



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TEMA:

“ACEPTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN MADRES SOLTERAS COMO
FACTORES DE RIESGOS EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL
DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014”

AUTORAS:

FLORES DE VALGAS MENÉNDEZ ANGÉLICA MARÍA
BORRERO DE LA CRUZ GEOMARA JAKELINE

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN:
LIC. NARCISA VILLAMARIN VACA

PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR

2014

TEMA

“ACEPTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN MADRES SOLTERAS
COMO FACTORES DE RIESGOS EN EL DESARROLLO NEONATAL
EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. ABRIL –
SEPTIEMBRE 2014”

DEDICATORIA

Mi mama y hermanos.

Al final de esta etapa de mi vida no encuentro forma de agradecer todo lo que han hecho por mí.

Gracias mamá por darme la vida, por enseñarme a amar a Dios por su apoyo incondicional, por sus regaños, por sus sí y sus no, por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo amor y confianza.

Ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí, porque sé que mi sueño era el suyo también, sepan que su unión fue la fuerza que me impulso y su amor el estímulo, que me ayudo a lograrlo.

El logro hoy alcanzado también es de ustedes, resultado de sus esfuerzos, sacrificio y el tiempo invertido en mí.

Doy gracias a dios en que hoy culmino una etapa más en mi vida.

FLORES DE VALGAS MENÉNDEZ ANGÉLICA MARÍA

DEDICATORIA

A Dios... ser grandioso que me ha iluminado con todo su manto de bondad y ha permitido que llegue a obtener este triunfo en mi vida profesional.

A mi madre Alejandrina de la Cruz que durante años me apoyó incondicionalmente, eres mi pilar fundamental, gracias por existir, y estar siempre a mi lado.

A mi padre Benito Borrero que siempre estuvo presente en mis primeros años de estudio y que hoy aunque ya no está a mi lado físicamente, lo llevo cada día de mi vida en mi corazón.

A mis hijos que son mi fortaleza, mi inspiración lo mejor de esta vida, Santiago y Samuel mis más grandes tesoros.

A mi esposo Wilter Barcia, el que siempre espero, el que jamás perdió la fe de que yo llegara lejos. Gracias por todos aquellos consejos y empujitos que me distes a lo largo de esta carrera.

Para todos mis hermanos dedico este largo esfuerzo de años.

BORRERO DE LA CRUZ GEOMARA JAKELINE

AGRADECIMIENTO

“Jamás es demasiado el agradecimiento, a quien no te abandono en ningún momento”

Nos complace hoy tener la oportunidad de agradecer a DIOS por ser el creador de nuestro triunfo alcanzado.

A través de este trabajo expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica de Manabí, a nuestra Escuela de Enfermería a sus docentes que durante años aportaron a nuestro aprendizaje y formación como profesionales.

A nuestra Presidenta Dra. María Sol Ordoñez a la Directora Lic. Narcisa Villamarin, nuestros miembros de trabajo de titulación, quienes aportaron guiándonos idóneamente en la elaboración del mismo.

FLORES DE VALGAS MENÉNDEZ ANGÉLICA MARÍA

BORRERO DE LA CRUZ GEOMARA JAKELINE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

En mi calidad de Director de trabajo de titulación, nombrada por el H. Consejo Directivo de la Facultad de la Salud.

CERTIFICO:

Que he analizado y aprobado el Proyecto de Trabajo de Grado Titulado “ACEPTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGOS EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014” la misma que ha sido desarrollada y concluida en su totalidad bajo mi dirección habiendo cumplido con todos los requisitos y reglamentos que para este efecto se requiere de las autoras:

**FLORES DE VALGAS MENÉNDEZ ANGÉLICA MARÍA
BORRERO DE LA CRUZ GEOMARA JAKELINE**

Egresadas de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, por lo que autorizo la presentación, defensa y sustentación del mismo ya que cumple los requisitos y méritos suficientes para ser considerado como un trabajo de sustentación.

Lic. Narcisa Villamarin Vaca
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN Y
SUSTENTACIÓN

TEMA:
“ACEPTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN MADRES SOLTERAS
COMO FACTORES DE RIESGOS EN EL DESARROLLO NEONATAL
EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL –
SEPTIEMBRE 2014”
TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración el Tribunal de Revisión y Sustentación legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de “Licenciada en Enfermería”

APROBADA

Dra. Yira Vásquez Giler, MN
DECANA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

Abg. Abner Bello Molina
SECRETARIO ASESOR JURÍDICO
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
PRESIDENTE (E) DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. María Sol Ordoñez Zambrano, Mg
PRESIDENTA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Lic. Nora Gavilanes Peralta Mg
MIEMBRO

Dr. David Molina Alvarado
MIEMBRO

Lic. Narcisa Villamarin Vaca
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS AUTORES

Las suscritas: FLORES DE VALGAS MENÉNDEZ ANGÉLICA MARÍA, BORRERO DE LA CRUZ GEOMARA JAKELINE, declaramos bajo juramento que el contenido expresado en la presente investigación incluido conclusiones y recomendaciones son única y exclusivamente responsabilidad de las autoras, las cuales no pueden ser modificadas sin la debida autorización de las mismas, que no ha sido previamente presentado por ningún grado o calificación profesional.

