

---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE  
ENFERMERÍA**

**NIVEL DE BIENESTAR DE LA MADRE  
GESTANTE - NIÑO POR NACER. P. S. LA  
UNIÓN - CHIMBOTE, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN  
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**Br. BETSI MARGARET POZO CUSMA**

**ASESORA:**

**Dra. YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ**

**CHIMBOTE– PERÚ**

**2015**

## **JURADO EVALUADOR**

**Ms. Enf. FREDDY WILSON MOSQUEIRA POEMAPE**

**PRESIDENTE**

**Ms. Enf. NILDA MARGOT MARCELO ALVAREZ**

**SECRETARIO**

**Ms. Enf. MARIA ELENA LÓPEZ LOZANO**

**MIEMBRO**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez, por su apoyo y orientaciones durante el desarrollo de la presente investigación.

A las colegas del servicio de Enfermería y a todo el personal del Puesto de Salud La Unión por las facilidades brindadas en la aplicación de esta investigación.

Un agradecimiento especial a las madres gestantes que acuden a su control en el Puesto de Salud La Unión y que permitió la realización y el éxito del presente trabajo de investigación.

Al Ing. Civil Martín Blanco Sánchez por sus conocimientos y apoyo brindado en la realización de este informe de investigación.

**BETSI**

## **DEDICATORIA**

A DIOS, que el ser que ha guiado e iluminado mi camino, por darme salud y sabiduría para lograr objetivos trazados, por permitir que esté rodeado de personas que solo procuran mi desarrollo

A mis hijos: Paola, Assul de los Angeles y Gabriel; a mi esposo, por su sacrificio, y apoyo.

A mi madre Flor, hermana Leslie y abuela Felita por su sacrificio constante y apoyo incondicional para la realización de la presente investigación.

**BETSI**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo descriptivo, diseño de una sola casilla, tiene como objetivo determinar el nivel de bienestar de la madre gestante - niño por nacer que acude al puesto de salud La Unión en Chimbote. El universo muestral estuvo constituido por 25 gestantes que reunieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó el una ficha sobre nivel de bienestar de la madre gestante - niño por nacer, elaborado por la autora, debidamente validado a través de la aplicación de la prueba piloto y de confiabilidad estadística del coeficiente Alpha de Cronbach. Los datos se obtuvieron a través de la recolección de datos de la historia meterno perinatal (CLAP). Los resultados se presentan en tablas de frecuencia e indicadores cuantitativos con sus respectivos gráficos. Los datos fueron procesados en el programa SPSS Version 19.00. Se llegó a las siguientes conclusiones: La mayoría de madres gestantes que acuden al puesto de salud La Unión presentan un nivel de bienestar alto y un mínimo porcentaje con igual valor, bienestar mediano y bajo. La mayoría de niños por nacer con madres que acuden al puesto de salud La Unión presentan un nivel de bienestar alto y un mínimo porcentaje, bienestar mediano y bajo.

**Palabras clave:** Bienestar, madre gestante, niño por nacer.

## ABSTRACT

The present research quantitative descriptive, design one box, aims to determine the level of welfare of the pregnant mother - unborn child who comes to the health post in Chimbote La Union. The sample universe consisted of 25 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria. Unborn child, made by the author, duly validated through the implementation of the pilot test and statistical reliability coefficient Cronbach Alpha – for data. Data were obtained through data collection perinatal materno history (CLAP).

The results are presented in frequency tables and quantitative indicators with their respective graphs. The data were processed using SPSS Version 19.00 program. It came to the following conclusions: Most pregnant women who come to the health post The Union presented a higher level of wellness and a minimum percentage equal value, medium and low welfare. Most children born to mothers who come to the health post The Union presented a higher level of wellness and a minimum percentage, being medium and low.

Keywords: Welfare, pregnant mother, unborn child.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	15
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Bases teóricas.....	22
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	29
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	29
3.2 Población y muestra.....	29
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	30
3.4 Técnicas e instrumentos.....	31
3.5 Plan de análisis.....	32
3.6 Consideraciones éticas.....	34
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	35
4.1 Resultados.....	35
4.2 Análisis de resultados.....	36
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	42
5.1 Conclusiones.....	42
5.2 Recomendaciones.....	43
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	44
<b>ANEXOS</b> .....	48

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pag.</b>
<b>TABLA N° 01</b> .....	34
NIVEL DE BIENESTAR DE LA MADRE GESTANTE. PUESTO DE SALUD LA UNION - CHIMBOTE, 2014.	
<b>TABLA N° 02</b> .....	35
NIVEL DE BIENESTAR DEL NIÑO POR NACER. PUESTO DE SALUD LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2014.	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pag.</b>
<b>GRÁFICO N° 01</b> .....	34
NIVEL DE BIENESTAR DE LA MADRE GESTANTE. PUESTO DE SALUD LA UNION - CHIMBOTE, 2014.	
<b>GRÁFICO N° 02</b> .....	35
NIVEL DE BIENESTAR DEL NIÑO POR NACER. PUESTO DE SALUD LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2014.	

## **I. INTRODUCCIÓN**

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de bienestar de la madre gestante - niño por nacer que acude al control pre natal en el Puesto de salud la Unión, con el propósito de mejorar la calidad de atención del binomio madre niño y fomentar la buena actuación del personal de salud frente a la problemática actual de elevado índice de mortalidad materno perinatal.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, en el cual se expone el origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos e hipótesis. Capítulo II. Revisión de la literatura, en el cual se expone antecedentes, base teórica. Capítulo III. Metodología, en el que se incluye el nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos; procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y análisis de los resultados. Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

La gestación a cualquier edad es un evento bio-psicosocial relevante. A menudo este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra el bienestar de la madre y el niño (1).

El nacimiento constituye un proceso trascendente, emotivo, dramático y sobrecogedor en la vida del nuevo ser y da el inicio de la vida extrauterina. Al nacer el organismo debe experimentar una serie de cambios anatómicos, fisiológicos, metabólicos y bioquímicos, además de la capacidad que tenga para adaptarse al medio ambiente. Teniendo en cuenta la calidad del órgano reproductor de la madre y su organismo en general, así como las condiciones del producto, sin dejar de considerar los múltiples factores sociales, nutricionales, obstétricos, ambientales, que son indispensables para que esta etapa de la vida culmine con éxito, y sin perjuicio para la vida y futuro tanto del hijo como de la madre (1, 2, 3).

El Ministerio de Salud durante 1997 al 2007, registró una leve reducción de muertes maternas en números absolutos, pero se considera un subregistro de aproximadamente 50%. Las DIRESA reportaron como principales causas de muerte en los últimos cinco años las mismas que para el año 2007: hemorragias (41%), hipertensión inducida por el embarazo (19%), aborto (6%) y las infecciones (6%); la mayoría de muertes ocurren durante el trabajo de parto (retención de placenta) y post parto (atonía uterina) (4).

