008, pp. 134–135). Centrándonos en esta

oportunidad debido a la factibilidad y viabilidad de la investigación solo en dimensión biológica.

Según Navarro (2008) afirma que el hombre se manifiesta a través de su organismo, caracterizado por la herencia, por su estado de salud y sus procesos fisiológicos, en la extraordinaria marcha desde la inmadurez a la madurez biológica; para luego envejecer y morir. Requiere para ello tener la oportunidad de crecer en forma sana, para que logre expresar la fuerza de su ser personal a través de sus obras. (p.134)

Las **características hereditarias**, se obtienen en la individualización de la persona con el hecho de ser varón o mujer, de pertenecer a una raza determinada, de su identificación con las costumbres y tradiciones de su comunidad, de encontrar un ambiente propicio, para su desarrollo, que le pueda garantizar sus derechos como miembro de un determinado grupo generacional. (Castillo y Chacón, 2012, p.26)

Motivo por el cual las gestantes adolescentes en su mayoría no adoptan conductas de cuidado saludables, porque los cambios de la etapa y el mismo embarazo afectan la personalidad y ésta interviene directamente en la adquisición o no de conductas preventivas. Además de que los estilos de vida de las adolescentes están mediados por otros factores como por ejemplo familiares (imitar conductas), socioculturales (copiar estilos), psicológicos (baja autoestima), económicos (bajos recursos) y escolares (abandono de la escuela). Asimismo el embarazo y las transformaciones biológicas, anatómicas y funcionales que éste conlleva, así como los nuevos roles sociales, los sentimientos de frustración, ansiedad y la inseguridad acerca de cuál será el resultado final del embarazo y el parto. (Guevara, 1997; citado en Rodríguez, 2016, p.15)

Las gestantes adolescentes "son altamente influenciadas por sus propias madres (las abuelas maternas de sus hijos), cuya experiencia y opinión personal puede tener una

influencia decisiva en las prácticas de cuidado, más aún si durante su embarazo fueron madres jóvenes y solteras” (Silva, 02.03.2014, párr.2).

Estudios transgeneracionales indican que frecuentemente las madres de las adolescentes que tienen hijos en la adolescencia también pasaron por la experiencia de ser madres precoces, lo que permite afirmar una cierta repetición transgeneracional del hecho, quizás esto las puede mover a dar soporte a sus hijas cuando tienen que afrontar la misma situación. Muchas veces, son las madres de las adolescentes las que se hacen responsables de los cuidados de los niños y la gestante, hecho que puede generar una confusión en los papeles familiares de madre e hija. (Calesso, 2007, pp.30–31)

En relación a los **procesos fisiológicos**, el ser humano debe lograr un bienestar físico y personal, razonando que solo tiene una vida, la cual se debe cuidar y respetar, alimentar, ejercitar, dormir lo suficiente, nutrirse adecuadamente y asearse constantemente, todo ello se cumplirá si la persona está preparada para vivir saludablemente. El ser humano debe tener la oportunidad de crecer en forma sana, para que logre expresar la fuerza de su ser personal a través de sus obras. Por ello es innegable que la persona tiene una gran responsabilidad personal frente a su salud, indudablemente el manejo adecuado de todo lo relativo al bienestar físico, es un factor positivo, que ayuda y apoyo fundamental a la hora de atender a las normales exigencias de los procesos de vida. (Castillo y Chacón, 2012, p.27)

Por tanto para lograr su aplicación práctica, debemos centrarnos en las necesidades biológicas de la gestante adolescente, estas necesidades se fundamentan en base a lo propuesto por Virginia Henderson, adaptado al contexto de la gestante adolescente.

Necesidad de oxigenación; la función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona, según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las enfermeras debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como hace referencia al masaje cardiaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad. (Citado en Colegio Oficial de Enfermería en Jaén, 2010, p.35)

Los cambios a nivel de la función respiratoria incluyen, disminución en la reserva del volumen debido a la expansión del útero asociado al desarrollo del feto y al incremento en la demanda de oxígeno. Estos cambios en la ventilación pueden causar taquipnea, disnea, hiperventilación, un incremento tanto de la frecuencia respiratoria como de la tasa de ventilación por minuto y que se agravan cuando la gestante adolescente está en posición supina. El crecimiento del feto presiona el diafragma que causa un incremento en la presión intratorácica y aumento en la circunferencia del pecho. Además, el aumento de los estrógenos causa ensanchamiento de los capilares nasales, rinitis, hemorragia nasal y predisposición a infecciones en la vía aérea superior. (Concha, 2011, p.112)

“El hierro forma parte de la hemoglobina y por tanto participa en el transporte de Oxígeno.” (López, Sánchez y Calderay, 2010, p. 119) “Esto determina que en el periodo de gestación también pueden ocurrir cambios a nivel sanguíneo, que se manifiestan como cuadros de anemia y una disminución en los valores del hematocrito. La gestante adolescente requiere mayores suministros de hierro como consecuencia del aumento del volumen sanguíneo” (Concha, 2011, p.112).

En el cardiovascular, como resultado de la modificación en la función hormonal durante el embarazo se observa, el incremento de los mineralocorticoides en el suero

materno que inducen a una retención de sodio, lo que producirá un aumento en el agua corporal e incremento de la cantidad de plasma en un 30% a 40%; también habrá una expansión en el volumen intravascular pues hay más células rojas. En forma usual, ocurre una ligera elevación de la presión sanguínea, específicamente de la diastólica, lo que puede desencadenar taquicardia y ruidos cardiacos anómalos; en el 90% de las mujeres embarazadas se presenta un soplo sistólico que es de tipo fisiológico o funcional y generalmente desaparece después del parto. Además, ocurre un fenómeno conocido como síndrome de hipotensión supina, que se manifiesta como una caída abrupta de la presión sanguínea, bradicardia, sudoración, náuseas, debilidad y necesidad de aire cuando la paciente está acostada; estos síntomas se presentan debido al entrecimiento del retorno del flujo venoso del corazón que resulta de la compresión de la vena cava inferior por la presión que el útero ejerce y que conduce a disminución en la presión arterial, en el gasto cardiaco y la pérdida de la conciencia. (p. 111)

Necesidad de alimentarse comer y beber adecuadamente; es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos así, como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo. (Dellarossa, 2016, p.10)

Las adolescentes que se embarazan antes de alcanzar la madurez biológica, es decir, en los cuatro años siguientes a la menarquia, están en situación de alto riesgo nutricional, ya que deben satisfacer las necesidades de energía y nutrientes de su crecimiento, además de cubrir las demandas propias del embarazo. Aunque el riesgo nutricional está aumentado tanto para la madre como para el feto, no está claro si ello es debido a la edad, o a factores sociales externos, tales como deficiente nutrición, peso

bajo al inicio del embarazo y pobre ganancia de peso. (Cedillo, citado en Perea y Romaní, 2015, p. 45)

El estado nutricional es un factor que condiciona en muchos casos decisivamente el curso de la gestación. Es sabido que estados de malnutrición y/o carenciales pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo; partos prematuros, malformaciones fetales, abortos, incluso algunas situaciones de malnutrición severa pueden llevar a la mujer a situaciones de infertilidad, impidiendo así la fecundación. La evaluación de los hábitos alimentarios de las embarazadas, muestra que las menores de 18 años de edad tienen patrones de alimentación erráticos así como un menor consumo de alimentos que las mujeres adultas. Comúnmente se ha reportado que las adolescentes llevan dietas que no proveen la cantidad suficiente de nutrientes que necesitan para asegurar su salud, de ahí que los aportes de calorías, calcio, hierro, cinc, ácido fólico y vitaminas A y C se encuentran en cantidades inadecuadas en un grupo importante de adolescentes. (Salinas, citado en Perea y Romaní, 2015, p. 45)

Debido a ello es necesario conocer los principales requerimientos nutricionales en la dieta de una gestante adolescente, como:

Requerimiento de energía: El concepto de energía se aplica al consumo de alimentos y la cantidad que el ser humano requiere para vivir, los factores que determinan las necesidades de energía se encuentran dadas por la tasa de metabolismo basal, nivel de actividad física y el crecimiento. De esta forma se define requerimiento de energía como la cantidad de energía necesaria para cubrir el gasto energético que permita mantener el tamaño y la composición corporal que de la mano con un nivel necesario aceptable de actividad física sea consistente y proporcione un buen estado de salud a largo plazo. (Guzmán, Maldonado y Palacios, 2017, p. 10)

Durante la gestación tienen lugar distintos acontecimientos cuya consecuencia es un aumento del gasto energético basal. Parte de la necesidad de energía adicional es requerida para cubrir el costo de la síntesis de nuevos tejidos corporales. Este aumento es también debido a los procesos de crecimiento uterino, placentario y fetal, y al aumento de trabajo cardíaco materno. (Mataix y Aranda citado en Navia, Perea y Requejo, 2016, p.31)

Requerimiento de macronutrientes: Proteínas: "Las demandas de proteínas durante el embarazo se establecen teniendo en cuenta la acumulación en el feto y en los tejidos maternos, la tasa de depósito no es constante, siendo más importante la retención luego del segundo trimestre" (Medina (2015, p.12).

"En el embarazo, el crecimiento feto placentario, así como el de algunos órganos maternos, particularmente el útero, precisan un elevado aporte de aminoácidos y proteínas (+ 12 %) dado que se estima que las proteínas depositadas en estos tejidos alcanzan la cifra de 925 gramos" (Gil, citado en Escobedo y Lavado, 2015, p.4).

Como afirma la *The Journal of Perinatal Education*: se debe cubrir un total de 3 porciones mínimas de carnes y huevos como principales fuentes de proteínas. Hay que considerar que existen fuentes de proteínas con alto porcentaje de grasa, por lo que se debe seleccionar aquellas que contengan menos grasa, como carnes magras: pollo, pescado, res; utilizando un adecuado método de cocción. Podemos aprovechar otras fuentes de proteína de origen vegetal como la soya, quinua, leguminosas. (Landívar y Pillco, 2015, p.21)

Lípidos: Neufeld, Rubio, Pinzón y Tolentino, expresan que "En el embarazo se requiere un aumento en el aporte de lípidos, en principio para lograr las reservas de grasa en el organismo materno durante el primer trimestre, y posteriormente para el crecimiento de los nuevos tejidos" (Escobedo y Lavado, 2015, p.5).

Se debe mantener las recomendaciones generales sobre la ingestión de lípidos, es decir del 25 al 30% de las calorías totales, controlando la ingesta de grasas de origen animal y fomentando el consumo de grasas de origen vegetal. Las recomendaciones de grasas son de 4 porciones, dando prioridad a las grasas insaturadas, que son componentes esenciales del sistema nervioso central perinatal (que crece a una gran velocidad), no así los ácidos grasos trans derivados de productos industriales donde se sugiere que la ingesta de debe ser lo más baja posible para las mujeres embarazadas y lactantes por la vulnerabilidad del par madre-feto/lactante. Las grasas poliinsaturadas que la gestante debería consumir son: aceite de maíz, girasol, oliva, o soya (1 cucharadita), aceitunas (8 unidades), aguacate (1 rodaja), almendras, maní, nueces (8- 10 unidades). Y las grasas saturadas que se deberían evitar son mantequilla, crema de leche, nata, manteca de cerdo. (Landívar y Pillco, 2015, p. 22)

Carbohidratos: La media estimada de requerimientos es de 135 gr/día y la ingesta adecuada de 175 g/día. Esa cantidad es la recomendada para proporcionar calorías suficientes en la dieta para prevenir la cetosis y mantener una glucemia apropiada durante el embarazo. Los 175 gr se traducen en 700 kcalorías. Por lo tanto, es necesario elegir bien los alimentos para incluir todos los nutrientes en el embarazo en la dieta diaria. (Krause, 2001, p. 1156,)

Requerimientos de micronutrientes:

Vitamina A: Mataix y Miranda mencionan que "La vitamina A es necesaria para el crecimiento, diferenciación celular y correcto desarrollo del feto, la formación de calostro, la síntesis de hormonas ligadas a la gestación y la constitución de depósitos hepáticos para la lactancia" (Navia, Perea y Requejo, 2016, p. 38).

La vitamina A juega un rol muy importante en el desarrollo embrionario y también en el desarrollo del cuerpo, corazón, ojos y oídos, es indispensable para la

formación y mantenimiento sano de los tejidos del cuerpo en especial los ojos, piel, aparato respiratorio y digestivo, así como el funcionamiento del sistema inmunológico, además contribuyen a prevenir la anemia. Esta vitamina es esencial para el crecimiento, la protección de las mucosas, aparato digestivo y respiratorio y para la defensa contra las infecciones que afectan a la madre y al niño. Existe evidencia que la deficiencia de vitamina A aumenta la mortalidad maternal. La vitamina A está presente en todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, huevo y productos lácteos. Además, es recomendable que una mujer gestante consuma todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga), los cuales son fuentes de vitamina A. (Ministerio de Salud, 2004, p.16)

Ácido fólico: "Los requerimientos de ácido fólico aumentan durante el embarazo en respuesta a las demandas de eritropoyesis materna y fetal y del crecimiento de la placenta" (Krause, 2001, p. 49).

Nardi menciona que durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural. Es deseable que la mujer haya consumido suficiente ácido fólico durante el período preconcepcional a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos. (Velásquez y Valqui, 2017, p. 29)

Según el Ministerio de Salud (2004) menciona que el tubo neural se forma en el primer mes del embarazo, por esto es importante que la mujer en edad fértil consuma cantidades adecuadas de ácido fólico antes del embarazo. También su deficiencia está asociada con otras malformaciones congénitas y con parto prematuro. El ácido fólico

contribuye en la prevención de la anemia megaloblástica y está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos. (p. 16)

Calcio: Los requerimientos maternos de calcio aumentan durante la gestación. Las hormonas reguladoras del calcio están alteradas, de manera que hay mayor absorción del mismo en el intestino. La gestante retiene casi 30 g de calcio, la mayor parte del cual se deposita en el feto en el tercer trimestre. (Escobedo y Lavado, 2015, p.7)

Para Pérez, la madre cede un total de 30 a 35g de calcio para el crecimiento y el desarrollo del feto. Se sabe que la producción de hormona paratiroidea en la gestante disminuye, pero la absorción intestinal de calcio es regulada por la dihidrovitamina D y la transferencia materna fetal facilitada mantiene un correcto equilibrio. (Perea y Romaní, 2015, 12, p. 55)

“El consumo de lácteos y derivados en la gestante debe estar cubierto con 3 a 4 porciones al día. Estas porciones se podrían cubrir consumiendo 2 tazas de leche al día, más una taza de yogurt y una o dos rodajas de queso”. (Landívar y Pillco, 2015, p. 24)

Hierro: A lo largo de la gestación la mayoría de las mujeres van a presentar cambios hematológicos secundarios a la deficiencia de hierro. La anemia ferropénica es la deficiencia nutricional más frecuente entre las embarazadas que se produce por una disminución de los niveles de hemoglobina y de hierro sérico. (López, Sánchez y Calderay, 2010. p. 119)

El hierro es un mineral indispensable para la formación de los glóbulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia ferropénica. La cantidad de hierro que una mujer embarazada debe consumir es un 50% mayor en relación a la mujer no embarazada y es casi imposible cubrir esa cantidad sólo con alimentos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012, p. 10); por ello se recomienda la suplementación con sulfato

ferroso a partir del cuarto mes de embarazo, siendo la dosis diaria recomendada de 300 mg, pero si empieza a tomar a partir de las 32 semanas, la dosis debe ser de 600 mg. Asimismo, para garantizar la absorción de este mineral, debe ser ingerido media hora antes del almuerzo, de preferencia con jugos ricos en ácido ascórbico. No se debe administrar con líquidos que impiden su absorción como leche, infusiones de hierbas, café o té, así como con otros medicamentos porque pueden disminuir su absorción, comunicar a la gestante que las deposiciones se pondrán de color oscuro, en ocasiones pueden ocurrir molestias digestivas leves y pasajeras, si continúan tomar el suplemento después de una comida o en forma fraccionada. (Ministerio de Salud, 2004, pp. 20 – 21)

Zinc: Martínez afirma que el zinc interviene en el crecimiento, desarrollo y diferenciación celular, participa en el metabolismo de proteínas, carbohidratos y lípidos, y además colabora con hormonas importantes en el crecimiento óseo como testosterona, hormonas tiroideas e insulina. Las necesidades de zinc se incrementan durante el embarazo. Su déficit se relaciona con un mayor riesgo de partos pretérmino, menor crecimiento fetal, mayor incidencia de malformaciones y más complicaciones maternas (preeclamsia). Además, dada la interacción existente entre el hierro y el zinc a nivel intestinal, es necesario vigilar la situación en este mineral en las mujeres que consumen suplementos de hierro. (Navia, Perea, y Requejo, 2016, p.48)

El Ministerio de Salud (2004), menciona que el zinc juega un rol importante en la división celular, metabolismo hormonal, metabolismo de proteínas y carbohidratos. Al igual que con el hierro es importante el consumo diario de alimentos de origen animal debido a que son fuentes alimentarias de zinc más biodisponibles. Existe evidencia que el consumo adecuado de este micronutriente durante el embarazo

mejoraría el peso y la talla del niño al nacer. Este mineral se encuentra en las carnes rojas, los mariscos y las vísceras. (p 17)

Y por el otro lado se asocia a patrones de comidas irregulares y deficientes, que determina sus hábitos de alimentación por las preferencias y aversiones, así como las prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos, proporcionando así que las dietas que consumen no provean la cantidad suficiente de nutrientes que necesitan para asegurar su salud y la de su hijo. (Falconi, 2014, p.29)

La alimentación de la mujer embarazada debe ser evaluada para poder anticipar posibles deficiencias en la ingesta de nutrientes, cada vez que se observen carencias en la alimentación de la mujer embarazada es importante establecer si las mismas son consecuencia de inadecuados hábitos alimentarios exclusivamente o de dificultades en el acceso a los alimentos. Debido a que no todos los alimentos aportan todos los nutrientes necesarios, es importante que se evalúe la variedad de 11 alimentos de los que disponen las mujeres gestantes y consumir alguno de ellos cada día, para que la alimentación sea completa. Entre estos alimentos destaca. (Ministerio de salud de la Nación, 2012, p. 6)

Cereales y sus derivados: en este grupo se encuentra el arroz, la avena, la cebada, el maíz, el trigo y sus derivados como harinas y los productos elaborados con las mismas (fideos, panes, galletas, etc.). También incluye las legumbres: arvejas secas, garbanzos, lentejas, frejoles, etc. Es recomendable la incorporación de cereales integrales a la alimentación, ya que estos aportan mayor cantidad de nutrientes, así como una importante proporción de fibra. Este grupo se caracteriza por aportar energía (hidratos de carbono), vitaminas del grupo B (especialmente en cereales integrales) y fibra en legumbres y en los cereales integrales. Las harinas de trigo proporcionan un muy alto porcentaje del requerimiento de ácido fólico. (p. 7)

Verduras y frutas: "en este grupo se encuentran todas las frutas y vegetales, así como todas las variedades de frutas y sus jugos naturales. Dado que algunas vitaminas y minerales se pierden en los procesos de cocción, es aconsejable el consumo de por lo menos una porción en crudo cada día. Estos alimentos son fuente de gran variedad de vitaminas, minerales y fibra. (p. 7)

Leche, yogur y queso: "este grupo incluye toda la variedad de quesos, yogures y leches que existen disponibles para consumo, los cuales aportan fundamentalmente calcio, fósforo y proteínas de muy buena calidad nutricional" (p. 7).

Carnes y huevos: en este grupo se consideran todas las carnes animales comestibles como animales de crianza y de caza, peces, frutos de mar, porcinos, caprinos, etc., así como sus órganos (hígado, riñón, etc.), los cuales son fuente importante de hierro de alta absorción (hierro hemínico), zinc y proteínas. Dentro de los huevos, se debe consumir los de gallina, codorniz, etc., pues brindan proteínas de muy buena calidad. (p. 8)

Aceites, frutas secas, semillas y grasas: este grupo aporta energía, vitamina E y ácidos grasos esenciales, incluyendo diferentes productos como los aceites vegetales y las grasas, no obstante debe destacarse la diferencia nutricional entre ambos, pues los aceites son esenciales para la salud al ofrecer nutrientes de suma importancia; en cambio, las grasas de origen animal pueden ser totalmente evitadas sin que eso impacte negativamente en la salud, ya que las 12 grasas que tienen ácidos grasos saturados elevan el riesgo de enfermedad cardiovascular. (p. 8)

Azúcares y dulces: "su uso no es necesario para la adecuada alimentación; sin embargo, su consumo moderado y ocasional, en el marco de una alimentación saludable, no debería ser de mayor preocupación" (p. 8).

Agua: "este es un nutriente esencial para la salud de los seres humanos. Siempre debe consumirse agua potable o adecuadamente potabilizada para evitar el contagio de enfermedades y es recomendable que la embarazada consuma agua a voluntad, ya que es la bebida ideal" (p. 8).

Otro cambio fisiológico que contribuye a acentuar el estreñimiento es el aumento de la capacidad del intestino de absorber agua. Durante el embarazo, el organismo de la mujer necesita de una cantidad de líquido mayor. Por ello, retiene más de la que llevan los alimentos. Entonces, las heces, drenadas de agua, se endurecen, y su tránsito se ralentiza más. (Health & Tech, 03.03.2019, párr. 19)

Para que una alimentación sea saludable es necesario que se incorporen todos los grupos de alimentos para asegurar una correcta provisión de nutrientes y cumplir con las necesidades nutricionales. Sin embargo, dentro de cada grupo de alimentos es importante, asegurar la variedad en el consumo de cada uno de los componentes, pues no es lo mismo el consumo exclusivo de un tipo de vegetal que la elección de diferentes tipos y colores de ellos, puesto que aportarán variedad de nutrientes. (Ministerio de salud de la Nación, 2012, p. 8)

Las modificaciones gastrointestinales se relacionan con el crecimiento del feto y con los cambios hormonales. Las principales manifestaciones son náuseas, vómito y reflujo; este último se presenta por aumento de la presión a nivel del estómago, vaciamiento gástrico lento y reducción en la función del esfínter gastroesofágico. Durante el embarazo hay un incremento en la demanda de energía que promueve el crecimiento del feto y la placenta; esto afecta el metabolismo de todos los nutrientes en especial del hierro y del ácido fólico, entre otros; por lo que las gestantes adolescentes requieren de suplementos nutricionales. (Concha, 2011, p.112)

Necesidad de eliminar por todas las vías corporales; "el organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, traspiración), respiración pulmonar y la menstruación" (Alba, Ríos y López, p.58).

La progesterona es la responsable de la "pereza" intestinal durante el embarazo. La función principal de esta hormona, producida en grandes cantidades por la placenta durante la gestación, es inhibir las contracciones de la musculatura lisa de las paredes uterinas. Su acción relajante de las fibras musculares se extiende también al aparato digestivo y, especialmente, al intestino. Esto hace que se reduzca la eficacia de la peristalsis, es decir, las contracciones involuntarias de la musculatura lisa intestinal. Por esta razón, a veces, el estreñimiento aparece ya en las primeras semanas del embarazo, coincidiendo con el aumento de los niveles de progesterona en el organismo de la futura mamá. (Health & Tech, 03.03.2019, párr. 19)

A medida que el embarazo avanza, a las causas del estreñimiento, se añaden factores de tipo mecánico. Por ejemplo, la reducción de la actividad física y el peso del útero, que comprime el aparato gastrointestinal, ralentizando todo el proceso digestivo. Así pues, no es casualidad que, a menudo, el estreñimiento aparezca por primera vez o se acentúe sensiblemente en la segunda mitad del embarazo (párr. 20).

A nivel renal hay un incremento en la tasa de filtración glomerular, lo que genera cambios en la composición química de la sangre y la orina, incremento en la frecuencia urinaria, e infecciones en el tracto urinario. Otros cambios incluyen la disfunción renal que provoca hipertensión, proteinuria y edema que propician con ello la aparición de la preclampsia. (Concha, 2011, p.112)

Necesidad de dormir y descansar; se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a

la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. (Dellarossa, 2016, p.11)

Uno de los problemas del embarazo es el cansancio muscular, Valera (2009) menciona que al comienzo de la gestación es normal que la mujer se sienta más cansada de lo habitual. Esto se debe en parte a los altos niveles de progesterona que tienen un efecto sedante. El metabolismo se acelera para apoyar el desarrollo del embrión, por lo que los órganos vitales de la gestante adolescente tienen que trabajar mucho más. Esta sensación, que obliga incluso a dormir a la adolescente, va desapareciendo con el paso de los meses hasta que llega la última etapa del embarazo. Entonces, la gestante adolescente vuelve a sentir cansancio como consecuencia, sobre todo, del aumento de peso del bebé dentro del vientre. (p.23)

El aumento de las hormonas propias del embarazo (progesterona, estrógenos, cortisol, melatonina) supone una situación antagónica, donde unas hormonas van a actuar provocando insomnio y otros estados de hipersomnia. Por otro lado, el aumento en el tamaño del útero, los movimientos fetales, y la distensión de la vejiga conllevan respectivamente a un aumento de la frecuencia urinaria, dolor lumbar, reflujo gastroesofágico; en definitiva, cambios que potencialmente explican los trastornos del sueño de la gestante. Los trastornos más frecuentes relacionados con estos problemas van desde el insomnio, la excesiva somnolencia diurna o síndrome de piernas inquietas, hasta los trastornos relacionados con problemas respiratorios. (Marín, Enríquez y Murillo, 2010, párr. 6 - 8)

Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel; "mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las

personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar” (Alba, Ríos y López, p.58).

Dellarossa (2016) afirma que “es recomendable la higiene de los órganos genitales, que debe ser minuciosa, por lo que los flujos y secreciones vaginales aumentan, es conveniente que se practique por la mañana y por la noche” (p.12). “cuando la gestante se encuentra hacia la mitad del embarazo, debe cuidar sus pezones, porque comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua tibia y jabón para mantenerlos suaves, de esta manera evitará la formación de grietas” (Castilla De La Cruz, 2018, p.35).

Al referirse a la condición oral de las gestantes es fundamental reconocer al embarazo mismo como un factor que puede llegar a modificar las condiciones orales y particularmente las estructuras dentales y periodontales; pues a lo largo del embarazo, se registra una serie de cambios a nivel hormonal, vascular, inmunológico y celular que aumentan la susceptibilidad a presentar patologías a este nivel. (Concha, 2011, p.112)

La evidencia parece indicar que los efectos sobre los dientes podrían estar asociados a cambios en el ambiente oral que traen consigo reducción en el pH oral, modificaciones en el flujo salival, alteración en el sistema inmunológico, entre otros; los cuales afectan los mecanismos de remineralización, desmineralización y la función de los sistemas inmunológicos salivales específicos y no específicos que condicionan el desarrollo de la caries dental. Los cambios en la condición periodontal están determinados por las modificaciones vasculares (una mayor permeabilidad capilar), hormonales (el aumento en los estrógenos), e inmunológicos (el incremento en las prostaglandinas) que hacen que se presente una respuesta exagerada de los tejidos que rodean y soportan la estructura dental ante irritantes que en condiciones similares no se registran en las mujeres no embarazadas. (p.112)

El aumento de la acidez en la cavidad oral, el mayor consumo de azúcar debido a los “antojos” y la menor atención a los cuidados de salud oral tienden a aumentar el riesgo de caries, es importante una higiene dental rigurosa después de cada comida, en algunas mujeres embarazadas suelen aparecer algunas pequeñas hemorragias en las encías y caries dentales a causa de la gran necesidad de calcio que la futura madre adolescente tiene en esta época, debido primordialmente a que comienzan a formarse los huesos del futuro niño el cual como es natural, extrae de la madre el calcio que necesita, esta extracción de calcio que sufre la futura madre debe compensarse con vitaminas y un régimen alimenticio rico en calcio y sales minerales, el control de la dentadura por parte de un odontólogo es recomendable. (Castilla De La Cruz, 2018, p.36)

En el **estado de salud**, algunas personas parecen gozar siempre de una especial resistencia ante las enfermedades y han recibido el “don” especial de una salud de hierro, en cambio conocemos personas casi constantemente delicadas de salud con tendencias a enfermarse, cada persona recibe lo que ha de constituirse en parte importante de su misión y su propio particular en proceso. (Castillo y Chacón, 2012, pp. 26 - 27), en relación al estado de salud, las necesidades son:

Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas; “es indispensable para mantener la integridad; entendida ésta, como la armonía de todos los aspectos del ser humano” (Dellarossa, 2016, p.11), “el trabajo de parto necesitará de un esfuerzo físico muy intenso en la mayoría de los casos, por tanto una mujer físicamente activa tendrá una mayor facilidad para afrontarlo, el ejercicio físico ayuda a controlar el dolor y la respiración durante el parto, en el caso de un parto prolongado, la capacidad de resistencia al dolor juega un papel importante” (Castilla De La Cruz, 2018, p.33).

Necesidad del mantenimiento de la salud; "la adolescente tiene poca conciencia de salud, le resulta muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo" (Colmenares, Montero, Reina, González, 18.02.2010, párr.16).

"La gestante debe vacunarse durante la gestación ya que se producen cambios inmunológicos como fisiológicos que perjudican la susceptibilidad de la futura madre y de su hijo" (Castilla De La Cruz, 2018, p.39).

Necesidad de escoger la ropa adecuada; "implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa" (Dellarossa, 2016, p.12).

Reyes (2016) menciona:

Que en la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres, es necesario atender que se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa de controversia para asumir su nueva imagen corporal; haciendo uso de tacones altos y prendas de vestir que comprimen el abdomen lo cual dificulta la circulación materno – fetal. (p.30)

Por lo anteriormente mencionado sobre las necesidades biológicas de la gestante adolescente para el cuidado integral, es necesario conocer la estrategia efectiva que

permita lograr los objetivos y resultados esperados como la capacidad de cuidar de sí misma y de su bebé para lograr su bienestar es, por ello que a continuación hablaremos de efectividad.

La palabra efectividad según lo menciona Mejía (sf, p.1) tiene su origen del verbo latino "efficere" y es definida para Covey (21.03.2018) como "la unión de la eficiencia y eficacia, es decir busca lograr un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos disponibles" (párr.1). Está representada según la siguiente formula:
$$[\text{Puntaje eficiencia} + \text{Puntaje eficacia}] / 2 / \text{Máximo puntaje}$$
. La efectividad se expresa en porcentaje (%).

La eficiencia " es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. En este caso estamos buscando un uso óptimo de los recursos disponibles para lograr los objetivos deseados". (Mejía, sf, p.2) La eficacia es definida como "el grado en que se logran los objetivos y metas de un plan, es decir, cuánto de los resultados esperados se alcanzó" (Mejía, sf, p.2).

Asumimos entonces que la efectividad de las estrategias de enfermería estará representada por la unión entre nuestro objetivo primordial que es lograr el cuidado integral de la dimensión biológica en la gestante adolescente (eficacia) haciendo uso óptimo de los recursos disponibles al menor costo unitario posible (eficiencia); expresado en porcentajes.

Los recursos disponibles son las estrategias de enfermería; definidas por Navarro como "un conjunto de acciones biológicas, mentales, afectivas, sociales y espirituales, debidamente secuenciadas que realiza el profesional de enfermería para planificar, organizar, y ejecutar el cuidado, considerando al sujeto de atención como el centro de éste y desarrollar en ellos la capacidad de cuidar de sí mismos" (Castillo y Chacón, 2012, p.26).

Según Navarro (2011.a) afirma que el proceso de cuidado de enfermería se compone de tres fases: La fase de planeamiento, definido como un acto deliberado, racional y metódico que permite al profesional de enfermería prever acciones para el cumplimiento de objetivos y metas en el cuidado. Además, es un proceso técnico donde se desarrollan estrategias para resolver los problemas y necesidades identificadas...el planeamiento se caracteriza porque es un proceso que abarca el cuidado de enfermería desde la formulación, ejecución y evaluación; permite analizar, racionar, calcular y proyectar una determinada realidad; utiliza instrumentos para organizar sistemáticamente sus estrategias; es continua y permanente; prevé el uso adecuado de los recursos; es predictiva e integral; propicia el desarrollo. (d.2, 4)

Dentro de los Principios del planeamiento se encuentran: Objetividad, con afirmaciones precisas de forma cualitativa y mensurable. Flexibilidad, ante los posibles cambios o situaciones coyunturales, así como estructurales; uniformidad, propiciando la articulación de estrategias y acciones de cuidado. Factibilidad, buscando que el resultado sea mayor que los gastos. Participación, que el cuidado se nutra con el aporte de los beneficiarios y colaboradores. (d.5)

Según Navarro (2011.a) la fase de Planeamiento se aplica a través de los siguientes procesos:

1. Priorización: "significa determinar la necesidad de cuidado inmediato a un diagnóstico de enfermería en relación a los demás diagnósticos formulados" (d.7).
2. Resultados esperados: "redacción de objetivos a lograr cumpliendo estrictamente con normas de redacción: relacionados con la respuesta humana, centrados en la persona, claros y concisos, mensurable y observable, realistas, limitados en cuanto al tiempo y determinados conjuntamente con la familia.

3. Plan de cuidados: "es un documento de registro organizado de los diagnósticos, resultados y estrategias de enfermería" (d.8).