En el Perú, desde el final de la década de los 90 hasta la actualidad, la razón de mortalidad materna es de 185 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal es de 23,1 muertes perinatales por 1,000 nacidos vivos: la razón de mortalidad materna coloca al país dentro de aquellos con mayor mortalidad materna en Latinoamérica. A pesar de que a inicios de este siglo se han realizado adecuaciones normativas, se han operado cambios en el modelo de atención de la salud y se han implementado programas para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica, ambas mortalidades casi no se han modificado, lo cual resulta preocupante y nos plantea el reto de reevaluar y redefinir nuestros enfoques, estrategias e intervenciones (4).

El bienestar de la madre y el niño por nacer es imprescindible en la salud de la población el mismo que se puede conseguir a través de controles pre natales eficaces y eficientes para lograr un embarazo que llegue a feliz término si es que fue planificado. Se trata a menudo de una fase decisiva en la vida de una mujer, periodo durante el cual puede sentirse feliz y plenamente realizada, no sólo como persona sino también como miembro de la sociedad. También puede ser una etapa de angustia y sufrimiento, si se trata de un embarazo no deseado o cuando se dan complicaciones o circunstancias adversas que lo hacen peligrar o provocan enfermedades. Los controles de rutina más frecuentes en la atención prenatal son el control de peso, la altura uterina y la presión arterial, (1).

Por otro lado el estado nutricional materno, antes y durante la gestación, es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido, habiéndose establecido su relación con riesgos para el desarrollo de bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad.

En todas las partes del mundo, las mujeres tienen que hacer frente durante el embarazo a numerosas desigualdades. En esos momentos cruciales, la mujer ha de poder contar con la atención y la ayuda de los servicios de salud y también con sistemas de apoyo en el hogar y la comunidad. La exclusión, la marginación y la discriminación pueden afectar gravemente el bienestar de binomio madre y de niño por nacer (5).

En mi experiencia cotidiana se tiene que la atención focalizada a la gestante se deteriora día a día por procesos burocráticos, también por falta de seguimiento y hace que la gestante no acuda a sus controles y de esta manera se incrementen los partos intradomiciliarios como ocurre en la comunidad La Unión que hasta el momento en lo que va del año 2014 se atienden más de 4 partos en los propios domicilios de las gestantes. Esto permite que se ponga en tela de juicio y en riesgo el bienestar de la madre y el niño.

Por lo expuesto se planteó la siguiente interrogante: **¿Cuál es el nivel de bienestar de la madre gestante - niño por nacer que acude al control prenatal en el Puesto de Salud La Unión, Chimbote 2014?**

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Determinar el nivel de bienestar de la madre gestante - niño por nacer que acude al control pre natal en el Puesto de salud la Unión.

Para poder conseguir el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

Determinar el nivel de bienestar de la madre gestante en las dimensiones de valoración de la evolución materna: altura uterina, ganancia de peso materno, presencia de factores de riesgo, nutrición materna, ausencia de complicaciones durante la gestación; educación materna, satisfacción de las gestantes.

Determinar el nivel de bienestar del niño por nacer en la dimensión de evaluación del crecimiento y maduración fetal: presencia de latidos cardíacos fetales, presencia de movimientos fetales, peso fetal.

Finalmente se justificó realizar la investigación debido a que dentro de la sociedad, los profesionales de enfermería brindan un cuidado efectivo, la promoción y prevención de enfermedades y así evitar que se ponga en peligro la vida del sujeto de cuidado y las de, teniendo esta percepción se asume que realizando esta investigación ayuda a la identificación del nivel de bienestar de la gestante y evitar diversas enfermedades y/o complicaciones del niño por nacer y en base a los resultados encontrados se elaboraran programas orientados a la promoción, prevención y recuperación de la madre gestante y del niño por nacer.

Considerando que en nuestra sociedad existen mujeres que tienen problemas con sus embarazos y sus partos, otras quedan enfermas o con secuelas para toda la vida por un parto complicado, algunas mujeres mueren por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo Las mujeres en nuestras comunidades sacrifican su salud por el cuidado de los hijos y del esposo, descuidando muchas veces su salud, tratando de que el resto de la familia se encuentre bien. A veces los esposos no se dan cuenta de lo que está sucediendo con la salud de la mujer en la comunidad. Existen parteras sin capacitación y que por lo tanto no podrán identificar los riesgos del embarazo, parto y puerperio para enviar a un establecimiento de salud a la mujer en caso necesario. Las madres gestantes no tienen una

adecuada orientación para cuidar su salud y la de sus hijos. La presente investigación contribuirá en el área de la salud materno-infantil, como estrategia de enseñanza aprendizaje en la formación de las estudiantes de enfermería.

La vida requiere un buen comienzo mucho antes de nacer, pero es justo antes del parto, durante él ven las primeras horas y días de existencia cuando corre mayor peligro. Los niños siguen siendo muy vulnerables durante toda la primera semana de vida; una vez superado ese periodo, las posibilidades de sobrevivir aumentan considerablemente, frente a estas consideraciones la investigación contribuirá en la ciencia de enfermería a incrementar el cuerpo de conocimiento.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1 Antecedentes de la investigación

En el ámbito internacional:

Cruz, Y. (2). En su investigación titulada “Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso”; concluye que la baja talla materna influyó notablemente en el caso de recién nacidos con bajo peso, así como la malnutrición y la ganancia de peso durante la gestación.

Aguilar, J. (3). En su investigación titulado “Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer, Municipios Boyeros, 1994 – 1995”; donde se llegó a la conclusión que constituyen factores de riesgo del bajo peso al nacer en orden decreciente de importancia: las alteraciones cervicales, la anemia del tercer trimestre, la sepsis vaginal, la sepsis urinaria, la desnutrición en la captación, ser madre fumadora, la poca ganancia de peso durante la gestación, tener menos de 20 años en la captación y la hipertensión arterial o toxemia .

Bortman, M. (6). En su estudio titulado “Factores de riesgo de bajo peso al nacer”, se analizó la distribución del peso y la frecuencia de los posibles factores de riesgo del bajo peso al nacer. Los resultados indicaron que la razón de posibilidades (RP) más elevada correspondió a la falta de atención prenatal. La RP asociadas con una atención prenatal inadecuada, una primera consulta prenatal tardía, preeclampsia o eclampsia, hemorragia o anomalías de la placenta. El riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer (BPN) también fue más alto en las mujeres mayores de 40 años, las menores de 20 años, las solteras, las fumadoras, aquellas cuyo intervalo intergenésico fue menor de 18 meses y las que tenían un índice de masa corporal (IMC) menor de 20 .

Duanis, N. (5). En su trabajo de investigación titulado “Factores que inciden en el bajo peso al nacer”, llegó a la conclusión que los principales factores de riesgo que conllevaron al nacimiento de bajo peso en el área, fue la anemia durante la gestación, la evaluación nutricional de las gestantes, seguido del periodo intergenésico inadecuado y una ganancia de peso insuficiente durante la gestación.

Santos, J. y Col. (7), en su estudio titulado “Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahía”; el cual incluyó 1 023 nacidos vivos y fueron estudiados factores de riesgo tales como el intervalo intergenésico de 12 meses o menos, antecedentes de bajo peso, edad de la madre menos de 21 años o más de 35 años, tabaquismo, hipertensión durante la gestación, madre de estatura baja (menor o igual a 150 cm.) y más de 3 embarazos previos. Se concluyó que existía relación estadísticamente significativa según análisis de regresión logística; entre el bajo peso al nacer y los factores de riesgo mencionados.

Jordán, M. (8). En su investigación titulado “Estado nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer”, esperando que los resultados sean de utilidad para orientar programas de intervención nutricional. Se encontró que la mayoría de las mujeres estudiadas miden igual e inferior a 1.50 m, pertenecen a nivel socioeconómico bajo, la ganancia de peso fue inferior a 11 kg y las mujeres con estado nutricional en riesgo ganan menos peso y tienen niños con peso inferior a 3 kg.

Ibarra, J. y Colab. (9). En su investigación comparativa en el Hospital Regional de Rio Blanco, sobre Mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacimiento en el embarazo de adolescentes y adultas, en una población de 1,101 mujeres y sus recién nacidos entre el 1 de enero y 31



de diciembre de 1999; se encontró que el 29% de los nacimientos se obtuvo de mujeres adolescentes. No se observó diferencia estadística en la prevalencia de prematuridad y de bajo peso al nacimiento. La tasa de mortalidad en la prevalencia fetal fue de 32.3 defunciones por 1,000 nacimientos en los embarazos de adolescentes contra 27.8 en los de mujeres adultas y la tasa de mortalidad neonatal fue de 32.3 defunciones por 1,000 nacidos vivos en las primeras, contra 18.1 en las segundas (12).

Calderón, J. y Colab. (10). En su estudio sobre Factores de Riesgo Materno asociados al Parto Pre término en el Hospital Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro, se realizó un estudio de casos y controles, del 1 de Setiembre del 2001 al 30 de Junio del 2002. Encontrándose 138 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 37. En el periodo de estudio se atendieron 8919 eventos obstétricos, de los cuales 600 (6.73%) fueron pre término. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia - eclampsia. Los factores asociados al parto pre término con diferencia significativa ( $p=0.05$ ) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia.

Acevedo (11). En su trabajo de investigación titulado “Tamaño del recién nacido según la variación del peso de la madre en el embarazo”; tuvo el objetivo de identificar los efectos del cambio en el peso de la madre trimestre por trimestre sobre el tamaño del recién nacido. Los resultados mostraron de acuerdo a múltiples análisis de regresión, que la ganancia de peso de la madre durante el primer y segundo trimestre predecían el peso del recién nacido; sin embargo, el aumento de peso en el tercer trimestre no influía.

Noriega M (12), en su investigación “Cuidar - Cuidado de Enfermería a las madres y recién nacidos sanos desde una perspectiva cultural - Hospital de Apoyo I José Alfredo Mendoza Olavarría. El estudio cualitativo, con enfoque etnográfico que emplea la observación en el escenario cultural, elegido por los investigadores, permitió conocer y comprender el cuidar - cuidado de enfermería a las madres y recién nacidos sanos.

En el ámbito nacional:

Shimabuku, R. y Olivero, M. (13). En su investigación titulado “Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú” con el objetivo de conocer la frecuencia de bajo peso al nacer en el Perú”, los factores asociados y la fuerza de asociación entre los mismos; encontró como resultado que la incidencia nacional del recién nacido de bajo peso (RNBP) fue del 9,97% con 7,0% en la costa; 11,3% en la sierra y el 12,4% en la selva. Mediante el análisis de regresión logística multifaccional de razón de posibilidades más importantes fueron: altitud mayor a 2000m, sin educación o solo educación primaria, sin control prenatal y sin unión conyugal. Pero además cabe resaltar que entre los resultados se obtuvo que las mujeres con talla menos de 1.45 cm tuvieron el 11,8% de RNBP y las de peso menos de 50Kg, tuvieron el 12,0%. Esto es más obvio en el área rural donde las mujeres pequeñas tienen casi el doble de RNBP que el promedio nacional (17,12% versus 9,97%). Similarmente, en el área rural, la incidencia de madres que pesan menos de 50Kg es del 17,67% y el 9,24% en el área urbana.

De la Cruz, I. y; Flores, M. (14); estudiaron “Algunos Factores Maternos y su Influencia en la Edad Gestacional del Recién Nacido Pre Término Hospital Regional Docente de Trujillo”, donde encontraron que la incidencia de recién nacidos pre término fue de 4,61 %. Las

variables maternas que tuvieron relación estadística significativa en la influencia de edad gestacional del recién nacido pre término fueron: complicaciones y antecedentes Gineco obstétricos, según el tipo de antecedentes obstétricos más frecuentes que presentaron estas madres fue el antecedente de aborto, seguido de hijos pre término previos y con menos frecuencia natimueertos y recién nacidos pequeños para su edad gestacional. Las variables maternas que no tienen relación estadística significativa en la incidencia de prematuridad son: edad, paridad y control prenatal.

Jara, F. (15). En su trabajo de investigación titulado: “Efecto redactor del peso materno preconcepcional, talla materna y de ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido para la edad gestacional en el hospital local de Huaycan 1997 – 1999”, obtuvo los siguientes resultados, el 62,8% de recién nacidos pequeños para su edad gestacional (RN PEG) fueron hijos de madres cuya ganancia de peso fue menor al percentil 25, y 37% fueron de madres con ganancia de peso mayor e igual al percentil 25, además que de 936 recién nacidos no pequeños para la edad gestacional, el 26,9% fueron hijos de madres con peso preconcepcional menor de 50 kg; y el 73,1% fueron hijos de madres con peso mayor de 50 Kg.

Osorio, M. (16). En su estudio de investigación titulado “Factores asociados al bajo peso al nacer en gestantes a término del Hospital Cayetano Heredia, durante Enero 1998 y Setiembre 2000”. En tal estudio se determinó que los factores sociodemográficos asociados al recién nacido con bajo peso son la edad materna menor de 19 años, bajo grado de instrucción y unión marital inestable. Además encontró que las variables maternos generales asociados al mismo problema fueron el peso, talla e IMC materno.

Urcía, R. (17). En su tesis titulado “Relación estado nutricional de la gestante con el peso y talla del recién nacido. Junio – Julio 2000” en Chiclayo; el cual concluye que el 4% de los recién nacidos presentan un peso menor de 2 500 gr y el 38% tienen de 2 500 a 2 999 gr. Además resaltó el resultado que tanto el peso como la talla del recién nacido tuvieron un coeficiente de correlación altamente significativo con el estado nutricional final, peso pregestacional, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso en la gestación, edad de la gestante, grado de anemia de la madre y número de controles prenatales .

Velásquez, C. (18). En su investigación “Peso materno como factor de riesgo del bajo peso al nacer en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de Barranca Cajatambo. Enero – Diciembre 2002”, con el objetivo de determinar el comportamiento del bajo peso al nacer (BPN) en el peso materno previo y durante la gestación. Las variables principales fueron el peso materno y el peso al nacer. Otras variables fueron la edad materna, edad gestacional y la talla materna. Se concluyó que el bajo peso materno preconcepcional y la baja ganancia de peso materno, se comportan como factores de riesgo del bajo peso al nacer. La ganancia de peso en las madres con un peso pre gestacional bajo no fue determinante en el peso del recién nacido y en cambio, en las madres con peso pre gestacional adecuado, la ganancia de peso si resultó determinante en el peso del recién nacido. La incidencia del bajo peso al nacer fue de 6.3%.