3.1. Las estrategias de cuidado: "son un conjunto de acciones biológicas, mentales, afectivas, sociales y espirituales debidamente secuenciadas que realiza el profesional de enfermería para planificar, organizar, ejecutar y evaluar el cuidado haciendo uso de métodos, técnicas y procedimientos" (d.9).

3.2. Acciones: "habilidad para actuar adecuada a las necesidades de la familia o persona. Para desarrollar las acciones de enfermería que planteamos alternativas eficaces y responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo lograr los resultados esperados? ¿Cómo fomentar, mantener o restablecer la salud en la familia o persona? Determinando si son acciones dependientes (ejecución de órdenes médicas), interdependientes (actividades realizadas por la enfermera en cooperación con el equipo de salud) o independientes (son ejecutadas sólo por la enfermera)" (d.10).

3.3. Actividades: "es el medio de intervención sobre la realidad, mediante la realización secuencial e integrada de diversas acciones necesarias para alcanzar las metas y objetivos específicos de un programa" (Ataupillco et al., 2016, p. 14). "Debe ser consecuente con el plan de cuidados, basarse en principios científicos, individualizarse a la situación en concreto, utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico, aprovechar la oportunidad para enseñar – aprender, incluir la utilización de los recursos apropiados" (d.11).

3.4. Tareas: "es la acción de una actividad con un grado máximo de concreción y especificidad. Un conjunto de tareas configura una actividad, entre las muchas que hay que realizar para concretar un proyecto" (Ataupillco et al., 2016, p. 14). "Debe cumplir con las directrices para su redacción, firma y fecha, verbo de acción concreto

y modificadores, especificación de quién, qué, dónde, cuándo y con qué frecuencia, enfoque integral e individualizado para la persona o familia" (Navarro, 2011a, d.12).

3.5. Evaluación de los cuidados: "monitoreo de las acciones de cuidado, valoración continua y acciones que permitan evaluar los resultados esperados" (d.13).

La fase de organización es el "acto de coordinar, disponer y ordenar los recursos disponibles (humanos, financieros, físicos y otros) y las actividades necesarias, de tal manera, que se logren los fines propuestos. La organización de cuidados son las formas de división del trabajo y asignación de responsabilidades. En general, podemos distinguir entre asignación de tareas y asignación de actividades" (Thompson, 2007, párr.11).

La fase de ejecución "es la puesta en práctica de las estrategias enumeradas en el plan de cuidados de enfermería. Además son actividades que se emprenden para lograr los objetivos de la familia o los resultados que se pretenda" (Navarro, 2011b, d.2).

La ejecución del cuidado de enfermería se realiza a través de:

1. Preparación: "repaso de acciones de enfermería planificadas, análisis de conocimientos y técnicas de enfermería necesarias, reconocimiento de posibles complicaciones asociadas con determinar las prioridades de enfermería, determinación y suministro de recursos necesarios, preparación del ambiente que favorezca el tipo de actividades requeridas, identificación de cuestiones éticas y legales asociadas" (d.4).
2. Ejecución propiamente dicha: "realizar estrategias de enfermería del plan de cuidados, desarrollar el plan de cuidados basados en el diagnóstico y valoración del estado de salud..., evaluar los resultados, coordinar con el médico y otros profesionales, delegar acciones pertinentes al personal técnico y auxiliar de enfermería" (d.4).

3. Documentación: "registrar las acciones de enfermería ejecutada en la familia, registrar la evolución y respuestas a las actuaciones de la enfermera y usar los distintos tipos de instrumentos y gráficos de enfermería" (d.4).

Según Barrozo y Pressiani (2011) mencionan que en la actualidad como profesionales de enfermería estamos inversos ante la problemática de embarazo en edades tempranas, donde captamos y nos involucramos ante la confiabilidad de la joven adolescente, para obtener información acerca de su estado biopsicosocial, donde se puede ver alterada su psiquis. El abordaje de la problemática establecida se logra, a través de la prevención, en el asesoramiento de la importancia de los controles prenatales, el cumplimiento de esquema de vacunas, informar sobre dietas, para evitar desorden alimenticio, educación en el cuidado e higiene de mamas. (p.12)

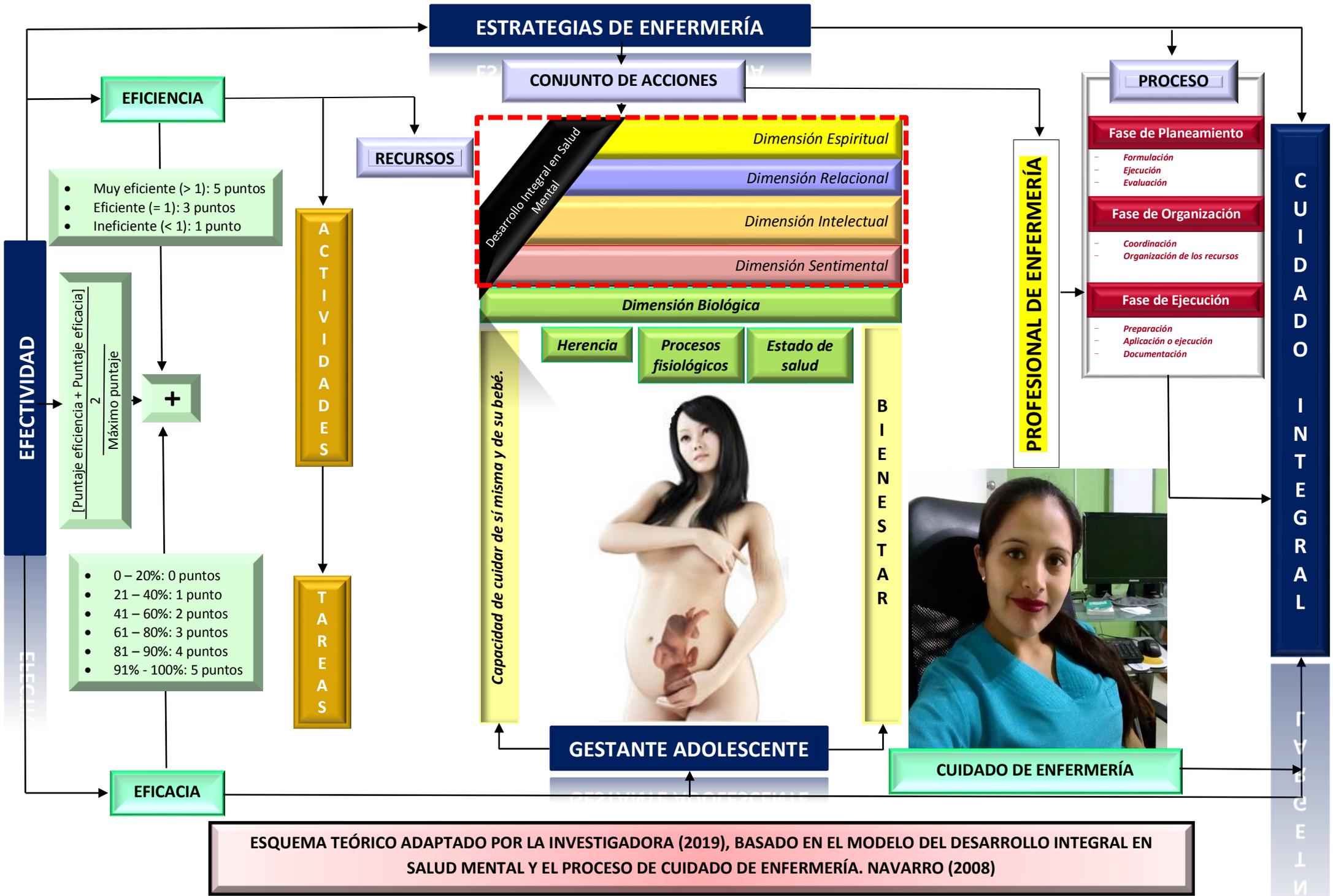
El uso de la información acorde al lenguaje de la adolescente, permite intervenir estableciendo la interacción con el equipo de salud, para poder preparar a la joven, en la participación y el compromiso, al momento del parto y en los cuidados del recién nacido. De este modo podemos incorporar la familia y adolescente a establecer un vínculo de reconocimiento y acercamiento para afrontar la responsabilidad del cuidado de la menor y su embarazo. La enfermería adquiere importancia, creando un ambiente de serenidad, confianza, cuidado y protección, para que de este modo podamos mantener un contacto y seguimiento de un embarazo sin riesgo. (p.14)

Por lo anteriormente fundamentado las estrategias de enfermería fueron desarrolladas según el Modelo DEISAM (Navarro, 2008); mediante la identificación de los problemas y necesidades de la gestante adolescente; centrándonos en esta oportunidad debido a la factibilidad y viabilidad de la investigación solo en dimensión biológica.

Según Noguera y Alvarado (2012, pp.157-158) están orientadas a:

1. Identificar oportunamente en el control prenatal, factores de riesgo, para de esta manera direccionar y orientar a la madre y a su pareja o cuidador a los servicios y programas pertinentes, con la finalidad de prevenir complicaciones en la madre adolescente y en el hijo por nacer.
2. Informar a la madre adolescente, a la pareja y al cuidador, los signos y síntomas de alarma en la gestación, con el objeto de intervenir oportunamente las posibles complicaciones derivadas del embarazo.
3. Fortalecer el autocuidado en la adolescente embarazada, con el fin de que lleve a cabo los cuidados necesarios para preservar su bienestar, y al mismo tiempo lograr que curse con un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones.

Las acciones de enfermería en la dimensión biológica atendidas fueron: Cumplimiento de una dieta nutritiva accesible económicamente; Adopción de hábitos alimenticios adecuados; Adaptación física para una gestación segura; Favorecimiento del bienestar físico en el manejo del dolor; Mantenimiento del sueño y descanso conservado; Conservación de la higiene y cuidado personal; Seguimiento y continuidad de los cuidados de enfermería.



ESQUEMA TEÓRICO ADAPTADO POR LA INVESTIGADORA (2019), BASADO EN EL MODELO DEL DESARROLLO INTEGRAL EN SALUD MENTAL Y EL PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA. NAVARRO (2008)

III. MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

La investigación es de naturaleza cuantitativa; permite la recolección de datos para probar hipótesis, tomando como base la medición y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones de comportamiento y confirmar teorías (Hernández y Fernández, 2006).

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptiva; porque se definió en términos claros y precisos en base a la revisión bibliográfica que características se describieron en relación al cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes.

Exploratoria; cuyo objetivo fue analizar el problema al cual no se cuenta con antecedentes o datos similares relacionados al cuidado integral en la dimensión biológica.

3.2. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 58 gestantes adolescentes atendidas en la Maternidad De María de la Provincia del Santa; distrito de Chimbote, durante el primer y segundo trimestre de gestación, según el libro de Censos "Estadística de atención prenatal de las gestantes 2017"; (Unidad de estadística del Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María, 2017)

3.2.1. Unidad de análisis: Gestante adolescente atendida en la Maternidad De María de la Provincia del Santa.

3.2.2. Marco muestral: El muestreo fue probabilístico haciendo uso del método aleatorio sistemático empleando la fórmula de muestreo para las poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95%.

3.2.3. Muestra: Se trabajó con 33 gestantes adolescentes que fueron atendidas en la Maternidad De María de la Provincia del Santa.

3.2.4. Criterios de inclusión.

- Gestante adolescente primigesta que fue atendida en la Maternidad de María durante el año 2017.
- Gestante adolescente en el primer y segundo trimestre de gestación.
- Gestante adolescente que se encuentre orientada en tiempo, espacio y persona.
- Gestante adolescente que acepte participar en el estudio voluntariamente. (**Anexo 1**)

3.2.5. Criterios de exclusión.

- Gestante adolescente con diagnóstico en el embarazo de diabetes, preeclampsia, eclampsia, anemia moderada o grave y embarazo multifetal.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Se dio cumplimiento a los principios éticos de esta investigación regidos por la Universidad Nacional del Santa (2017, p.3):

Protección de la persona: respetar la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la libertad, el derecho de autodeterminación informativa, la confidencialidad y la privacidad de las personas que participaron en el proceso de investigación.

Consentimiento informado y expreso: contar con la manifestación de a voluntad, informada, libre, inequívoca y específica a través de la cual las personas o titulares de los datos, consienten el uso de su información para los fines específicos de la investigación.

Cuidado al medio ambiente y al respeto de la biodiversidad: evitar acciones lesivas a la naturaleza y a la biodiversidad, esto implica comprender la integralidad del sistema de elementos biológicos, abióticos, socioeconómicos culturales y estéticos que interactúan entre sí, con los individuos y con la comunidad en la que viven en busca de la conservación racional y sostenible de los recursos. Específicamente, implica el respeto de todas y cada una de las especies de seres vivos, así como a la diversidad genética.

Responsabilidad, rigor científico y veracidad: actuar con responsabilidad en relación con la pertinencia, los alcances y las repercusiones de la investigación, tanto a nivel institucional, individual y social. Asimismo procederán con el rigor científico asegurando la validez, fiabilidad y credibilidad de sus métodos, fuentes y datos.

Bien común y justicia: destacar el bien común y la justicia antes que el interés personal, impidiendo efectos perjudiciales que puedan generar la investigación en las personas, en el medio ambiente y en la sociedad en general.

Divulgación de la investigación: Obligados a difundir y publicar los resultados de las investigaciones realizadas en un ambiente de ética, pluralismo ideológico y diversidad cultural. Así como comunicar los resultados a las personas, grupos y comunidades participantes en la investigación.

Respeto a la normatividad nacional e internacional: Conocer y respetar la legislación que regula el campo objeto de investigación. Ya que conocer la normatividad no es suficiente, es necesario el espíritu de las normas, tener convicción interna y reflexionar sobre las consecuencias de nuestros actos como investigadores.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A. VARIABLE 1: EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA

Definición conceptual: Asumimos entonces que la efectividad de las estrategias de enfermería estará representada por la unión entre nuestro objetivo primordial que es lograr el cuidado integral de la dimensión biológica eficaz en las gestantes adolescentes (eficacia) haciendo uso óptimo de los recursos disponibles al menor costo unitario posible (eficiencia); expresado en porcentaje.

$$\frac{\text{Puntaje obtenido de la eficacia (0 – 5)} + \text{Puntaje obtenido de la eficiencia (0 – 5)}}{2}$$

$$\text{Puntaje máximo (5)}$$

Efectividad: la unión de la eficiencia y eficacia, es decir busca lograr un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos disponibles. (Covey, 21.03.2018)

Estrategias de enfermería: son un conjunto de acciones biológicas, mentales, afectivas, sociales y espirituales, debidamente secuenciadas que realiza el profesional de enfermería para planificar, organizar, y ejecutar el cuidado, considerando al sujeto de atención como el centro de éste para desarrollar en ellos la capacidad de cuidar de sí mismos. (Navarro, citado en Castillo y Chacón, 2012)

Dimensiones:

Eficacia: es el grado; en el que se logran los objetivos y metas de un plan, es decir; cuánto de los resultados esperados se alcanzó. (Mejía, sf)

Resultado alcanzado / Resultado esperado

- 0 - 20%: 0 puntos
- 21 – 40%: 1 punto
- 41 – 60%: 2 puntos
- 61 – 80%: 3 puntos
- 81 – 90%: 4 puntos
- 91 – 100%: 5 puntos

Eficiencia: es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. En este caso estamos buscando un uso óptimo de los recursos disponibles para lograr los objetivos deseados. (Mejía, sf)

Resultado alcanzado / Costo alcanzado * Tiempo alcanzado

Resultado esperado / Costo esperado * Tiempo esperado

- Muy eficiente: > 1: 5 puntos
- Eficiente: = 1: 3 puntos

- Ineficiente: < 1: 1 punto

Definición operacional: Mediante escala nominal

No efectiva (del 0 al 50%): puntaje obtenido de la eficacia (0 a 2 puntos) + puntaje obtenido de la eficiencia (0 - 2 puntos)/2/ puntaje máximo (5). Expresado en porcentaje; después de aplicar las estrategias de enfermería.

Efectiva (del 51 al 100%): puntaje obtenido de la eficacia (3 a 5 puntos) + puntaje obtenido de la eficiencia (3 - 5 puntos)/2/ puntaje máximo (5). Expresado en porcentaje; después de aplicar las estrategias de enfermería.

B. VARIABLE 2: CUIDADO INTEGRAL EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

Definición conceptual: Es aquel cuidado para solucionar y/o minimizar problemas y sus causas establecidos en el diagnóstico de enfermería de la dimensión biológica. (Navarro, 2011) en las gestantes adolescentes.