En el ámbito local:

Bernaola, K. y Liñán, M. (19). En su estudio “Factores Maternos y Edad Gestacional del Recién Nacido Pre término en Adolescentes del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital de Apoyo La Caleta”. La población estuvo constituida por 22 madres adolescentes de 10 – 19 años, se encontró que la frecuencia de nacimientos de recién

nacidos pre términos fue de 54.6% pre término leve, el 22.7% pre término moderado y el 22.7% de pre término extremo. Los factores maternos que se relacionan significativamente con el nacimiento pre término son los antecedentes obstétricos ( $p= 0.0259$ ) y las complicaciones obstétricas ( $p= 0.005$ ). Los factores maternos que no presentaron relación significativamente fueron: edad materna, tenencia de pareja, residencia, grado de instrucción, control prenatal.

Suárez, T. (20). En su investigación “Influencia del Estado nutricional de la gestante en la ganancia de peso del recién nacido y edad gestacional”, llegó a las siguientes conclusiones; se evidenció que las gestantes que se alimentaban adecuadamente durante su gestación, tenían una edad gestacional adecuada y un peso adecuado en el recién nacido, además concluyeron que los factores como edad, talla también influyen en la ganancia de peso y en la edad gestacional del recién nacido.

En Chimbote, en la Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Apoyo La Caleta, en el año 2010 se registraron 2398 nacimientos, de los cuales el 24% fueron madres adolescentes. En relación a la edad gestacional se observó: recién nacido pre término (8.2%), recién nacido a término (78%) y recién nacido post término (11.1%), en relación al peso del recién nacido se observó: recién nacido de alto peso (6.8%), recién nacido de bajo peso (5.9%), recién nacido de muy bajo peso (0.7%) y recién nacido de peso extremadamente bajo (0.3%). En el año 2011 se registraron 2 309 nacimientos, de los cuales el 12% fueron madres adolescentes. En relación a la edad gestacional se observó: recién nacido pre término (9%), recién nacido a término (76%) y recién nacido post término (10%), en relación al peso del recién nacido se observó: recién nacido de alto peso (5.1%), recién nacido de bajo peso (4.3%), recién nacido de muy bajo peso (1.2%) y recién nacido de peso extremadamente bajo (0.6%) (21).

## 2.2. Base Teórica

El embarazo es un período y estado normal en la mujer; se inicia con la fecundación hasta el parto. Su duración es de 9 meses y termina con el parto. Desde el punto de vista obstétrico: La duración promedio de la gestación es aproximadamente 280 días o 40 semanas y se calcula a partir del primer día de la última menstruación. Si consideramos a partir del primer día de la FUR la variación es de 14 días más. Si consideramos desde la fecundación la duración: es de 266 días (22).

La gestación es una etapa del ciclo vital de la mujer y la familia, que es digna de una atención particular por parte de la enfermera y el equipo interdisciplinario que atiende a la mujer durante esta etapa ya que no sólo se involucra la salud física de la mujer gestante y el niño por nacer, sino que deben tener en cuenta aspectos tan importantes como el contexto donde se desarrolla dicho proceso, observando especialmente las prácticas, los conocimientos las costumbres los valores las experiencias y la cultura para cuidar su bienestar y del niño por nacer. En Enfermería, se ha tomado como punto de partida la investigación en el área materno-perinatal (22).

Un embarazo es considerado un problema de salud pública cuando es de riesgo, ya que sus consecuencias sobre la adolescente se manifiestan en dos aspectos principales: en el aspecto físico, el embarazo antes de los 20 años es considerado a nivel médico como embarazo de alto riesgo debido a que la maduración biológica de la mujer aún no ha concluido y el cuerpo no está preparado para la maternidad, debido a ello se producen partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps; obstrucción en el parto debido a una pelvis pequeña y un trabajo de parto mayor duración dando como resultado sufrimiento fetal (23).

Otras de las complicaciones que se presenta es la toxemia que de no tratarse adecuadamente puede desencadenarse en una eclampsia la cual

daña el sistema nervioso central y llega en algunos casos a provocar la muerte. Así mismo producto de un embarazo a edades tempranas suele registrar bajo peso al nacer (23).

El control prenatal, es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realizan el profesional de la salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre (23).

El control del embarazo es la mejor manera de prevenir o evitar problemas durante el embarazo, parto y puerperio. Por eso uno de los desafíos como promotores de salud es asegurar que las mujeres embarazadas de nuestra comunidad puedan acceder a un control prenatal, si no podemos asegurar el control de todas las embarazadas de nuestra comunidad porque a veces no desean ir al centro de salud; pero sí se debe conseguir que todas las mujeres con alto riesgo durante el embarazo reciban control pre-natal en el establecimiento de salud (23).

En la mujer embarazada debe controlarse el peso en todos los controles pre- natales, para saber su estado nutricional y del niño; el aumento de peso de la mujer embarazada es de 11 a 13 kilos durante todo su embarazo (23).

Una ganancia de peso menor del percentil 25, debe ser evaluada para descartar desnutrición y restricción del crecimiento intrauterino. El aumento de peso aceptado para un resultado sano durante todo el embarazo normal de 40 semanas de gestación es de aproximadamente de 11kilos, 200g/semana. Durante el primer trimestre el peso esperado es de 1400-1800 g. En el segundo y tercer trimestre se espera un aumento de 450 g por semana (mínimo de 200 g y máximo de 499 g) (22, 23).

El aumento exagerado y brusco del peso (másde500gr/semana) puede deberse a enfermedad hipertensiva del embarazo. Se debe evaluar la

variación de peso, tomar la presión arterial, buscar edemas y proteinuria, para descartar complicaciones. El aumento en caso del peso (menorde200gr/semana) puede asociarse con retardo de crecimiento intrauterino y con ingesta escasa (22).

A medida que avanza el embarazo, el niño va creciendo, evidenciado por el crecimiento del abdomen y los latidos fetales, pero también por medio de los movimientos fetales percibidos por la madre. Los cuidados de enfermería van desde la detección temprana del embarazo, el control pre natal y el monitoreo en actividades como, ejercicio, en las embarazadas se presentan con facilidad el agotamiento, por lo tanto se debe recomendar el ejercicio sin llegar al cansancio, En aquellas mujeres que realizan trabajos pesados o forzosos se recomienda que se abstengan de realizar los mismos o disminuir la intensidad del trabajo, se deberá retirar 4 semanas antes del parto para disminuir el agotamiento muscular y mejorar la oxigenación del feto (24).

El bienestar del binomio madre gestante y niño por nacer depende de su salud física y mental. La salud mental puede verse alterada por aspectos externos o internos de la persona y tiene un alto impacto psicológico en las personas, afectando la evolución adecuada de la gestación y las posibilidades de presentarse complicaciones que alteren el bienestar (24).

Kerouac y cols, en su libro “El pensamiento enfermero”, describen la conceptualización de Watson acerca de los cuidados enfermeros. Dice que “consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso, en cuanto a ideal moral y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.”(25).