Cuidado: es un acto propio de cada ser humano. (Chinchuña y Reimundo, 2017)

Integral: capacidad de disfrutar integralmente las posibilidades de la vida, ajustándose a los cambios, participando creativamente dentro de ellos. El producto final de todo ello es poseer el bienestar biológico, emocional, mental, social y espiritual de la persona así como su productividad, incluyendo la economía. (Navarro, citado en Castillo y Chacón, 2012)

Dimensión biológica: El hombre se manifiesta a través de su organismo, caracterizado por la herencia, por su estado de salud y sus procesos fisiológicos, en la extraordinaria marcha desde la inmadurez a la madurez biológica; para luego envejecer y morir. Requiere para ello tener la oportunidad de crecer en forma sana, para que logre expresar la fuerza de su ser personal a través de sus obras. (Navarro, 2008)

Gestante adolescente: es toda mujer entre los 10 y 19 años que se encuentra en estado de embarazo, cuyas características físicas, psicológicas y sexuales aún se encuentran en proceso de desarrollo y crecimiento. (Cardozo, 2008)

Dimensión:

Cuidado básico: son cuidados llevados a cabo para satisfacer algunas necesidades básicas de la persona. (Dellarrosa, 2016)

Cuidado integral: Es aquel cuidado para solucionar y/o minimizar problemas y sus causas establecidos en el diagnóstico de enfermería. (Navarro, 2011)

Definición operacional: Mediante escala nominal

Cuidado básico (0 a 19 puntos): puntaje obtenido de la guía de observación antes y después de aplicar las estrategias de enfermería.

Cuidado integral (20 a 38 puntos): puntaje obtenido de la guía de observación antes y después de aplicar las estrategias de enfermería.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y observación, mediante la aplicación del siguiente instrumento:

Guía de observación para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes (Anexo 2)

Es un instrumento de registro que el profesional enfermero utiliza para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes; elaborado por la investigadora en base al Modelo del DEISAM adaptado a la dimensión biológica (Navarro, 2008); cuya construcción se realizó a partir de una exhaustiva revisión de la evidencia científica y a los aportes de diversos autores Iquilín (2015) y Guzmán (2015 – 2017). El instrumento está constituido por tres secciones:

Sección 1: Características sociodemográficas; referida a los datos de identificación de la gestante adolescente: Edad gestacional, edad de la gestante adolescente, grado de instrucción, ocupación, estado civil, religión, convivencia, dependencia económica, edad de su pareja, antecedentes personales, antecedentes familiares, antecedentes patológicos y antecedentes ginecológicos.

Sección 2: Cuidado integral en la dimensión biológica; se registró los detalles observados respecto al cuidado integral de la dimensión biológica en las gestantes adolescentes; consta de 35 subcategorías con un patrón de respuesta, con dos criterios (inadecuado = 1 punto y adecuado = 0 punto); el valor mínimo es de 0 a 17 puntos; refiriéndose a un nivel de cuidado básico y el valor máximo es de 18 a 35 puntos; refiriéndose a un nivel de cuidado integral. Se divide en las siguientes categorías:

CATEGORÍAS	N°	SUB CATEGORÍAS	RESPUESTA	PUNTAJE
ESTADO NUTRICIONAL Cuidado básico: 0 – 3 puntos Cuidado integral: 4 – 6 puntos	1	Valor antropométrico	Adecuado según su IMC pregestacional.	01
	2	Ganancia de peso	Adecuado según su IMC pregestacional.	01
	3	Altura uterina	Entre los percentiles 10 y 90.	01
	4	Glucemia	Normoglicemia	01
	5	Concentración de hemoglobina	Hemoglobina normal	01
	6	Síntomas digestivos que alteren su nutrición	Ninguno	01
HÁBITOS ALIMENTICIOS Cuidado básico: 0 – 3 puntos Cuidado integral: 4 – 6 puntos	7	Tipo de consumo de alimentos	Recomendado	01
	8	Suplementación de alimentos	Hierro y/o ácido fólico	01
	9	Grasas más utilizadas para cocinar	Aceite de oliva	01

	10	Tipo de endulzante para endulzar alimentos/bebidas	Miel.	01
	11	Número de comidas al día	5	01
	12	Ingesta de líquidos	De 8 – 10 vasos	01
BINESTAR FÍSICO Y EJERCICIO Cuidado básico: 0 – 2 puntos Cuidado integral: 3 – 4 puntos	13	Actividad física habitual	Activa	01
	14	Estado físico actual	Presión arterial, frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, temperatura axilar dentro de los valores normales.	01
	15	Localización del dolor y/o molestias	Niega	01
	16	Expresión facial del dolor	Sin dolor	01
SEGUIMIENTO Y MONITOREO Cuidado básico: 0 – 2 puntos Cuidado integral: 3 – 4 puntos	17	Realización de controles prenatales	Controlada (≥ 6)	01
	18	Inmunización	1ra y/o 2 dosis de la vacuna dT y/o influenza	01
	19	Consulta odontológica	Si	01
	20	Recibe tratamiento	Si y/o no tiene problemas del tracto urinario	01
HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES Cuidado básico: 0 – 5 puntos Cuidado integral: 6 - 10 puntos	21	Problemas del tracto urinario	Ninguno	01
	22	Frecuencia del cepillado de los dientes	3 veces al día como mínimo	01
	23	Higiene íntima	3 veces al día, con jabón neutro	01
	24	Calidad de la ropa interior	Algodón	01
	25	Forma de asearse los genitales	De la región vaginal a la región anal	01

	26	Retiene con frecuencia la orina	No	01
	27	Características de la orina	Amarillo, transparente y sin mal olor.	01
	28	Ruidos intestinales	Euperistálticos (3 a 5 x ´)	01
	29	Características de las heces	Suaves y blandas, 1 – 2 veces al día y forma como una víbora. (1 punto)	01
	30	Vestimenta que usa frecuentemente	Ropa cómoda y holgada, calzado con poco tacón y base ancha, sujetador o sostén apropiado	01
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Cuidado básico: 0 punto Cuidado integral: 1 punto	31	Métodos de planificación familiar que usaría	Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea o métodos de abstinencia periódica o condón o preservativo o dispositivo intrauterino o inyectable hormonal o píldora anticonceptiva o implante	01
SUEÑO Y DESCANSO Cuidado básico: 0 – 2 puntos Cuidado integral: 3 – 4 puntos	32	Horas de sueño y descanso	Sueño de 6 - 8 horas y descanso más de 2 horas	01
	33	Como se encuentra al despertar	Satisfecha y descansada	01
	34	Factores que interrumpen el sueño	Ninguno	01
	35	Postura	Opta la posición acostada sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas, postura adecuada al caminar (espalda recta) y	01

			usa sillón con respaldar y cojines al sentarse	
--	--	--	--	--

Sección 3: Evidencia de Conformidad del Cuidado Aplicado

3.4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a una prueba preliminar, se aplicó una prueba Test-retest a 10 gestantes adolescentes que no participaron en la intervención, captadas en el Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote, por tener características sociodemográficas similares a la población de estudio. Se realizó con la finalidad de que el instrumento usado sea claro, preciso y entendible, constituido por 35 preguntas:

3.4.1. Validez: La validación estadística se realizó a través de la prueba de Correlación de Pearson, considerándose válido el ítem cuando sea $r > 0.20$.

- Guía de observación para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes: $r = 0.43$ significa un mediano grado de validez.

3.4.2. Confiabilidad: La confiabilidad estadística del instrumento se estimó según el coeficiente de alfa de Crombach considerándose como confiable $c > 0.50$.

- Guía de observación para identificar el nivel de cuidado en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes: $c = 0.414$ significa un mediano grado de confiabilidad.

3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para realizar el estudio de investigación se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

- Se solicitó la autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación a la Dirección de la EAP de Enfermería y de igual manera a la dirigencia del Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María, del distrito de Chimbote, Provincia del Santa.

- Se solicitó el consentimiento informado a cada participante previa información de la finalidad de la investigación.
- Se recolectó los datos mediante la aplicación del instrumento "Guía de observación para identificar el nivel de cuidado de la dimensión biológica en las gestantes adolescentes antes y después de aplicar las estrategias de enfermería, con una duración de 45 minutos en el hogar de cada gestante adolescente.
- Se entrevistaron en su totalidad treinta y tres (33) gestantes adolescentes; 2 encuentros necesarios para identificar el nivel de cuidado de la dimensión biológica en las gestantes adolescentes y diseñar las estrategias de enfermería.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento, interpretación y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado SPSS versión 22.0., en sus dos niveles: descriptivo y analítico; a nivel Descriptivo; los resultados se presentaron en tablas unidimensionales y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia absoluta y relativa. A nivel analítico: se aplicó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, con un 5 % de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar el nivel de efectividad de las estrategias de enfermería. Para los gráficos se utilizó el Software Harvard Graphic.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica en las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

<u>Nivel de cuidado</u>	<u>Estrategias de enfermería</u>			
	<u>Antes</u>		<u>Después</u>	
	N	%	N	%
Cuidado básico (0 – 17)	30	90,9	2	6,1
Cuidado integral (18 – 35)	3	9,1	31	93,9
TOTAL	3	100,0	33	100,0
Promedio (χ)	13,0		33,7	
CV	18,750		21,155	

Fuente: Visita domiciliaria del profesional de enfermería en el hogar de la gestante adolescente.

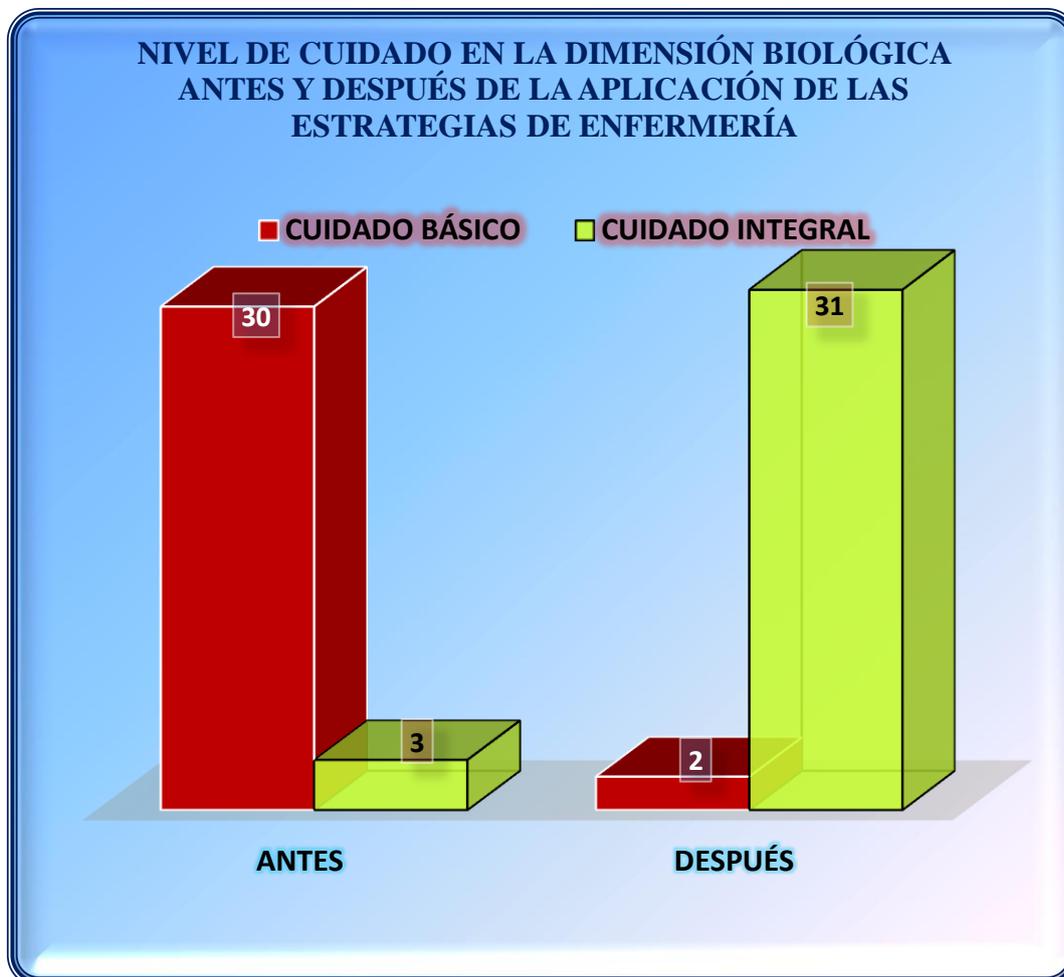


Figura 1. Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

Tabla 1.a;

Distribución Porcentual del Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

<u>Nivel de cuidado</u>	<u>Estrategias de enfermería</u>			
	<u>Antes</u>		<u>Después</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Estado nutricional				
Cuidado básico (0 – 3)	12	36,4	2	6,1
Cuidado integral (4 – 6)	21	63,6	31	93,9
Hábitos alimenticios				
Cuidado básico (0 – 3)	33	100,0	2	6,1
Cuidado integral (4 – 6)	0	0,0	31	93,9
Bienestar físico y ejercicio				
Cuidado básico (0 – 2)	33	100,0	3	9,1
Cuidado integral (3 – 4)	0	0,0	30	90,9
Seguimiento y monitoreo				
Cuidado básico (0 – 2)	29	87,9	0	0,0
Cuidado integral (3 - 4)	4	12,1	33	100,0
Higiene y cuidados personales				
Cuidado básico (0 – 5)	26	78,8	1	3,0
Cuidado integral (6 – 10)	7	21,2	32	97,0
Planificación familiar				
Cuidado básico (0)	21	63,6	0	0,0
Cuidado integral (1)	12	36,4	33	100,0
Sueño y descanso				
Cuidado básico (0 – 2)	28	84,8	1	3,0
Cuidado integral (3 – 4)	5	15,2	32	97,0
TOTAL	3	100,0	33	100,0

Fuente: Visita domiciliaria del profesional de enfermería en el hogar de la gestante adolescente.

Distribución porcentual del nivel de cuidado en la dimensión biológica antes y después de aplicar las estrategias de enfermería.

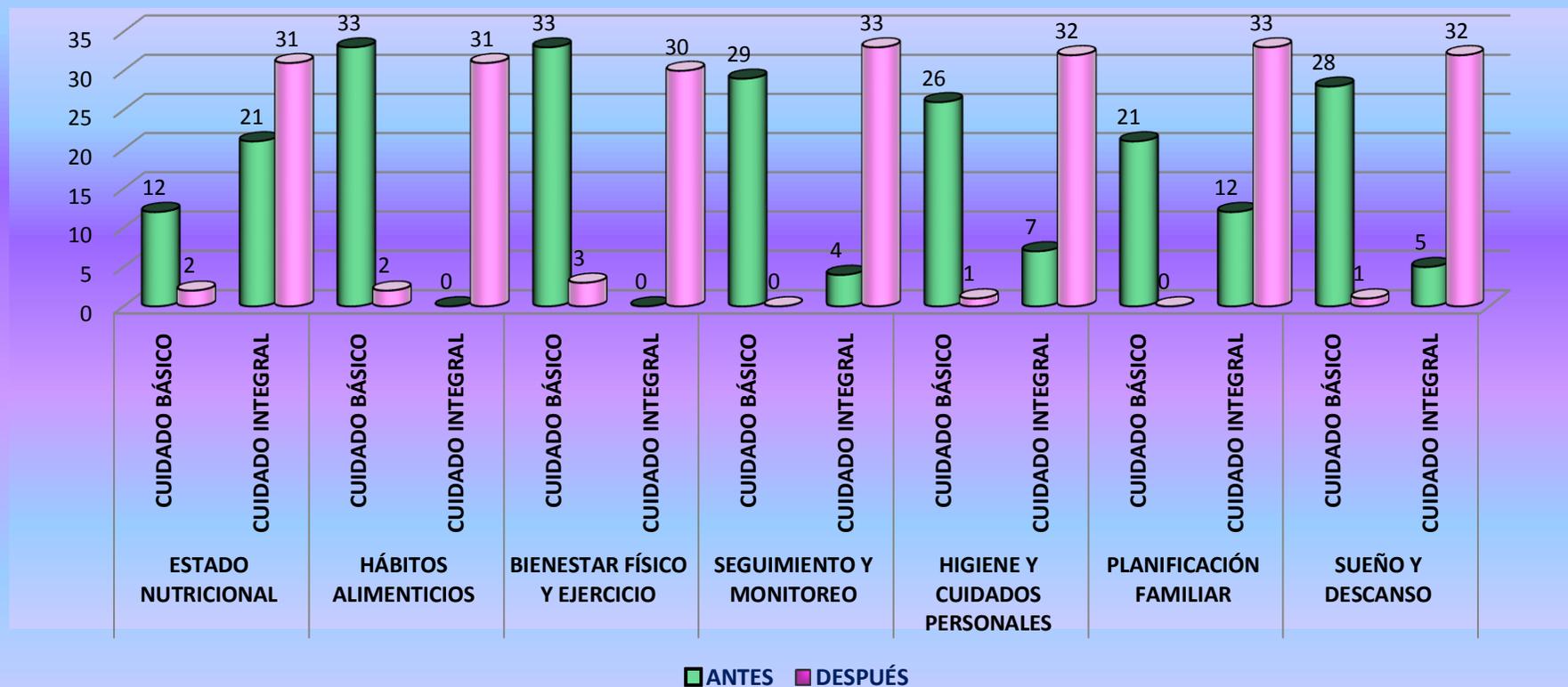


Figura 1.a; Distribución Porcentual del Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