En la actualidad, una gran mayoría de programas prenatales no se limitan a estimular al feto sino que constituyen auténticos programas de intervención. son técnicas para aumentar el bienestar de la gestante y el niño por nacer, como por ejemplo : técnicas de relajación, ejercicios para el fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sí misma, consejos nutricionales, estimulación sensorial dirigida principalmente a la gestante etc. que tiene como objetivo crear en torno a la mujer embarazada una atmósfera tranquila, atractiva y variada para eliminar el estrés del entorno cotidiano, proporcionándole una gran sensación de bienestar, y a través de él, conseguir esa sensación placentera para el no nacido. al igual que enriquecer sus experiencias y ayudarla a disfrutar de ese periodo especial, además de potenciar sus sentimientos de seguridad física y emocional(2).

Las actividades dirigidas al bienestar emocional de la embarazada se realizan sobre todo en el primer trimestre de gestación. Entre ellas se encuentran: gimnasia para embarazadas (caminar, nadar, estiramientos). estos ejercicios no pueden suponer un esfuerzo exagerado ni para la gestante ni para el feto; deben favorecer la respiración y la flexibilidad, y trabajar los músculos adecuados para soportar el aumento de peso que se va a producir. Con ellos se consigue mejorar el estado de ánimo, mantener la agilidad, y dormir y descansar mejor. Mimarse. La embarazada tiene que hacer actividades que le agraden y le hagan sentirse bien. Se debe trabajar con ejercicios que sean fáciles de asumir en su vida cotidiana: masajes, baño relajante, escuchar música, etcétera. De esta forma aumenta la sensación de bienestar y placer, que le transmitirá al bebé a través de las endorfinas u hormonas de la felicidad (2).

El niño por nacer es todo ser humano desde el momento de la concepción, es decir, desde la penetración del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento de su nacimiento, goza de todos los derechos establecidos en la convención sobre los derechos del niño y tiene derecho a una protección

especial, más que cualquier otra persona, por parte de la familia, el estado y la sociedad. Tiene derecho a la vida, a estar sano, a encontrar una familia, a educarse y a desarrollarse en un ambiente favorable. El niño está íntimamente conectado a la madre tanto física como emocionalmente, la gestante no sólo transmite lo que ingiere a su feto, sino también emociones y sentimientos. Como ambos comparten endorfinas (sustancias químicas que producen la sensación de bienestar), el bebé también experimenta las emociones de su progenitora (8).

La percepción materna de los movimientos del feto es un indicador de bienestar fetal, ya que es útil como medida indirecta de la integridad y función del sistema nervioso fetal y resulta de utilidad para hacer participar a la gestante en su propio cuidado. Aunque con un bajo índice de falsos negativos, presenta una tasa de falsos positivos de hasta el 70%. Por ello no se pueden tomar decisiones basadas exclusivamente en este procedimiento. No se ha podido demostrar que el control regular de los movimientos fetales reduzca la mortalidad perinatal ni tampoco si añade algún beneficio a un programa establecido de vigilancia fetal anteparto . Por el contrario, sí que se ha demostrado que genera una mayor necesidad de otros recursos diagnósticos (ecografía y CTG), un aumento de los ingresos hospitalarios y de la tasa de partos electivos (2).

Siendo la familia la unidad básica de salud debe involucrarse en el cuidado de la madre gestante y del niño por nacer para lograr un ambiente propicio. Las muestras de apoyo, cariño, solidaridad que prodiga la familia son fundamentales para lograr un embarazo sin preocupaciones. El embarazo es responsabilidad de todos (8).

Watson Define el cuidado "como un proceso interpersonal que involucra la preocupación y el deseo de ayudar a la otra persona a lograr el bienestar mental, físico, sociocultural y espiritual". Adopta conceptos como el amor incondicional, aspecto esencial para la supervivencia y desarrollo de la humanidad (25).

Larson P, define el cuidado como acciones intencionales que llevan al cuidado físico y la preocupación emocional que promueven un sentido de seguridad al paciente (25).

Enfermería es la ciencia del cuidado y la salud materna infantil es nuestra preocupación, es también la gestante nuestro sujeto de atención. Por lo tanto se busca el bienestar de la gestante brindando cuidados holísticos de Enfermería (25).

Este concepto permite ampliar la concepción que se tiene acerca del rol que el profesional de enfermería tiene ante su sujeto de cuidado. No es solamente el realizar actividades que favorezcan la recuperación de signos o síntomas ante una enfermedad; es abarcar sus emociones, sentimientos, tomarse un tiempo para interactuar con esa otra persona y conocer a fondo sus conocimientos, experiencias, expectativas. Finalmente es esa persona quien vivencia su proceso y nadie más que ella es la apropiada para brindar la información y favorecer la detección de necesidades de cuidado (25).

Ramona Mercer, establece en su modelo que Enfermería: es una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con mujer gestante durante toda la maternidad (25).

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tenga en cuenta como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a

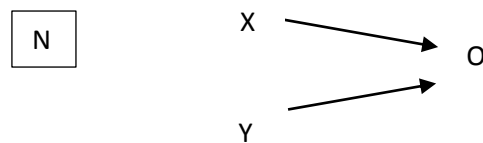
su rol, experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia, constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal (25).

### III. METODOLOGÍA.

#### 3.1 El tipo y diseño de la investigación.

**Tipo:** Cuantitativo descriptivo (26).

**Diseño de la investigación.** El estudio constituye una investigación de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de una sola casilla (26).



Donde:

N: Gestantes que se atienden en el Puesto de Salud La Unión, Chimbote- 2014

X: Nivel de bienestar de la madre gestante

Y: Nivel de bienestar del niño por nacer

O: medición del nivel de bienestar gestante-niño por nacer

#### 3.2. Población y muestra

##### Universo muestral

El universo muestral estuvo conformado por 25 madres gestantes del A.H. La Unión que acudieron al Puesto de Salud para el control pre natal durante los meses de Agosto-October del 2014.

##### Unidad de análisis:

Madre gestante y niño por nacer registrada en el Establecimiento de Salud La Unión.

**Criterios de inclusión:**

Gestantes de II y III trimestre de embarazo orientadas en tiempo espacio y persona.

**Criterios de exclusión:**

Gestantes que no acuden a su control pre natal.

**3.3. Definición y operacionalización de las variables**

**Nivel de bienestar de la madre gestante**

Definición conceptual. Grado de completo bienestar físico, psicológico y emocional de la madre gestante (23).

Nivel de bienestar de la madre gestante:

Alto: De 10 a 14 puntos

Mediano: De 5 a 9 puntos

Bajo: De 0 a 4 puntos

**Nivel de bienestar del niño por nacer**

Definición conceptual. Grado de completo bienestar físico, psicológico y emocional del niño por nacer (23).

**Nivel de bienestar del niño por nacer**

Alto: De 4 a 6 puntos

Mediano: De 2 a 4 puntos

Bajo: De 0 a 2 puntos

### **3.4. Técnicas e instrumentos.**

#### **Técnicas:**

En el presente trabajo se empleó la revisión de la Historia Materno Perinatal CLAP ( Centro Latinoamericano de Perinatología) de la madre gestante del Puesto de Salud La Unión .

#### **Instrumento:**

#### **Ficha de recolección del bienestar de la madre gestante - niño por nacer**

Instrumento elaborado por la autora, para medir el nivel de bienestar de la madre gestante y del niño por nacer, el cual consta de dos partes; la primera contienen datos del niño por nacer como son los latidos cardiacos, movimientos y peso fetal, con una puntuación de 6, considerados así por ser los más accesibles dentro de la historia materno perinatal y por ser un establecimiento de nivel I. La segunda con datos de la madre gestante, consta de 7 ítems relacionados con la altura uterina, peso, factores de riesgo, educación, nutrición, satisfacción del embarazo y complicaciones en el embarazo, con una puntuación de 14, los datos fueron obtenidos de la historia clínica materna perinatal (CLAP). (Ver anexo 01)

#### **Control de calidad de datos**

Se garantizó la calidad de los datos a través de la confiabilidad y validez del instrumento, fue validado a través del juicio de expertos (1 médico, 2

enfermeras y 1 obstetrix). La confiabilidad se obtuvo a través de la prueba estadística alpha de Cronbach con un valor de 0,613 (Ver anexo 02)

### **3.5. Plan de análisis:**

#### **Procedimiento para la recolección de datos**

- Se solicitó autorización de la institución
- Se obtuvo el consentimiento informado de la gestante para participar en la ejecución de la investigación.
- Se registraron los datos en la ficha de valoración del bienestar de la madre gestante - niño por nacer, los mismos que se obtuvieron de la historia clínica materno perinatal (CLAP). Los datos recolectados de la madre fueron: Ganancia de peso de la madre, presencia de factores de riesgo, educación materna, estado nutricional, satisfacción de las gestantes con su embarazo, ausencia de complicaciones durante la gestación y del niño por nacer fueron: Estimación clínica del peso fetal, presencia de movimientos fetales y presencia de latidos cardíacos fetales.

#### **Procesamiento de datos:**

Los resultados se presentan en tablas de Frecuencia e indicadores cuantitativos con sus respectivos gráficos. Los datos fueron procesados en el programa SPSS Version 19.00.

### **3.6 Consideraciones éticas:**

Durante la investigación y aplicación de los instrumentos se respetó y se cumplieron los principios de (26).



## **Privacidad**

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó exponerla, respetando la intimidad de las madres gestantes, siendo útil sólo para fines de la investigación.

## **Integridad científica**

Acción honesta y veráz en el uso, conservación y publicación de estos datos ya que servirán de base para otras investigaciones. La integridad o rectitud se rige a la actividad científica y se extiende a las actividades de enseñanza en el ejercicio de nuestra profesión.

## **Anonimato**

Para la recolección de datos se revisaron las historias materno perinatal, manteniendo el anonimato de las gestantes ya que la información es netamente para fines de investigación.

#### IV. RESULTADOS

TABLA 01

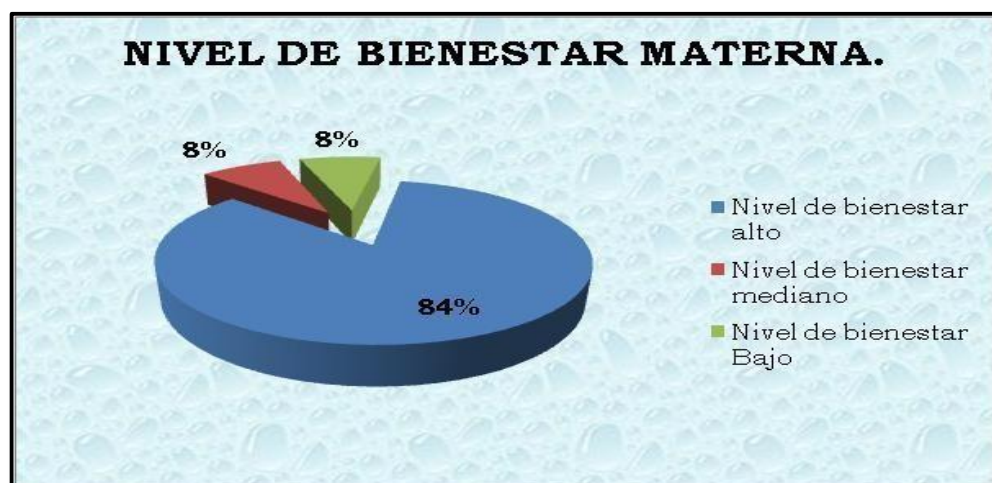
NIVEL DE BIENESTAR DE LA MADRE GESTANTE. PUESTO DE SALUD LA UNION - CHIMBOTE, 2014.

Niveldebienestar	Frecuencia	
	N°	%
<b>Materno</b>		
Alto	21	84%
Mediano	2	8%
Bajo	2	8%
Total	25	100,0

**Fuente:** Ficha de valoración del bienestar de madre gestante - niño por nacer elaborado por Pozo B. Aplicado a la gestante y al niño por nacer en el Puesto de Salud La Unión en los meses Agosto-Octubre. Chimbote, 2014.

GRÁFICO 01

NIVEL DE BIENESTAR DE LA MADRE GESTANTE. PUESTO DE SALUD LA UNION - CHIMBOTE, 2014.



Fuente: Tabla 01

**TABLA 02**

**NIVEL DE BIENESTAR DEL NIÑO POR NACER. PUESTO DE SALUD LA UNION - CHIMBOTE, 2014.**

Nivel de bienestar del niño por nacer	Frecuencia	
	N	%
Alto	22	88%
Mediano	2	8%
Bajo	1	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de valoración de bienestar de madre gestante - niño por nacer elaborado por Pozo B. Aplicado a la gestante y al niño por nacer en el Puesto de Salud La Unión en los meses Agosto-Octubre. Chimbote, 2014.

**GRÁFICO 02**



**Fuente:** Tabla 02

## 4.2 Análisis de los resultados

**En la tabla N° 01:** Sobre el nivel de bienestar de la madre. Se observa que el 84% presentan un bienestar alto, mientras que un 8% presentan un bienestar mediano y bajo.

En el Puesto de salud La Unión, el control prenatal, es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realizan el profesional de la salud en coordinación con el equipo de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. En relación al bienestar materno tenemos algunos trabajos se relacionan:

Cruz, Y. (2). En su investigación titulado “Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso”; concluye que la baja talla materna influyó notablemente en el caso de recién nacidos con bajo peso, así como la malnutrición y la ganancia de peso durante la gestación.

En Colombia Arevalo, E. (27), En su estudio de investigación “Gestación y prácticas de cuidado “, determinó las prácticas de cuidado de las gestantes consigo mismas y con su bebe por nacer, aplicado a 150 gestantes que acuden al centro operativo local Engativá inscritas en el proyecto 7317 aplicando una metodología cuantitativa descriptiva . Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de 6 dimensiones de estimulación prenatal (56,67 %), ejercicio y descanso (78%), alimentación ( 82,67%) y buena práctica en cuidado e higiene personales (88%), sistema de apoyo (82%) y sustancias no beneficiosas (78,67%).