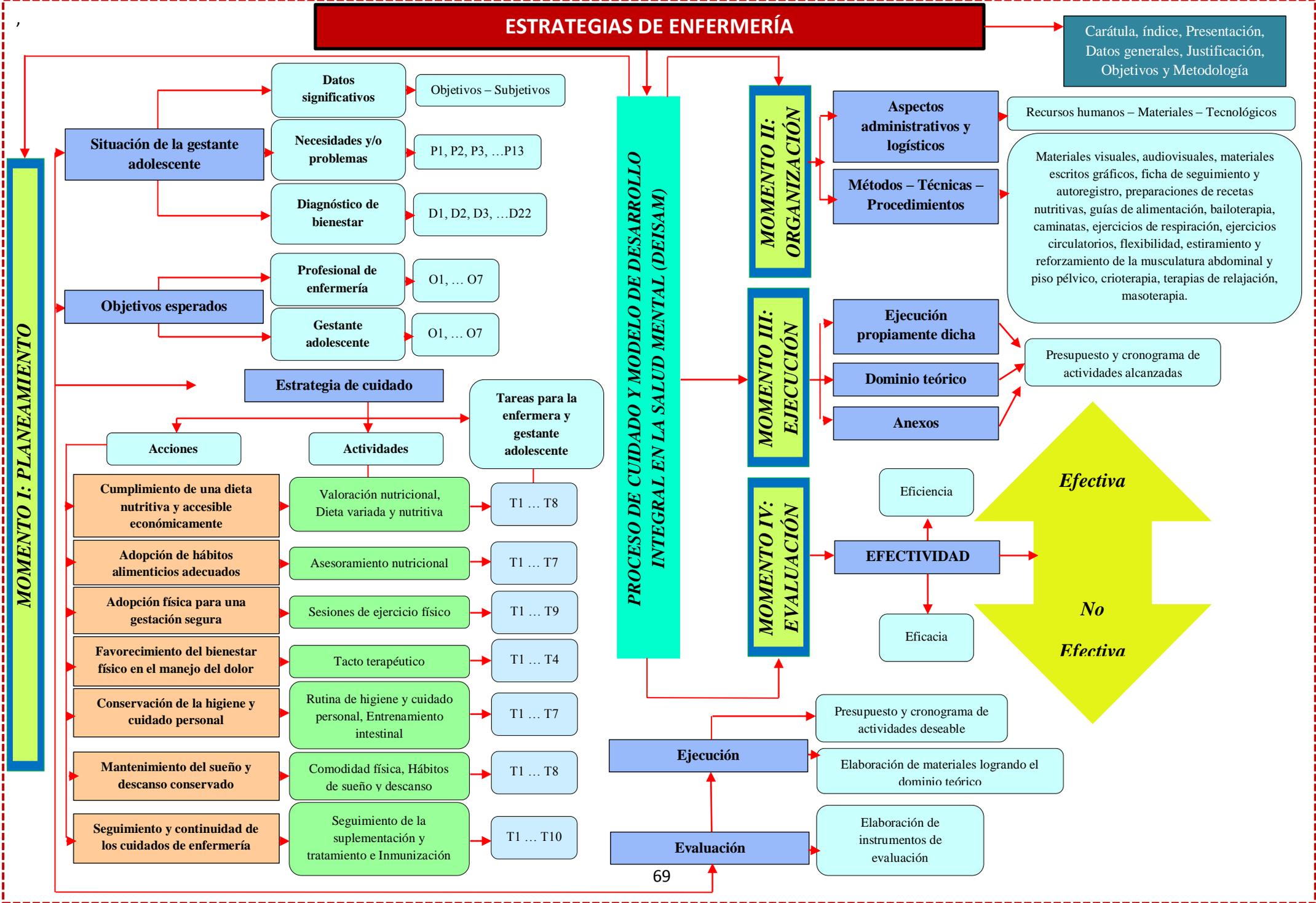


Figura 2. Diseño y Aplicación de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado integral en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

Tabla 2

Nivel de Efectividad de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado integral en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

<u>INDICADORES ESTADISTICOS</u>	<u>GRUPO DE ESTUDIO</u>		<u>Formulación de hipótesis</u>	<u>Prueba T Student para Muestras Relacionadas</u>		
	<u>Antes</u>	<u>Después</u>		<u>Nivel Sig.</u>	<u>Nivel Sig. Experimental</u>	<u>Decisión</u>
						$p < \alpha$
(\bar{X})	13,0	33,7			t = 19,621	
S	4,330	4,599	$H_0 : \mu_{Pos1} = \mu_{Pre}$	$\alpha = 0,05$	p = 0,000	Se rechaza H_0
CV	18,750	21,155	$H_a : \mu_{Pos1} > \mu_{Pre}$			

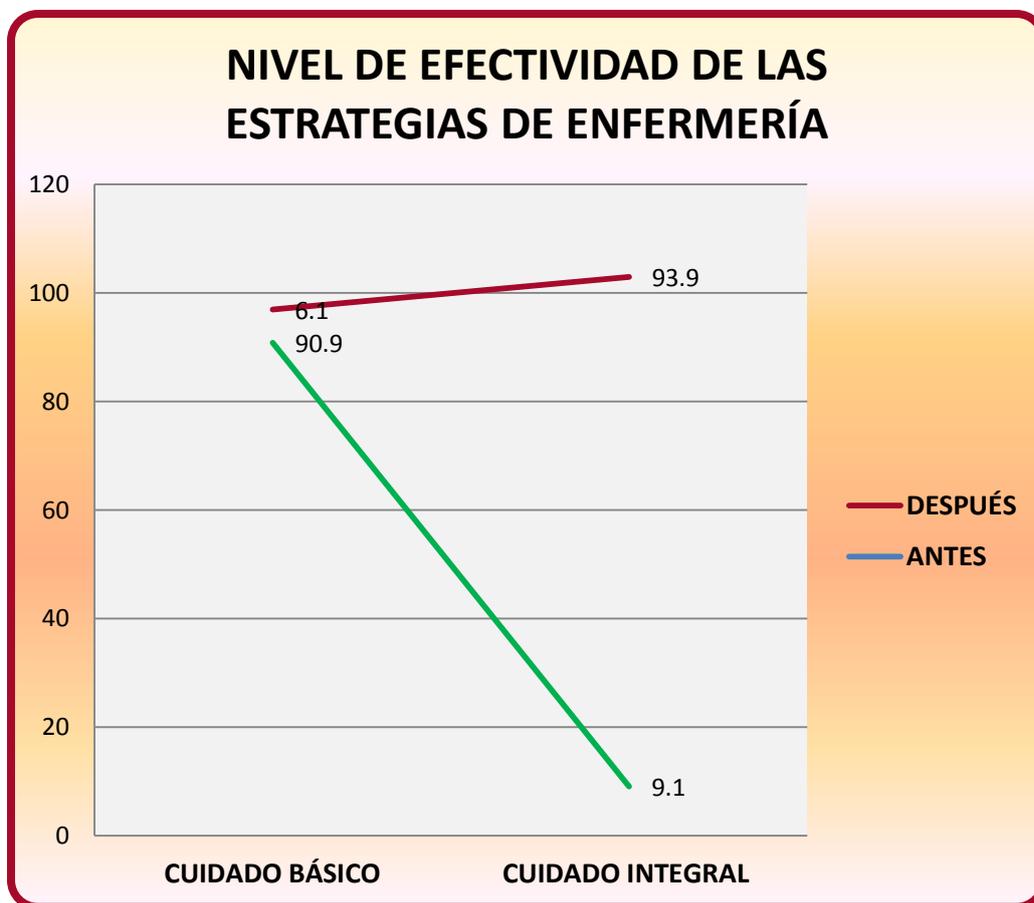


Figura 3. Nivel de Efectividad de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado integral en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1, Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote - 2017. Se observa el nivel de cuidado que recibieron las gestantes adolescentes, el 90,9% fue cuidado básico antes de la aplicación de las estrategias de enfermería; alcanzando un promedio de 13,0 y con un coeficiente de variación porcentual de 18,750%. Sin embargo, el 93,9% de las gestantes adolescentes alcanzaron un nivel de cuidado integral y sólo un 6,1% se mantiene en el nivel de cuidado básico, con un promedio de 33,7 y coeficiente de variación porcentual 21,155%; después de la aplicación de las estrategias de enfermería. Resultados que se asimilan a los de Colmenares, et al (2010), quienes refieren que la gestante adolescente tiene poca conciencia de salud, le resulta muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea, se fundamenta con lo que afirma Figueroa y Vinueza (2018) cuando expresan que enfermería como profesión autónoma a través de su metodología científica está facultada para valorar necesidades, diagnosticar problemas de salud reales o potenciales, planificar intervenciones, ejecutar cuidados y evaluar la eficacia de los mismos; facilitando la identificación de riesgos basados en las percepciones y contrarrestando su impacto en la gestante adolescente.

En la Tabla 1,a; Distribución Porcentual del Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes Antes y Después de la Aplicación de las Estrategias de Enfermería, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote – 2017, donde el profesional enfermero determinó en base a las necesidades identificadas y diagnósticos priorizados en la dimensión biológica. Los resultados porcentuales obtenidos en cuando al estado nutricional (valor antropométrico, ganancia de peso, altura uterina,

glucemia, concentración de hemoglobina y síntomas digestivos que alteren la nutrición) antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 63,6% fue cuidado integral y un 36,4% fue cuidado básico. Después de aplicar las estrategias, el 93,9% fue cuidado integral y solo un 6,1% se mantiene en el nivel de cuidado básico. Resultados que difieren de Castilla de la Cruz (2018), menciona que la práctica de autocuidado de las adolescentes embarazadas fue regular alcanzando 34%, según su dimensión de autocuidado general (control de peso, alimentación, hidratación, actividad física, sueño/descanso, higiene, salud bucal, restricción de hábitos nocivos). En esta investigación las gestantes adolescentes manifiestan su estado nutricional caracterizado a través de su herencia, motivo por el cual están siendo influenciadas por sus propias madres, interviniendo en la adquisición de sus conductas de cuidado en cuanto a su estado nutricional.

Los resultados porcentuales obtenidos en cuanto a los hábitos alimenticios (tipo de consumo, suplementación de alimentos, grasas más utilizadas, tipo de endulzante, número de comidas al día, ingesta de líquidos), antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 100,0% fue cuidado básico. Después de aplicar las estrategias de enfermería, el 93,9% fue cuidado integral y solo un 6,1% se mantiene en el nivel de cuidado básico

Los resultados porcentuales obtenidos en cuanto al bienestar físico y ejercicio (actividad física habitual, estado físico actual, localización del dolor, expresión del dolor), antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 100,0% fue cuidado básico. Y después de aplicar las estrategias de enfermería, el 90,9% fue cuidado integral y solo un 9,1% se mantiene en el nivel de cuidado básico

Los resultados porcentuales obtenidos en cuanto al seguimiento y monitoreo (realización de controles prenatales, inmunización, consulta odontológica y tratamiento), antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 87,9% fue cuidado básico. Y después de aplicar las estrategias de enfermería, el 100,0 fue cuidado integral. Resultados que se

asemejan a lo que menciona Castilla de la Cruz (2018), la práctica de autocuidado de las gestantes adolescentes en la dimensión de conocimientos de autocuidado específico de la salud (asistencia al control prenatal, vacunación, asistencia psicoprofilaxis, asistencia al odontólogo, asistencia al psicólogo, exámenes de laboratorio, consumo de ácido fólico, hierro y calcio) fue regular alcanzando un 41%. Antes de la aplicación de las estrategias de enfermería las gestantes de este estudio no realizan adecuadamente un control de sus cuidados, debido a las dificultades en que ocurrió su embarazo, por lo tanto buscan pretextos o no tienen tiempo para pensar en concurrir regularmente a la consulta.

Los resultados porcentuales obtenidos en cuanto a la higiene y cuidados personales (problemas urinarios, frecuencia del cepillado de los dientes, higiene íntima, calidad de la ropa interior, forma de asearse los genitales, retiene con frecuencia la orina, características de la orina, ruidos intestinales, características de las heces, vestimenta), antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 78,8% fue cuidado básico. Y después de aplicar las estrategias de enfermería, el 97,9% fue cuidado integral y solo un 3,0% se mantiene en el nivel de cuidado básico

Los resultados porcentuales obtenidos en cuanto a planificación familiar (métodos de planificación familiar que conoce), antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 63,6% fue cuidado básico.

Los resultados porcentuales obtenidos en cuanto al sueño y descanso (horas de sueño y descanso, como se encuentra al despertar, factores que interrumpen el sueño y postura), antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 84,8% fue cuidado básico. Y después de aplicar las estrategias de enfermería, el 97% fue cuidado integral y solo un 3,0% se mantiene en el nivel de cuidado básico.

En la Figura 2, Diseño y Aplicación de las Estrategias de Enfermería para el Cuidado Integral en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María, Chimbote – 2017. Se observa a las estrategias de enfermería que fueron diseñadas por la investigadora para responder a las necesidades de cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, en base al modelo teórico "Desarrollo Integral en Salud Mental – DEISAM. (Navarro, 2008, p. 134 – 135) y al Proceso de Cuidado de Enfermería en la Familia. (Navarro, 2011a, b), propuesto por la autoría de Navarro, D, centrándonos en esta oportunidad debido a la factibilidad y viabilidad de la investigación solamente en la dimensión biológica.

Las estrategias de enfermería constan de carátula, índice, presentación, datos generales, justificación, objetivos y metodología.

El proceso de Cuidado de Enfermería según Navarro (2011a), sirvió como método a fin de cumplir con los objetivos de las estrategias de enfermería mediante tres fases: planeamiento, organización y ejecución.

Fase de planeamiento (abarca desde la formulación, ejecución y evaluación): dentro de esta fase se estableció:

Situación de la gestante adolescente, se recogieron datos objetivos y subjetivos, utilizando como herramienta la observación directa, el examen físico y la entrevista vía telefónica, donde el profesional de enfermería logró contactarse con la gestante adolescente y acordar en una fecha establecida a recolectar toda información, consentimiento informado; estableciendo un compromiso planteándole los días de visitas para la ejecución de las acciones de enfermería según necesidad.

Además se priorizaron las necesidades y/o problemas identificados, dentro de los problemas encontrados en las gestantes adolescentes fueron: función placentaria inadecuada, malnutrición energético – proteico por déficit o exceso, retención de líquidos,

tránsito intestinal lento, deterioro de la mucosa oral, mantenimiento ineficaz de la salud, preparación física ineficaz, dolor, dificultades para conciliar el sueño y conseguir descansar, reducción de la circulación materna, dolor que no le permite estar cómoda para moverse o para estar en una sola posición, manejo ineficaz de la infección del tracto urinario, discomfort. Se establecieron un total de 22 diagnósticos de bienestar en la dimensión biológica.

Durante esta fase también se elaboraron objetivos esperados que indicaron lo que será capaz de hacer la gestante adolescente como objetivos de las acciones de enfermería. Se establecieron 7 objetivos esperados, que fueron: Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes, Favorecer la adquisición de hábitos alimenticios adecuados, Preparar físicamente para una gestación segura, Manejar eficazmente el dolor, Fomentar hábitos de higiene y cuidado personal, Conservar el sueño y descanso y Asegurar el seguimiento y la continuidad del cuidado de sí misma y su bebé por nacer, en el 100% de las gestantes adolescentes.

Se formularon estrategias de enfermería diseñadas para dar respuesta efectiva a las necesidades y/o problemas de la gestante adolescente de la dimensión biológica, identificadas en el diagnóstico de enfermería de bienestar. Tiene como objetivo la obtención de información sobre la situación de la gestante adolescente, que nos permitió identificar sus necesidades y determinar las prioridades del plan de cuidados.

Se diseñaron las estrategias de enfermería mediante el plan de cuidados, documento de registro organizado de los diagnósticos, resultados y estrategias de enfermería, mediante un conjunto de acciones debidamente secuenciadas que realizó el profesional de enfermería a través de las acciones actividades y tareas.

Las acciones en la dimensión biológica fueron:

Acción 1 Cumplimiento de una dieta nutritiva y accesible económicamente: y sus actividades fueron: valoración nutricional (3 tareas para el profesional y 3 tareas para la gestante adolescente), Dieta variada y nutritiva (5 tareas para el profesional y 5 tareas para la gestante adolescente).

Acción 2 Adopción de hábitos alimenticios adecuados: y sus actividades fueron: asesoramiento nutricional (7 tareas para el profesional y 7 tareas para la gestante adolescente),

Acción 3 Adaptación física para una gestación segura: y sus actividades fueron: sesiones de ejercicio físico, (8 tareas para el profesional y 8 tareas para la gestante adolescente),

Acción 4 Favorecimiento del bienestar físico en el manejo del dolor: y sus actividades fueron: tacto terapéutico (4 tareas para el profesional y 4 tareas para la gestante adolescente),

Acción 5 Conservación de la higiene y cuidado personal: y sus actividades fueron: rutina de higiene (6 tareas para el profesional y 6 tareas para la gestante adolescente), actividad entrenamiento intestinal (2 tareas para el profesional y 2 tareas para la gestante adolescente),

Acción 6 Mantenimiento del sueño y descanso conservado: y sus actividades fueron: comodidad física (4 tareas para el profesional y 4 tareas para la gestante adolescente), actividad hábitos de sueño y descanso (3 tareas para el profesional y 3 tareas para la gestante adolescente),

Y la última acción 7 Seguimiento y continuidad de los cuidados de enfermería: y sus actividades fueron: seguimiento de la suplementación (6 tareas para el profesional y 6

tareas para la gestante adolescente), actividad inmunización (2 tareas para el profesional y 2 tareas para la gestante adolescente).

En la fase de ejecución se prepararon las actividades de enfermería, haciendo uso de métodos, técnicas y procedimientos a través de la elaboración de materiales, logrando el dominio teórico de los temas desarrollados.

Y en la fase de evaluación se elaboraron instrumentos de evaluación en cada acción de enfermería para dar respuesta efectiva a las necesidades de cuidado integral de la dimensión biológica de la gestante adolescente, que permitió evaluar los objetivos alcanzados en la fase de ejecución.

Fase de organización: Se dividió el trabajo asignado y las responsabilidades (tareas del profesional de enfermería y las tareas para la gestante adolescente). Las estrategias de enfermería fueron organizadas en métodos, técnicas y procedimientos. Durante el desarrollo de las estrategias de enfermería se hicieron uso de técnicas participativas, de análisis, síntesis y evaluación; así como de recursos aplicados al cuidado integral de la gestante adolescente: tales como: materiales visuales, audiovisuales, materiales escritos y gráficos (rotafolio, trípticos, dípticos); fichas de seguimiento y auto registros, preparaciones de recetas nutritivas, guías de alimentación, bailoterapias, caminatas, ejercicios de respiración, circulatorios, flexibilidad, estiramiento y reforzamiento de la musculatura abdominal y piso pélvico, crioterapia (calor local y frío), terapias de relajación, masoterapia y entre otros.

Fase de ejecución: Se ejecutaron todas las acciones de enfermería en la dimensión biológica en el hogar de cada gestante adolescente en un periodo de 3 meses según necesidad, y con un presupuesto alcanzado según lo esperado.

Fase de Evaluación:

Los objetivos alcanzados para el profesional de enfermería fueron: ingesta adecuada de nutrientes en el 93,9% de las gestantes adolescentes, preparación física para una gestación segura en el 90,9%, adquisición de hábitos alimenticios adecuados en el 93,9%, manejo eficaz del dolor en el 90,9%, hábitos adecuados de higiene y cuidado personal en el 100%, conservación del sueño y descanso en el 97% y por último el seguimiento y continuidad de los cuidados en el 90,9%. El grado de eficiencia en esta investigación alcanzado fue de 2 puntos. Siendo eficaz y eficiente la estrategia de enfermería en un 70 % de las gestantes adolescentes.

Se tomó en cuenta, las dimensiones de la efectividad, eficiencia más eficacia, en relación al objetivo, tiempo y costo de los recursos de enfermería al terminar la ejecución de las estrategias de enfermería, tuvo una categorización de:

- Efectiva: si es eficaz y eficiente, mediante el puntaje de la eficacia (3 a 5 puntos) + puntaje de la eficiencia (3 a 5 puntos)/2 / puntaje máximo (5). Expresado en porcentaje. (de 51 al 100 %)
- No efectiva: si es ineficaz e ineficiente, mediante el puntaje de la eficacia (0 a 2 puntos) + puntaje de la eficiencia (0 a 2 puntos)/2 puntaje máximo (5). Expresado en porcentaje. (de 0 al 50 %)

Por lo tanto es efectiva la estrategia de enfermería, si la gestante adolescente logra cuidar de sí misma y su bebé en relación a su bienestar.

En la Tabla 2, "Nivel de efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica en las gestantes adolescentes atendidas en la Maternidad de María. Chimbote - 2017.", se observa una diferencia significativa en las medias del nivel de cuidado que recibe la gestante adolescente antes (13,0) y después (33,7) de aplicar las estrategias de enfermería; no se encontraron estudios que validen este

hallazgo, sin embargo: según Mojica, Mesa, Perez y Vargas (2015) reportaron en su estudio cuyo objetivo fue diseñar una estrategia de cuidado de enfermería que promueva el cuidado integral de la adolescente gestante para activación del rol materno durante el control prenatal con base en cuatro conceptos de apoyo propuestos por Mercer: apoyo físico, apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo de valoración, concluyeron que: la implementación de la estrategia promovió el cuidado integral de la adolescente gestante, pareja y /o familiar para la activación del rol materno; la intervención desde el apoyo emocional les permitió sentirse dignas de confianza al transferir sus sentimientos y ser escuchadas. Permitted a la adolescente gestante adquirir información útil en la solución de problemas relacionados con su nuevo rol, fortalecer factores protectores e intervenir factores de riesgo que comprometen su calidad de vida; evaluarse en relación con la realización y activación de su rol. Además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como redes de apoyo para estas madres.

Según Navarro (2008) menciona que el profesional de enfermería para brindar cuidado integral utiliza diversas estrategias que son aplicadas en respuesta a las necesidades del sujeto de atención, las estrategias terapéuticas de enfermería son definidas “como un conjunto de actividades biológicas, mentales, afectivas, sociales y espirituales, debidamente secuenciadas que realiza el profesional de enfermería para planificar, organizar, y ejecutar el cuidado, considerando al sujeto de atención como el centro de éste para desarrollar en ellos la capacidad de cuidar de sí mismos.

Además para Figueroa y Vinueza (2018), refieren que enfermería como profesión autónoma a través de su metodología científica está facultada para valorar necesidades, diagnosticar problemas de salud reales o potenciales, planificar intervenciones, ejecutar cuidados y evaluar la eficacia de los mismos; facilitando la identificación de riesgos basados en las percepciones y contrarrestando su impacto en la gestante adolescente.

Al realizar la prueba T – Student, se obtuvo un $P= 0,000$ el cual es menor que el nivel de significancia fijado ($0,05$), rechazando así la H_0 y aceptando la H_a ; lo cual nos permite concluir que las estrategias de fueron altamente efectivas en el cuidado integral de la dimensión biológica en las gestantes adolescentes, encontrándose que el valor de t – Student fue de $19,621$ y un valor de probabilidad de $0,000$ ($p < 0,05$); es decir se ha verificado la hipótesis de investigación (**H1**)

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

En base de los resultados obtenidos se concluye que:

1. Antes de aplicar las estrategias de enfermería, el 90,9 % de las gestantes adolescentes recibieron un cuidado básico en la dimensión biológica.

2. El diseño de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes fue elaborado en base al Modelo del Desarrollo Integral de la Salud Mental (DEISAM) y el Proceso de cuidado de enfermería en la familia, según la autoría de Navarro (2008). Después de aplicar las estrategias de enfermería, el 93,9% de las gestantes adolescentes recibieron un cuidado integral en la dimensión biológica frente a un 6,1% de cuidado básico.

3. Se demostró que las estrategias de enfermería fueron altamente efectivas en el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes, encontrándose que el valor de $t - Student$ fue de 19,621 y un valor de probabilidad de 0,000 ($p < 0,05$).

5.2. RECOMENDACIONES

- Los profesionales de enfermería dedicados al área de prevención y promoción en la etapa perinatal de las gestantes, basen sus cuidados en el modelo de Desarrollo integral en la Salud Mental y el Proceso de cuidado de enfermería por la autoría de Navarro, ya que se adaptan a las necesidades integrales de la persona, familia y comunidad.
- Implementar en los establecimientos de salud, un modelo integral que incluya a la gestante adolescente la capacidad de cuidar de sí misma mediante actividades dirigidas a su autocuidado, como profesional debemos ser competentes y calificados en el área de salud y sexualidad además de la atención diferenciada integral en la adolescente.
- El trabajo de investigación se recomienda realizarlo en mayor tiempo y con mejores accesos al área de obstetricia, el enfermero es un profesional competente, calificado en salud sexual – reproductiva y en la atención al adolescente. Tomando en cuenta que nuestra profesión es autónoma y científica, según la Ley del Trabajo de la Enfermera.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y VIRTUALES

- Anahua, P. y Mamani, W. (2019). Satisfacción del cuidado de enfermería en la persona hospitalizada. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2017. [Tesis para título de Enfermería]. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8125/ENanarpr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alfaro, N. (2013). Proceso de atención de enfermería ginecoobstétrica aplicado a una madre adolescente: un estudio de caso. Ver. Enfermería Actual de Costa Rica, 25, 1:17. Recuperado de https://www.academia.edu/13896706/Dialnet-Proceso_De_Atencion_De_Enfermeria_Ginecobstetrica_Aplica-5021206
- Ataupillco, Y., Sánchez, O. y Saravia F. (2016). *Efectividad de un Programa de Consejería de Enfermería en las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres con Cáncer de Mama*. (Tesis de Título de segunda Especialidad en Enfermería). Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/625/Efectividad%20de%20un%20programa%20de%20consejer%C3%ADa%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20las%20estrategias%20de%20afrentamiento%20en%20mujeres%20con%20c%C3%A1ncer%20de%20mama.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrozo, M. y Pressiani, G. (2011). *Embarazo adolescente entre 12 y 19 años*. [Tesis final]. Recuperado de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf
- Becerra, C. (2018, 25 de Setiembre). Gestantes adolescentes recibirán consejería en salud sexual y mental. *Andina*. Recuperado de: <https://andina.pe/agencia/noticia-gestantes-adolescentes-recibiran-consejeria-salud-sexual-y-mental-726421.aspx>
- Bendezú, D. Torres, J. Huamán, R. (01-03-2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 62, nro. 1.

Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002

Blanco, P. (2005). *Modelo de promoción del desarrollo humano en adolescentes embarazadas campesinas e indígenas*. (Tesis de maestría en desarrollo humano).

Recuperado de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014635/014635.pdf>

Bolognesi noticias. Noticias de la Región Ancash y el Perú. (2018, 25 de Setiembre). Red de salud norte registra en Chimbote 135 embarazadas adolescentes. *Bolognesi Noticias*. Recuperado de <https://bolognesinoticias.com/2018/09/red-de-salud-norte-registra-en-chimbote-135-embarazos-adolescentes/>

Cañas, J. (2005). *Musicoterapia grupal con adolescentes embarazadas*. (Informe de práctica Post Título en Terapias de Arte). Recuperado de: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/canas_j/sources/canas_j.pdf

Calesso, M. (2007). *Vínculo afectivo en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada*. (Tesis Doctoral de Psicología). Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5459/mcm1de1.pdf>

Cardozo, J. (2008). Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.V. Primer semestre del 2008. [Tesis de grado]. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>

Carricondo, M. y Bleisen, R. (2014). *Embarazo adolescente: aportes desde el trabajo social a una problemática de larga trayectoria. Caso: Comunidad de Palmira. Año 2013*. (PTI para Licenciada en trabajo social). Recuperado de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6564/tesis-fcpys-ts-2014-bleisen-carricondo.pdf

Castilla De La Cruz, S. (2018). *Práctica de Autocuidado de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Pueblo Nuevo Chíncha*. (Tesis de Licenciada en

Enfermería). Chíncha – Perú. Recuperado de
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1746/T-TPLE-Stephany%20Estrella%20Castilla%20de%20la%20Cruz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castillo, N. y Chacón, A. (2012). *Efectividad de las estrategias terapéuticas de enfermería en el manejo del dolor en mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide. Hospitales del Ministerio de Salud, Provincia del Santa – 2012.* (Tesis de Licenciada en enfermería). Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, Perú.

Castro, M. y Cárdenas, M. (2011). *Manejo materno en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán durante el periodo de Enero a Junio del año 2011.* (PTI). Recuperado de
<http://repositorio.upec.edu.ec/bitstream/123456789/195/1/004%20MANEJO%20MATERNO%20EN%20EL%20RECIEN%20NACIDOS%20POR%20PARTE%20DE%20LAS%20MADRES%20ADOLESCENTES%20QUE%20ACUDEN%20AL%20SERVICIO%20DE%20GINECO-OBSTETRICIA%20LUIS%20GABRIEL%20DAVILA%20-%20ASTRO%20C%20MAYRA.pdf>

Centro de Obras Sociales "Maternidad de María. COSMM (2018). Chimbote – Perú.

Chávez, D. (2012). *Cuidado de la familia al binomio madre adolescente – recién nacido. Lambayeque, 2012.* (Tesis para Magister en Enfermería). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú. Recuperado de
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/592/1/TM_Chevez_Guevara_Delia_Esther.pdf

- Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. (1 era edición). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Colmenares, Z. Montero, L. Reina, R. González, Z. (18.02.2010). *Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada*. *Guarico – Venezuela*: Scielo Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100005
- Congreso de la República de Perú. (2002). *Ley del Trabajo de la Enfermera (o)*. Ley N° 27669. (2002). Congreso de la República de Perú. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/downloads/c_enfermeras/ley_de_trabajo_del_enfermero.pdf
- Covey (21.03.2018). Los siete hábitos de las personas altamente efectivas. *Enciclopedia Libre. Wikipedia*. [Versión electrónica]. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Efectividad>
- Montoya, F. (2017). Efectividad de la herramienta Front End para la mejora de procesos para incrementar la eficiencia del producto Leasing. [Tesis para título de Ingeniero Industrial y Comercial]. Recuperado de http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3568/1/2017_Montoya-Freyre.pdf
- Dellarossa, M. (2016). *Instrumento para la valoración de pacientes críticos basado en el modelo de Virginia Henderson*. (Trabajo final integrador). Recuperado de <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/dellarossa-matias-jose.pdf>
- Duarte, A. (1985). Manejo de la Adolescente Embarazada. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, XLI (1). Recuperado de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/944/1092>

Elvisor (2015). Sentido de la vida. *Enciclopedia Libre. Wikipedia*. [Versión electrónica].

Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Sentido_de_la_vida#Referencias

Falconí, R. (2014). *Evaluación del estado nutricional en las madres adolescentes gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital María Lorena Serrano Aguilar del Cantón el Guabo, en los meses de Noviembre del 2013 a Abril del 2014*. (Tesis de grado en Enfermería). Recuperado de

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/783/8/CD00158-TEISIS.pdf>

Farfán, L. (2012). El cuidado de sí mismo y del usuario en los servicios de la salud "El cuidado de la humanización". Recuperado de

<https://es.slideshare.net/cicatsalud/cuidado-de-s-mismo-y-del-usuario-servicios-de-salud-cicatsalud>

Figuroa, M. y Vinueza, D. (2018). *Percepción de las adolescentes frente al embarazo*.

(Tesis de Licenciada en Enfermería). Recuperado de

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30883/1/1224-TEISIS-](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30883/1/1224-TEISIS-FIGUEROA%20Y%20VINUEZA.pdf)

[FIGUEROA%20Y%20VINUEZA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30883/1/1224-TEISIS-FIGUEROA%20Y%20VINUEZA.pdf)

Flores, P. (2016). *Prevalencia de embarazos no deseados, en usuarias del subcentro de salud "INNFA" del Cantón Sucúa. 2015*. (Tesis de Licenciada en Enfermería). Recuperado de:

file:///C:/Users/julio/Downloads/Tesis_Final.pdf

García, K. (2016). *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud I-1 mala vida. Sechura*

– Piura 2016 (Tesis de Licenciada en Obstetricia). Recuperado de

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2421/adolescentes_atencion_prenatal_garcia%20garcia_katixa_yesmin.pdf?sequence=1&isallowed=y

- González, M. (2017). Los cuidados básicos. Recuperado de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/auxiliarscuidadosbasicos.pdf>
- Guerrero, M. Herrero, D. y Páez, T. (s.f.). *La U.N. CUYO brinda apoyo a estudiantes embarazadas.* Recuperado de <https://informaticafce.files.wordpress.com/2011/06/integrador-de-computacion4.pdf>
- Guevara, M. (1997). *Autocuidado en adolescentes embarazadas en un área urbana marginada de Apocada, Nuevo León.* [Tesis de Maestría en Enfermería]. Recuperado de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080071204.PDF>
- Guzmán, J. (2015 - 2017). Proceso de enfermería con base a taxonomía NANDA, NOC Y NIC. Universidad de Guadalajara. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=Proceso+de+enfermer%C3%ADa+con+base+a+taxonom%C3%ADa+NANDA%2C+NOC+Y+NIC.+Universidad+de+Guadalajara.&oq=Proceso+de+enfermer%C3%ADa+con+base+a+taxonom%C3%ADa+NANDA%2C+NOC+Y+NIC.+Universidad+de+Guadalajara.&aqs=chrome..69i57.398j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- INNPARES y MCLCP (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza) (2018). *Embarazo en Adolescentes Peruanas aumentó. "Un problema de Salud Pública de derechos y oportunidades para las mujeres y de desarrollo para el país"* Recuperado por https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
- Hernández, R, y Fernández C. (2006). Metodología de la investigación, México DF, México: interamericana editores.