Aguilar, J. (3). En su investigación titulado “Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer, Municipios Boyeros, 1994 –

1995”); donde se llegó a la conclusión que constituyen factores de riesgo del bajo peso al nacer en orden decreciente de importancia: las alteraciones cervicales, la anemia del tercer trimestre, la sepsis vaginal, la sepsis urinaria, la desnutrición en la captación, ser madre fumadora, la poca ganancia de peso durante la gestación, tener menos de 20 años en la captación y la hipertensión arterial o toxemia .

Las instituciones de salud en la actualidad preocupadas por el incremento de la población materna en nuestro medio y el consiguiente abandono del recién nacido o la inadecuada crianza establece lineamientos de políticas para prevenir esta situación, por ello el profesional de enfermería asume el reto de participar actualmente en el proceso de prevención y promoción de la salud materna, porque con su actuar responsable garantizaría un proceso de gestación, parto, posparto y puerperio sin riesgo.

Por ello, un embarazo es considerado un problema de salud pública cuando es de riesgo ya que sus consecuencias sobre la adolescente se manifiestan en dos aspectos principales: en el aspecto físico, el embarazo antes de los 20 años es considerado a nivel médico como embarazo de alto riesgo debido a que la maduración biológica de la mujer aún no ha concluido y el cuerpo no está preparado para la maternidad, debido a ello se producen partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps; obstrucción en el parto debido a una pelvis pequeña y un trabajo de parto mayor duración dando como resultado sufrimiento fetal (23).

**En la tabla 2:** Sobre nivel de bienestar del niño por nacer se observa que del 100 %, el 88 % presenta nivel de bienestar alto, el 8 % nivel media y el 4% baja.

Las actuales pruebas de bienestar fetal preparto, consisten en una valoración fetal seriada sistemática, cuya finalidad es identificar a los fetos que están en peligro, de modo que se puedan tomar las medidas apropiadas para prevenir su daño irreversible o la muerte (1).

En el Puesto de salud La Unión se tiene que está garantizado el bienestar del feto a la valoración y se debe tener en cuenta la observación rigurosa de la gestante de nivel de mediana y baja a través de técnicas de estimulación, valoración biofísica, etc. Es así que tenemos a:

Duanis, N. (5). En su trabajo de investigación titulado “Factores que inciden en el bajo peso al nacer”, llegó a la conclusión que los principales factores de riesgo que conllevaron al nacimiento de bajo peso en el área, fue la anemia durante la gestación, la evaluación nutricional de las gestantes, seguido del periodo intergenésico inadecuado y una ganancia de peso insuficiente durante la gestación.

El bienestar del niño por nacer también se relaciona con el estudio de Osorio, M. (16). En su estudio de investigación titulado “Factores asociados al bajo peso al nacer en gestantes a término del Hospital Cayetano Heredia, durante Enero 1998 y Setiembre 2000”. En tal estudio se determinó que los factores sociodemográficos asociados al recién nacido con bajo peso son la edad materna menor de 19 años, bajo grado de instrucción y unión marital inestable. Además encontró que las variables maternas generales asociados al mismo problema fueron el peso, talla e IMC materno.

Un nuevo estudio (28) que se publicó en la edición de agosto de 2009 del American Journal of Public Health muestra que el trabajo intenso o una jornada laboral de más de 32 horas semanales en el primer trimestre de gestación está asociado con bajo peso al nacer y mayor riesgo de dar a luz un bebé pequeño para su edad gestacional. El estudio se ha llevado

a cabo en Amsterdam (Países Bajos), mediante un cuestionario que han completado 8.266 mujeres, sobre sus condiciones de trabajo.

Por otra parte, recientemente se ha estudiado en Dinamarca el impacto del estrés psicológico sobre el riesgo de muerte fetal. Los investigadores han recopilado datos de 19.282 embarazos de un solo bebé, y han medido el estrés materno a las 30 semanas de gestación mediante un cuestionario estándar de salud mental (29).

La muerte fetal (después de 28 semanas de gestación) ocurrió en 66 embarazos (0,34% de los embarazos). Las mujeres con niveles elevados de estrés tuvieron un riesgo aumentado del 80%, comparado con las mujeres con niveles intermedios de estrés. Es decir, si ocurrió en un 0,34% del total de embarazos, en el caso de mujeres con alto nivel de estrés ocurrió en un 0,61%. Como se puede apreciar, la incidencia sigue siendo muy pequeña y no debe ser una fuente más de angustia para las madres embarazadas afectadas de estrés, y que sufren por ello, pero resulta significativo: algo pasa con el estrés durante la gestación, y no conviene minimizar su posible impacto (29).

El estudio tuvo en cuenta la posible influencia de factores como la edad materna, número de hijos, el índice de masa corporal de la madre antes del embarazo, el consumo de tabaco, alcohol o café, el estado civil, y nivel de estudios, sin que ninguno de estos factores alterase los resultados. Tampoco cambiaron los resultados al excluir a mujeres con complicaciones durante el embarazo (diabetes, hipertensión, sangrado vaginal) (29).

A medida que avanza el embarazo, el niño va creciendo, evidenciado por el crecimiento del abdomen y los latidos fetales, pero también por medio de los movimientos fetales percibidos por la madre.

El bienestar de una persona depende de su salud física y mental. La salud mental puede verse alterada por aspectos externos o internos de la persona y tiene un alto impacto psicológico en las personas, afectando la evolución de la enfermedad y las posibilidades de mejorar ésta (4). El niño está íntimamente conectado a la madre tanto física como emocionalmente, la gestante no sólo transmite lo que ingiere a su feto, sino también emociones y sentimientos. Como ambos comparten endorfinas (sustancias químicas que producen la sensación de bienestar), el bebé también experimenta las emociones de su progenitora (8).

En la mujer embarazada debe controlarse el peso en todos los controles pre- natales, para saber su estado nutricional y del niño; el aumento de peso de la mujer embarazada es de 11 a 13 kilos durante todo su embarazo (14).

El niño está íntimamente conectado a la madre tanto física como emocionalmente, la gestante no sólo transmite lo que ingiere a su feto, sino también emociones y sentimientos. Como ambos comparten endorfinas (sustancias químicas que producen la sensación de bienestar), el bebé también experimenta las emociones de su progenitora.

Esto significa que nuestras gestantes en dicho establecimiento son orientadas por el personal de salud y están atentos a cualquier alteración. Coincidiendo con Los cuidados de enfermería van desde la detección temprana del embarazo, el control pre natal y el monitoreo en actividades como, ejercicio, los hábitos alimenticios; en las embarazadas se presentan con facilidad el agotamiento, por lo tanto se debe recomendar el ejercicio sin llegar al cansancio, En aquellas mujeres que realizan trabajos pesados o forzosos se recomienda



Esto significa que el nivel de bienestar madre gestante -niño por nacer es alto, debido a los cuidados adecuados que recibe durante su gestación, garantizando de esta manera un niño sano.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES:**

- La mayoría de madres gestantes que acuden al puesto de salud La Unión presentan un nivel de bienestar alto y un mínimo porcentaje con igual valor, bienestar mediano y bajo.
  
- La mayoría de niños por nacer con madres que acuden al puesto de salud La Unión presentan un nivel de bienestar alto y un mínimo porcentaje, bienestar mediano y bajo.

## 5.2 RECOMENDACIONES:

- Dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades del puesto de salud La Unión así como a las autoridades locales y regionales de salud en búsqueda de su participación activa en la elaboración de estrategias para mejorar la situación de salud del binomio madre niño.
- Incentivar al profesional de Enfermería para continuar realizando trabajos de investigación teniendo en cuenta los resultados obtenidos y considerar los factores que influyen en el bienestar del binomio madre gestante y niño por nacer además de otros que puedan relacionarse y de esta manera elaborar propuestas educativo - promocionales.
- Se debe implementar un programa de educación para lograr mantener los resultados encontrados en la investigación y además mejorarlos, en donde se imparta conocimiento sobre el cuidado del niño desde la etapa prenatal y hacer el seguimiento en el puerperio. Realizar intervenciones de enfermería en las madres gestantes resaltando la importancia que tiene su cuidado y del niño por nacer, relacionándolos con las necesidades básicas fundamentales en el bienestar y calidad de vida de ambos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krasovec, K. y Anderson, M. Nutrición materna y resultados del embarazo: Evaluación antropométrica. Organización Panamericana de la Salud/ OMS. Publicación Científica No. 529 – Washington. (1990).
2. Cruz, Y. Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso. Revista de Obstetricia y Ginecología. Cuba. (1993).
3. Aguilar, J. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio de Boyeros 1994 – 1995. Revista Cubana de Epidemiología. 1999. Pág. 122 – 126. (1999)
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Endes (2009). Accesado el 13-10-12. Disponible en: <http://www.mindes.gob.pe>
5. Duanis, N. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Enfermería. 1998. Vol. 14. N° 03. Pág. 150 – 154. (1996).
6. Bortman, M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 3. N° 05. Pág. 314 – 320. Argentina. (1995).
7. Santos, J. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en salvador, bahía. Revista Panamericana de Salud 1997. Vol. 2. N° 01. Pág. 1- 5. Brasil. (1998).
8. Jordán, M. Estado nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer- Estudio Longitudinal. Revista Colombiana de Obstetricia. Vol. 10. N° 03. (1998).
9. Ibarra, J. y Colab. Mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en el Hospital Regional de Río Blanco, Revista Biomédica Latinoamericana. México. (2002).

10. Calderón, J. y Colab .Factores de riesgo materno asociados al parto pre término. Revista Médica MISS. 1° Versión. México. (2002).
11. Acevedo .Tamaño del recién nacido según la variación de peso de la madre en el embarazo. Revisit American journal of Clinical Nutrition. Vol. 76. N° 01.  
Pág. 205 – 209. Estados Unidos de Norteamérica. (2002).
12. Noriega M en su investigación “Cuidar - Cuidado de Enfermería a las madres y recién nacidos sanos desde una perspectiva cultural - Hospital de Apoyo I José Alfredo Mendoza Olavarría(2003).
13. Shimabuku, R. y Oliveros, M. .Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú. Rev. Esp Pediatr. 55 (329):428-33- Perú. (2002).
14. De la Cruz,I. y Flores, M. Algunos factores maternos y su influencia en la edad gestacional del recién nacido pre término. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. Perú. (1999).
15. Jara, F. Efecto redactor del peso materno preconcepcional, talla materna y de ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido para la edad gestacional en el hospital local de Huaycan 1997 – 1999. Tesis Posgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. (2002).
16. Osorio, M. Factores asociados al bajo peso al nacer en gestantes a término del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Enero 1998 – Setiembre 2000. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. (2003).
17. Urcia, R. Relación estado nutricional de la gestante con el peso y talla del recién nacido. Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo.

- Junio – Julio 2000. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Chiclayo. Perú. (2000).
18. Velásquez, C. Peso materno como factor de riesgo del bajo peso al nacer en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Barranca – Cajatambo. Enero – Diciembre 2002. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada San Pedro. Barranca. Perú. (2000).
  19. Bernaola, k. y Liñan, M. Algunos Factores Maternos en adolescentes asociados al Recién Nacido Pre término, Servicio de Gineco – Obstetricia. Hospital de Apoyo La Caleta. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú. (2007).
  20. Suarez, T. Influencia del Estado nutricional de la gestante en la ganancia de peso del recién nacido y edad gestacional. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú. (2009).
  21. Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Apoyo la Caleta Chimbote. Perú. (2012).
  22. Reeder, s; Martin l.; Koniak, D. (1995). Enfermería Materno - Infantil. 3º Ed. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. México.
  23. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima: Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente N.T. N° 034 MINSA / DGSP -V03; 2011. [citada 27de marzo 2009

24. Miranda, W. Factores de riesgos maternos y perinatales en la adolescencia temprana en el Hospital Bertha Calderón. Revista de Gineco Obstetricia. Nicaragua. (2001).
25. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta edición. España: Edit. Mosby, 5a. Barcelona. Harcourt Brace; 2003.
26. Polit D, Hungler B. “ Investigación científica en ciencias de la salud” Quinta edición. Edit. Interamericana. México; 2000
27. Arévalo E, Gestación y prácticas de cuidado Centro Operativo Local Engativá. Colombia (2007)
28. Hansen D, Andersen P, Olsen J, Severe life events and impaired fetal growth: a nation-wide study with complete follow-up. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86 (3):266-75
29. Wisborg K, Barklin A, Hedegaard M, Henriksen TB. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. BJOG. 2008 Jun;115(7):882-5.



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

**Ficha de recolección de datos del bienestar madre gestante - niño  
por nacer**

**Elaborado por: Pozo B**

**A. NIVEL DE BIENESTAR DE LA MADRE GESTANTE**

1. Altura uterina materna acorde a semana de gestación (en cm).  
Normal..... 2ptos  
Sobrepeso..... 0 ptos  
Peso disminuido..... 0 ptos
2. Ganancia de peso de la madre  
Aumento..... 2 ptos  
No aumento ..... 0 ptos
3. Presencia de factores de riesgo  
Riesgo alto ..... 0 ptos  
Riesgo mediano..... 0 ptos  
Riesgo bajo..... 1 pto  
Sin riesgo. .... 2 ptos
4. Educación materna:  
SI..... 2 ptos  
NO.....0 ptos





**Nivel de bienestar de la madre gestante:**

Alto: De 10 a 14 puntos

Moderado: De 5 a 9 puntos

Bajo: De 0 a 4 puntos

**Nivel de bienestar del niño por nacer**

Alto: De 5 a 6 puntos

Moderado: De 3 a 4 puntos

Bajo: De 1 a 2 puntos

## ANEXO N° 02

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### Análisis de fiabilidad

##### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100.
	Excluidos <sup>a</sup>	0	.0
		10	100.

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de	N de
.613	10

#### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina	Varianza de la escala si se elimina	Correlación	Alfa de Cronbach si se elimina el
VAR00001	16,10	4,989	,802	,441
VAR00002	15,90	4,989	,000	,620
VAR00003	16,10	7,656	,802	,441
VAR00004	16,00	6	-,368	,669
VAR00005	16,10	4,989	,179	,625
VAR00006	15,90	9	,000	,620
VAR00007	15,90	8,222	,000	,620