- Iliquín, B. (2015). *Habilidades sociales y autocuidado en la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas – Amazonas – 2014*. [Tesis de Licenciada en Enfermería] Amazonas – Perú. Recuperado de file:///C:/Users/ANGELA/Downloads/FE_167%20(3).pdf
- Jijó, A. (2016). Pirámide de Maslow. Ciencias Políticas y económicas. Recuperado de file:///C:/Users/julio/Downloads/1.2%20PIR%C3%81MIDE%20DE%20MASLOW%20(1).pdf
- Jiménez, F. (23.02.2016). La necesidad de perdonar y ser perdonados. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.mensajerodelapalabra.com/site/index.php/la-necesidad-de-perdonar-y-ser-perdonados-leccion-4-nivel-2/>
- Leys, V. (29.04.2015). La necesidad de perdonar. Iglesia Manantial de vida Cuenca. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://manantialdevidacuenca.wordpress.com/2015/04/29/la-necesidad-de-perdonar/>
- Mejía, C. (sf). Indicadores de efectividad y eficacia. Copyright. Planning S.A. p. 1-4. Colombia. Recuperado de <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/INDICADORES/Indicadores-efectividad-eficacia.pdf>
- Menacho, G. (2017). *Características personales, familiares y pareja con embarazo adolescente del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2016*. [Tesis de Magister en Enfermería]. Recuperado de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5221/Tesis%20Gio%20alternativa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú*. (Resolución 26). Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf

- Ministerio de Salud de la Nación (2012). Nutrición y embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000315cnt-a11-nutricion-y-embarazo.pdf>
- Mijares, D. (22 de Julio de 2015). La necesidad de afecto "Psicología Afectiva" [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.inspirulina.com/la-necesidad-de-afecto-psicologia-afectiva.html>
- Mojica, C. Mesa, N y Vargas, D. (2015.05.20). Convertirse en madre durante la adolescencia: Activación del rol materno en el control prenatal. *Revista cuidarte*. vol. 6, pp. 2. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a04.pdf>
- Montoya, J. (2013). *Causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la maternidad precoz*. (Tesis de Licenciada en Educación para la Salud). Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66641/2013%2C%20MONTOYA%2CEMBARAZO-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Montoya, B. (2017). Efectividad de la herramienta Front end para la mejora de procesos para incrementar la eficiencia del producto Leasing. [Tesis de título de Ingeniero Industrial y Comercial]. Recuperado de http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3568/1/2017_Montoya-Freyre.pdf
- Morales, H., y Bracho, C. (16.06.2008). Madres adolescentes. Una visión integradora de cuidado humano. *Medicina Familiar y Atención Primaria*. Recuperado de: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1119/1/Madres-adolescentes-Una-vision-integradora-de-cuidado-humano.html>
- Moya, M., y Valdivia, R. (2010). *Eficacia de una técnica audiovisual - participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido*. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010. (Tesis de Licenciada en

- Enfermería). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1317/Moya_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Muñoz, M. y Pardo, M. (2016). Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Aquichan*, 16(1), 43 - 55. Doi: 10.5294/aquí.2016.16.1.6. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n1/v16n1a06.pdf>
- Navarro, D. M. (2008). *Modelo del Desarrollo Integral en Salud Mental* – DEISAM. Chimbote, Perú: EB.
- Navarro, D. (2011a). Proceso de cuidado de enfermería en la familia. Tercer momento. Planeamiento. Recuperado de http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivoz/publicacionez/proceso_de_cuidado_de_e_enfermer%EDa_familiar_planeamiento.pdf
- Navarro, D. (2011b). Proceso de cuidado de enfermería en la familia. Cuarto momento. Ejecución. Recuperado de http://biblioteca.uns.edu.pe/saladocentes/archivoz/publicacionez/proceso_de_cuidado_de_e_nfermer%EDa_familiar__ejecuci%F3n.pdf
- Noguera, N. y Alvarado, H. (2012). Embarazo en adolescentes: Una mirada desde el cuidado de enfermería. *Dialnet*, vol. 7, pp. 7. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069201>
- Pérez, A. (1997, 26 – 29 de Junio). Sintonía e Implicación: Respuestas terapéuticas a las Necesidades relacionales. *International Journal of Psychotherapy*, 3 (3). Recuperado de <https://www.institutobios.es/pdf/Attunement-and-Involvement-responses-to-Relational-Needs.pdf>

- Prías, H. y Miranda, C. (2009). *Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal*. Sucre – Colombia. Scielo. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100008
- Quintero R. y Rojas, B. (2015, 15 de Enero). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*. Recuperado de [file:///C:/Users/ANGELA/Downloads/626-2979-2-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/ANGELA/Downloads/626-2979-2-PB%20(4).pdf)
- Ramírez, E. Huertas, F. Guevara, H. y Uribe. R. (2012.11.17). Efectividad de un programa de promoción de la salud para adolescentes embarazadas. *Revista Peruana de Enfermería en Investigación y Salud*, vol. 11, pp.1 Recuperado de <file:///C:/Users/ANGELA/Downloads/59-32-PB.pdf>
- Reyes, S. (2014). *De la decadencia a la búsqueda del cuidado de sí* Vivencias del embarazo en la gestante adolescente en una comunidad rural costeña (Tesis Doctoral en ciencias de enfermería). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5454/Tesis%20Doctorado%20-%20Silvia%20Reyes%20Narv%C3%A1ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reyes, K. (2016). *Efectos psicosociales de los embarazos en adolescentes en Hospital León Becerra Camacho 2014 – 2015*. (Tesis de Titulación de Medicina). Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:e_KFDNeDmsAJ:repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/28551/1/KAREN%2520REYES.docx+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe
- Reyna, J. (2016). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al centro de Obras Sociales "Maternidad de María" Distrito Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, año 2016*. (Tesis para Cirujano dentista). Chimbote – Perú.

Recuperado de
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/604/DESARROLLO_DENTAL_REYNA_CASTRO_JACKELINE_VICTORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez, M. (2016). *Significado en las embarazadas adolescentes sobre el cuidado de sí, desde una perspectiva fenomenológica*. (Trabajo para Título de Magister en enfermería en Salud Reproductiva). Bárbula. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/38aa/d29e83b3bf5bb61b7f5380ff6fc492cde1cf.pdf>

Salazar, B. Álvarez, F. Maestre, L, León, D. y Pérez, O. (2006). Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida adolescente. *Medisan*, vol. 10, pp 3. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm Torres, A. (2010). *La musicoterapia prenatal y el vínculo materno – fetal*. (Tesis de Maestría en Psicomotricidad y estimulación múltiple temprana). Recuperado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZH5HFdOjV2AJ:https://www.usfx.bo/nueva/Cepi/466_Tesis%2520Editadas%2520CEPI/255_Maestria/1_PSICOMOTRICIDAD%2520Y%2520ESTIMULACION%2520MULTIPLE/LA%2520MUSICOTERAPIA%2520PRENATAL%2520%2520Y%2520EL%2520VINCULO%2520MATERNO%2520-%2520FETAL.docx+&cd=16&hl=es&ct=clnk&gl=pe

Silva, G. (02 de Marzo de 2014). Las madres adolescentes que viven con las abuelas pueden estar en mayor riesgo de destete precoz [Mensaje en un Blog]. Recuperado de <http://pedia-gess.com/index.php/lactancia-adolescencia/66-madres-adolescentes-mayor-riesgo-destete-precoz>

Un buen plan (2018). Embarazo adolescente. Información útil para la elaboración de Planes de Gobierno que han de presentar las organizaciones políticas para participar en las

elecciones Regionales y Municipales 2018 [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://unbuenplan.pe/2018/05/14/promsex-embarazo-adolescente/>

Universidad Nacional del Santa (2017). *Código de ética de investigación de la UNS*. Nuevo Chimbote. Recuperado de https://www.uns.edu.pe/vistas/vicerrectorado-de-investigacion/recursos/codigo_etica_investigacion.pdf

Urreta, M. (2008). *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*. (Tesis de Licenciada en Enfermería. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3313/urreta_pm.pdf;jsessionid=7F142447D44E06C462A9C71DAC00A955?sequence=1

Valera, J. C. (2009). *El embarazo en la adolescencia*. Lima, Perú. 1ª Edición.

Vásquez, M. (04.2008). Formas se cuidarse las gestantes adolescentes y adultas de las comunas una y cinco en Santa Marta. *Duazary*, vol. 6, pp. 1. Recuperado de <file:///C:/Users/ANGELA/Downloads/Dialnet-FormaDeCuidarseLasGestantesAdolescentesYAdultasDeL-4788141.pdf>

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Consentimiento informado

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es "EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO INTEGRAL EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. CHIMBOTE - 2017", el objetivo de este estudio fue Conocer el nivel de efectividad de las estrategias de enfermería para el cuidado integral en la dimensión biológica de las gestantes adolescentes atendidas en la Maternidad de María durante el año 2017. La investigación estuvo siendo conducida por la señorita: Claudia Vanessa, REYES SALDARRIAGA (Bachiller en enfermería) y con la asesoría de la Dra. Dana Melva, NAVARRO ARROYO de la Universidad Nacional del Santa. Si accedo a participar en este estudio, deberé responder un test a fines de la investigación (o lo que fuera pertinente), la que tomará 45 minutos de mi tiempo.

Mi participación fue voluntaria. La información que se recogió fue estrictamente confidencial y no se utilizó para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio los instrumentos resueltos fueron anónimos, por ellos fueron codificados utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que doy mi consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder

Gracias por su participación

Yo: _____

Doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación fue enteramente voluntaria He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que recibí una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Nombre del asesor:

Dirección:

Dirección:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante

.....
Firma del investigador y fecha

.....
Nombre del investigador

Sección 2: Cuidado integral en la dimensión biológica

ESTADO NUTRICIONAL

1. Valor antropométrico IMC (trimestre de gestación) _____

Peso durante el embarazo: _____ Peso actual: _____ Talla: _____

<input type="checkbox"/> Adecuado (1 punto)	<input type="checkbox"/> Inadecuado (0 punto)
---	---

Si su IMC es	Debe encontrarse	Ganancia total al final de la gestación
a) Bajo peso	< 18,5 kg/m ²	12,5 – 18
b) Obesidad	≥ Más de 30 kg/m ²	5 – 9
c) Sobrepeso	≥ 25 – 29,99 kg/m ²	7 -11,5
d) Normal	≥ 18,5 – 24,99 kg/m ²	11,5 – 16

2. Ganancia de peso durante el embarazo

<input type="checkbox"/> Adecuado (1 punto)	<input type="checkbox"/> Insuficiente (0 punto)	<input type="checkbox"/> Excesivo (0 punto)
---	---	---

a) Bajo peso	0,51 Rango	0,44 – 0,58 Kg/semana
b) Obesidad	0,22 Rango	0,17 – 0,27 Kg/semana
c) Sobrepeso	0,28 Rango	0,23 – 0,33 Kg/semana
d) Normal	0,42 Rango	0,35 – 0,50 Kg/semana

3. Altura uterina (se considera desde la 13ª semana de embarazo)

a) Inferior al percentil 10	0 punto
b) Exceso al percentil 90	0 punto
c) Entre los percentiles 10 y 90	1 punto

4. Glucemia

	Resultados del laboratorio	
a) Hiperglicemia (>110 mg/dl)	_____	0 punto
b) Hipoglicemia (< 60 mg/dl)	_____	0 punto
c) Normoglicemia (60 – 110 mg/dl)	_____	1 punto

5. Concentración de hemoglobina

	Resultados del laboratorio	
a) Anemia grave (< 7,0 gr/dL)	_____	0 punto
b) Anemia moderada (7,0 – 9,9 gr/dL)	_____	0 punto
c) Anemia leve (10,0 – 10,9 gr/dL)	_____	0 punto
d) Hemoglobina normal (≥ 11,0 gr/dL)	_____	1 punto

6. Síntomas digestivos que alteren su nutrición (sólo marcar si está presente)

a) Vómitos persistentes	0 punto
b) Edema	0 punto
c) Sudoración profusa	0 punto
d) Sed excesiva	0 punto
e) Ninguno	1 punto

HÁBITOS ALIMENTICIOS

7. Tipo de consumo de los alimentos (marcar la casilla si no consume o lo hace a diario, y escribir en las líneas las veces a la semana o al mes)

Alimentos	No consume	Al mes (Algunas veces)	A la semana (1 – 2 veces)	A la semana (3 – 5 veces)	Diario
Leche, queso y yogurt	()	_____	_____	_____	()
Huevos	()	_____	_____	_____	()
Pescado, pavo y pollo	()	_____	_____	_____	()
Carne de vacuno y cerdo	()	_____	_____	_____	()
Embutidos o fiambres	()	_____	_____	_____	()
Ensaladas o verduras	()	_____	_____	_____	()
Frutas	()	_____	_____	_____	()
Legumbres	()	_____	_____	_____	()
Frutos secos	()	_____	_____	_____	()
Pan	()	_____	_____	_____	()

Arroz, fideos, papas y otros cereales	()	_____	_____	_____	()
Pasteles, dulces o galletas	()	_____	_____	_____	()
Comida rápida: Pizza, salchipapa, hamburguesas, gaseosas, snacks.	()	_____	_____	_____	()
Insuficiente: El consumo de este alimento se encuentra bajo lo que se considera necesario y recomendable. Es muy importante aumentar el consumo.	Bajo lo recomendado: El consumo de este alimento está bajo de lo que se considera necesario. Es importante aumentar el consumo.	Recomendado: Lo que está comiendo se encuentra dentro de lo recomendado. Es importante mantener el consumo.	Sobre lo recomendado: La ingesta de este alimento está sobre de lo que se considera necesario. Es importante disminuir el consumo.	Excesivo: La ingesta de este alimento se encuentra sobre lo que se considera necesario y recomendable. Es muy importante disminuir el consumo.	
0 punto	0 punto	1 punto	0 punto	0 punto	

8. Suplementación de alimentos (sólo marcar si está presente)

a) Leche enriquecida con calcio o vitaminas	0 punto
b) Fibra	0 punto
c) Probióticos	0 punto
d) Yodo o sal yodada	0 punto
e) Ácido fólico / Vit B12	1 punto
f) Hierro	
g) Vitaminas / Minerales	0 punto
h) Ninguno	0 punto

9. Grasas más utilizadas para cocinar

a) Aceite vegetal	0 punto
b) Mantequilla	0 punto
c) Margarina	0 punto
d) Aceite de oliva	1 punto
e) Ninguno	0 punto

10. Tipo de endulzante más utilizado para endulzar alimentos/bebidas

a) Azúcar	0 punto
b) Miel	1 punto
c) Stevia	0 punto
d) Ninguno	0 punto

11. Número de comidas al día

a) 1 vez	0 punto
b) 2 veces	0 punto
c) 3 veces	0 punto
d) 4 veces	0 punto
e) 5 veces	1 punto

12. Ingesta de líquidos (vasos) al día de agua, jugos, refrescos, etc.

a) De 0 – 1 vaso	0 punto
b) De 2 a 3 vasos	0 punto
c) De 4 a 7 vasos	0 punto
d) De 8 a 10 vasos	1 punto

BIENESTAR FÍSICO Y EJERCICIO

13. Actividad física habitual

a) Absolutamente sedentaria	0 punto
b) Algo activa, ocasionalmente	0 punto
c) Activa, 2 – 3 veces por semana	1 punto

14. Estado físico actual:

a) Presión arterial	• Hipertensión	(SIS: > 140 Hg DIAS: > 90 mmHg)	
	• Hipotensión	(SIS: < 100 mmHg DIAS: < 60 mmHg)	
	• Normal	(SIS: 100-130 mmHg DIAS: 60-90 mmHg)	
b) Frecuencia del pulso	• Taquicardia	(>100 lxm)	
	• Bradicardia	(< 60 lxm)	

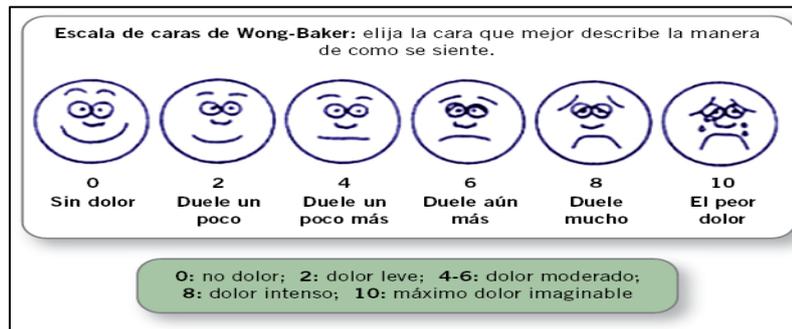
	• Normal	(60 – 100 lxm)	
c) Frecuencia respiratoria	• Taquipnea	(>20 rxm)	
	• Bradipnea	(< 12rxm)	
	• Normal	(12 – 20 rxm)	
d) Temperatura axilar	• Hipertermia	(30 – 40 °)	
	• Hipotermia	(< 36°)	
	• Normotermia	(36° – 37°)	

Valores normales (1 punto)	Valores alterados (0 punto)
----------------------------	------------------------------

15. Localización del dolor y/o molestias

Niega molestias (1 punto)	Presencia de molestias (0 punto)
---------------------------	-----------------------------------

16. Expresión facial del dolor



No dolor (1 punto)	Dolor leve (0 punto)
Dolor intenso (0 punto)	Máximo dolor (0 punto)

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

17. Realización de controles prenatales

a) No controlada (0)	0 punto
b) Mal controlada (1 – 5)	0 punto
c) Controlada (≥ 6)	1 punto

18. Inmunización (sólo marcar si está presente)

a) Ninguna	0 punto
b) Influenza	1 punto
c) 2 dosis dT	
d) 1 dosis dT	

19. Consulta odontológica en el embarazo

a) No	0 punto
b) Si	1 punto

20. Recibe tratamiento

a) No	0 punto
b) Si	1 punto
c) No tiene problemas del tracto urinario	

HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES

21. Problemas del tracto urinario

a) Bacteriuria asintomática	0 punto
b) Cistitis	0 punto
c) Pielonefritis	0 punto
d) Ninguno	1 punto

22. Frecuencia del cepillado de los dientes

a) Interdiario	0 punto
b) 1 vez al día	0 punto
c) 2 veces al día	0 punto
d) 3 veces al día como mínimo	1 punto

23. Higiene íntima

a) 1 vez a la semana	0 punto
b) 2 veces a la semana	0 punto
c) Interdiario	0 punto
d) 1 vez al día	0 punto
e) 2 veces al día	0 punto
f) 3 veces al día con jabón neutro	1 punto

24. Calidad de la ropa interior

a) De licra o sintética	0 punto
b) De algodón	1 punto

25. Forma de asearse los genitales

a) De otra forma	0 punto
b) De la región anal a la región vaginal	0 punto
c) De la región vaginal a la región anal	1 punto

26. Retiene con frecuencia la orina

a) Si	0 punto
b) No	1 punto

27. Características de la orina

a) Color	Amarillo	Oscuro
b) Aspecto	Trasparente	Turbio
c) Olor	Sin mal olor	Fétido
	1 punto	0 punto

28. Ruidos intestinales

a) Hiperperistálticos (mayor a 5 x´)	0 punto
b) Hipoperistálticos (menor de 3 x´)	0 punto
c) Euperistálticos (3 a 5 x´)	1 punto

29. Características de las heces

a) Consistencia	Suaves	Duras o líquidas
b) Forma	Tipo 4	Tipo 1, 2, 3, 5, 6, 7
c) Frecuencia de evacuación	1 – 2 veces al día	1 – 2 veces a la semana o más de 3 veces al día
	1 punto	0 punto

	Tipus 1: Pedazos duros separados como nueces (difícil de excretar)
	Tipus 2: Con forma de salchicha, pero llena de bultos
	Tipus 3: Como un churro pero con rajaduras en la superficie
	Tipus 4: Como una viborita, suave y blanda
	Tipus 5: Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
	Tipus 6: Pedazos blandos con bordes deshechos
	Tipus 7: Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

30. Vestimenta que usa frecuentemente (solo marcar si está presente)

a) Ropa incómoda y ajustada	0 punto
b) Calzado con tacón alto y base ajustada	
c) Sujetador o sostén inapropiado	
d) Ropa cómoda y holgada	1 punto
e) Calzado con poco tacón y base ancha	
f) Sujetador o sostén apropiado	

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

31. Métodos de planificación familiar que conoce (sólo marcar si está presente)

a) Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)
b) Métodos de abstinencia periódica (ritmo, Billings o moco cervical)
c) Condón o preservativo
d) Dispositivo intrauterino (T de cobre)
e) Inyectable hormonal
f) Píldora anticonceptiva
g) Implante
h) Ninguno

<input type="checkbox"/>	Conoce 1 o más métodos (1 punto)	<input type="checkbox"/>	No conoce (0 punto)
--------------------------	----------------------------------	--------------------------	---------------------

SUEÑO Y DESCANSO

32. Horas de sueño y descanso

Horas de sueño	Horas de descanso
a) Menos de 6 horas	a) No descansa en el día
b) 6 - 8 horas	b) Menos de 2 horas
c) Más de 8 horas	c) Más de 2 horas

<input type="checkbox"/>	Horas de sueño (6 a 8 horas) y horas de descanso (más de 2 horas) - 1 punto	<input type="checkbox"/>	Horas de sueño (menos de 6 horas o más de 8 horas) y horas de descanso (no descansa en el día o más de 2 horas) - 0 punto
--------------------------	---	--------------------------	---

33. Cómo se encuentra al despertar

a) Insatisfecha y cansada	0 punto
b) Satisfecha y descansada	1 punto

34. Factores que interrumpen el sueño y descanso _____

<input type="checkbox"/>	Ninguno (1 punto)	<input type="checkbox"/>	1 o más factores (0 punto)
--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------

35. Postura (sólo marcar si está presente)

a) Opta la posición acostada sobre el lado derecho o boca arriba	0 punto
b) Postura inadecuada al caminar (espalda encorvada)	
c) No usa sillón con respaldar y cojines al sentarse	
d) Opta la posición acostada sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas	1 punto
e) Postura adecuada al caminar (espalda recta)	
f) Usa sillón con respaldar y cojines al sentarse	

Sección 3: Evidencia de conformidad del cuidado aplicado

3. 1. Nombre del investigador:

Firma del investigador:

3. 2. Nombre y firma de la persona que recibe el cuidado

Anexo 3

Distribución Porcentual Detallada del Nivel de Cuidado en la Dimensión Biológica de las Gestantes Adolescentes, Atendidas en la Maternidad de María. Chimbote - 2017.

Nivel de cuidado	Antes		Después	
	N	%	N	%
Antropometría según su IMC				
Bajo peso	2	6,1	1	3,0
Obesidad	1	3,0	0	0,0
Sobrepeso	10	30,3	3	9,1
Normal	20	60,6	29	87,9
Ganancia de peso durante el embarazo				
Insuficiente	25	75,8	2	6,0
Excesivo	3	9,1	1	3,0
Adecuado	5	15,2	30	90,9
Altura uterina				
Inferior al percentil 10	6	18,2	1	3,0
Exceso al percentil 90	3	9,1	3	9,1
Entre los percentiles 10 y 90	20	60,6	29	87,9
IP	4	12,1	0	0,0
Glucemia				
Hipoglicemia	3	9,1	1	3,0
Normoglicemia	30	90,9	32	97,0
Concentración de hemoglobina				
Anemia leve	7	21,2	2	6,1
Hemoglobina normal	26	78,8	31	93,9
Síntomas digestivos				
Vómitos persistentes	9	27,3	1	3,0
Edema	1	3,0	0	0,0
Sudoración profusa	2	6,1	0	3,0
Ninguno	21	63,6	32	97,0
Tipo de consumo de los alimentos				
Lácteos				
Insuficiente	15	45,5	0	0,0
Bajo lo recomendado	13	39,4	1	3,0
Recomendado	5	15,2	32	97,0
Huevos				
Insuficiente	4	12,1	1	3,0
Recomendado	23	69,7	32	97,0
Sobre lo recomendado	6	18,2	0	0,0
Pescado, pavo y pollo				
Insuficiente	8	24,2		
Bajo lo recomendado	0	0,0	1	3,0
Recomendado	25	75,8	32	97,0
Carne de vacuno y cerdo				
Insuficiente	4	12,1	0	0,0
Bajo lo recomendado	0	0,0	1	3,0
Recomendado	0	0,0	32	97,0
Sobre lo recomendado	9	27,3	0	0,0
Excesivo	20	60,6	0	0,0
Embutidos o fiambres				
Recomendado	15	45,5	30	90,9
Sobre lo recomendado	10	30,3	1	3,0
Excesivo	8	24,2	2	6,1
Ensaladas o verduras				
Bajo lo recomendado	21	63,6	0	0,0
Recomendado	12	36,4	33	100,0

Frutas				
Bajo lo recomendado	5	15,2	0	0,0
Recomendado	28	84,8	33	100,0
Legumbres				
Insuficiente	1	3,0	1	3,0
Bajo lo recomendado	0	0,0	1	3,0
Recomendado	32	97,0	31	93,9
Frutos secos				
Insuficiente	29	87,9	1	3,0
Bajo lo recomendado	3	9,1	0	0,0
Recomendado	1	3,0	32	100,0
Pan				
Insuficiente	2	6,1	1	3,0
Bajo lo recomendado	3	9,1	0	0,0
Recomendado	28	84,8	32	97,0
Arroz, fideos, papas y otro cereal				
Insuficiente	0	0,0	1	3,0
Recomendado	33	100	32	97,0
Pasteles o galletas				
Recomendado	17	51,5	30	90,9
Sobre lo recomendado	13	39,4	2	6,1
Excesivo	3	9,1	1	3,0
Comidas rápidas				
Recomendado	16	48,5	30	90,9
Sobre lo recomendado	6	18,2	0	0,0
Excesivo	11	33,3	3	9,1
Suplementación de alimentos				
Probióticos	1	3,0	0	0,0
Ácido fólico / Vit B12	11	33,3	31	93,9
Hierro	11	33,3	31	93,9
Vitaminas / minerales	4	12,1	0	0,0
Ninguno	10	30,3	2	6,1
Grasas más utilizadas para cocinar				
Aceite vegetal	31	93,9	16	48,5
Aceite de oliva	2	6,1	17	51,5
Tipo de endulzante				
Azúcar	32	97,0	9	27,3
Miel	1	3,0	24	72,7
Número de comidas al día				
2 veces	3	9,1	0	0,0
3 veces	29	87,9	1	3,0
5 veces	1	3,0	32	97,0
Ingesta de líquidos (vasos) al día de agua, jugos, refrescos, etc.				
De 0 – 1 vaso	11	33,3	0	0,0
De 2 – 3 vasos	6	18,2	2	6,1
De 4 – 7 vasos	16	48,5	0	0,0
De 8 – 10 vasos	0	0,0	31	93,9
Actividad física habitual				
Absolutamente sedentaria	18	54,5	1	3,0
Algo activa, ocasionalmente	9	27,3	1	3,0
Activa, 2 – 3 veces por semana	6	18,2	31	93,9
Estado físico actual				
Presión arterial				
Hipertensión	2	6,1	0	0,0
Hipotensión	8	24,2	1	3,0
Normal	23	69,7	32	97,0
Frecuencia del pulso				
Taquicardia	3	9,1	0	0,0

Normal	30	90,9	33	100,0
Frecuencia respiratoria				
Taquipnea	4	12,1	0	0,0
Bradipnea	2	6,1	0	0,0
Normal	27	81,8	33	100,0
Temperatura axilar				
Normotermia	33	100,0	33	100
Localización del dolor				
Dolor de cabeza	10	30,3	0	0,0
Dolor de espalda	22	66,7	0	0,0
Dolor y sensibilidad en los dientes	9	27,3	3	9,1
Senos sensibles	2	6,1	0	0,0
Entumecimiento y hormigueo	2	6,1	0	0,0
Calambres en las piernas	1	3,0	0	0,0
Dolor abdominal	2	6,1	0	0,0
Dolor debajo del vientre	1	3,0	0	0,0
Ninguno	2	6,1	30	90,9
Expresión facial del dolor				
Dolor moderado	16	48,5	0	0,0
Dolor leve	15	45,5	6	6,1
No dolor	2	6,1	31	93,9
Realización de controles prenatales				
Mal controlada	28	84,8	0	100,0
Controlada	5	15,2	33	100,0
Inmunización				
Ninguna	18	54,5	0	0,0
Influenza	6	18,2	33	100,0
2 dosis dT	5	15,2	33	100,0
1 dosis dT	13	39,4	25	27,5
Consulta odontológica				
No	14	42,4	0	0,0
Si	19	57,6	33	100,0
Frecuencia del cepillado de los dientes				
Interdiario	1	3,0	0	0,0
1 vez al día	12	36,4	0	0,0
2 veces al día	12	36,4	1	3,0
3 veces al día	8	24,2	32	97,0
Higiene íntima				
Interdiario	25	75,8	0	0,0
1 vez al día	5	15,2	0	0,0
2 veces al día	3	9,1	2	6,1
3 veces al día	0	0,0	31	93,9
Calidad de la ropa interior				
De licra o sintética	15	45,5	1	3,0
De algodón	18	54,5	32	97,0
Forma de asearse los genitales				
De la región anal a la región vaginal	16	48,5	0	0,0
De la región vaginal a la región anal	17	51,5	33	100,0
Retiene con frecuencia la orina				
Si	25	75,8	0	0,0
No	8	24,2	33	0,0
Métodos de planificación que usaría				
Ninguno	17	51,5	0	0,0
Uno o más métodos	16	48,5	33	100,0
Problemas del tracto urinario				
Bacteriuria asintomática	26	78,8	6	18,2
Ninguno	7	21,2	27	81,8
Recibe tratamiento				

No	26	78,8	6	18,2
Si	0	0,0	21	63,6
No tiene problemas del tracto urinario	7	21,2	6	18,2
Características de la orina				
Oscuro, turbio y fétido	26	78,8	5	15,2
Amarillo, transparente y sin mal olor	7	21,2	28	84,8
Ruidos intestinales				
Hipoperistálticos	11	33,3	2	6,1
Euperistálticos	22	66,7	31	93,9
Características de las heces				
Duras y compactas, con forma de salchicha pero llena de bultos y 1 – 2 veces por semana	11	33,3	2	6,1
Suaves y blandas, como una víbora y 1 – 2 veces al día	22	66,7	31	93,9
Vestimenta que usa frecuentemente				
Ropa incómoda y ajustada	16	48,5	0	0,0
Calzado con tacón alto y base ajustada	2	6,1	0	0,0
Sujetador o sostén inapropiado	16	48,5	0	0,0
Ropa cómoda y holgada	17	51,5	33	100,0
Calzado con poco tacón y base ancha	31	93,9	33	100,0
Sujetador o sostén apropiado	17	51,5	33	100,0
Horas de sueño				
Menos de 6 horas	6	18,2	1	3,0
6 – 8 horas	5	15,2	24	72,7
Más de 8 horas	22	66,7	8	24,2
Horas de descanso				
No descansa en el día	11	33,3	6	18,2
Menos de 2 horas	5	15,2	0	0,0
Más de 2 horas	17	51,5	27	81,8
Cómo se encuentra al despertar				
Insatisfecha y cansada	22	66,7	1	3,0
Satisfecha y descansada	11	33,3	32	97,0
Factores que interrumpen el sueño u descanso				
Dolor y molestias del embarazo	20	60,6	0	0,0
Preocupación por el embarazo	1	3,0	1	3,0
Ninguno	12	36,4	32	97,0
Postura				
Opta la posición acostada sobre el lado derecho o boca arriba	28	84,8	0	0,0
Postura inadecuada al caminar (espalda encorvada)	14	42,4	0	0,0
No usa sillón con respaldar y cojines al sentarse	28	84,8	0	0,0
Opta la posición acostada sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas.	5	15,2	33	100,0
Postura adecuada al caminar (espalda recta)	19	57,6	33	100,0
Usa sillón con respaldar y cojines al sentarse	5	15,2	33	100,0
TOTAL	33	1000	33	100,0

Fuente: Visita domiciliaria del profesional de enfermería en el hogar de la gestante adolescente. 2017.