A través de la declaración cedemos los derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de enfermería. Según lo establecido por la ley de propiedad intelectual y su reglamento.

AUTORAS:

FLORES DE VALGAS MENÉNDEZ
ANGÉLICA MARÍA

BORRERO DE LA CRUZ
GEOMARA JAKELINE

INDICE

Contenido	Páginas
Tema.....	0
Dedicatoria.....	II-III
Agradecimiento.....	IV
Certificación del director de trabajo de titulación.....	V
Certificación del Tribunal de Revisión y Evaluación.....	VI
Declaración de derechos de autor.....	VII
Índice contenido	VIII
Índice de tabla.....	IX-X
Resumen.....	XI
Summary.....	XII
Introducción.....	I
Justificación.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Formulación de problema.....	3
Objetivos.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Marco teórico.....	5-20
Variables.....	21
Operacionalización de las Variables.....	22-24
Diseño metodológico.....	25-27
Presentación de resultados, análisis e interpretación.....	28-40
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Cronograma y Presupuesto.....	43-44
Propuesta	45-51
Bibliografía.....	52-53
Anexos.....	54

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Edad en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	29
Tabla 2	
Procedencia de las madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	30
Tabla 3	
Nivel de escolaridad en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	31
Tabla 4	
Ocupación de las madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	32
Tabla 5	
Nivel económico en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	33
Tabla 6	
Dependencia económica en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	34
Tabla 7	
Relación intrafamiliar en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.	35

Tabla 8	
Medidas antropométricas en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	36
Tabla 9	
Edad gestacional en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	37
Tabla 10	
Estado nutricional en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	38
Tabla 11	
Controles prenatales en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	39
Tabla 12	
Complicaciones maternas en madres solteras como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre 2014.....	40

RESUMEN

El estudio de aceptación de la maternidad en madres solteras embarazadas como factores de riesgo en el desarrollo neonatal en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, permitió determinar los efectos a la problemática expuesta, determinando que la gran parte de mujeres solteras embarazadas son jóvenes de 15 a 18 años de edad, por factores económicos, baja autoestima, mala relación intrafamiliar.

Los objetivos planteados, están enfocados a determinar la aceptación de la maternidad y factores de riesgo del desarrollo neonatal, las cuales podemos enmarcar que la anemia Infección de Vías Urinarias, desnutrición, problemas económicos, psicológicos, sociales son los que mayor prevalecen.

Es de mucha importancia mencionar que todos estos problemas son causados por desconocimiento del tener relaciones sexuales con responsabilidad, por la falta de uso de métodos anticonceptivos y la inmadurez de las jóvenes, en la actualidad abarca un gran número de casos de mujeres embarazadas solteras, con problemas económicos y sobre todo con problemas de salud, que no solo afectan al neonato sino la vida de ellas mismas.

La investigación fue factible, ya que se contó con la colaboración del personal que labora en el subproceso de Gineco- Obstetricia, enmarca en una investigación prospectiva, no experimental , descriptiva, cuanti-cualitativo puesto que pudimos realizar la recolección y procesamiento de datos los cuales nos facilitó determinar los factores de riesgo en el desarrollo neonatal.

Palabras claves: Mujeres embarazadas, factores de riesgo, aceptación, neonato, inmadurez, relaciones sexuales sin responsabilidad.

SUMMARY

The study of the acceptance of motherhood in pregnant single mothers as risk factors in the neonatal development in the hospital Dr. Verdi Cevallos Balda city Portoviejo allowed to determine the effects described problems, determining that much of women are unmarried pregnant girls 15 to 18 years of age, economic factors, low self esteem, poor family relationship.

The objectives are focused on determining the acceptance of maternity and neonatal risk factors for development, which can frame the Urinary Tract Infection, malnutrition, economic, psychological, social anemia are the most prevalent.

It is very important to mention that all these problems are caused by lack of having sex with responsibility, lack of contraceptive use and the immaturity of youth, now covers a large number of cases of unmarried pregnant women with economic problems and especially with health problems that not only affect the infant's life but themselves.

The research was feasible because he had the cooperation of the staff working on the thread of Gynecological Obstetrics, framed in a non-experimental, descriptive, quantitative and qualitative research as foresight could make the collection and processing of data which facilitated us to determine the risk factors for neonatal development.

Keywords: Pregnant women, risk factors, acceptance, newborn, immature, sex without responsibility.

INTRODUCCIÓN

Ser madre soltera es una condición muy difícil de sobre llevar para muchas mujeres, ya que es un desafío muy grande tener un embarazo y una maternidad sin la compañía de una pareja, en algunos casos por decisión propia, en otros por circunstancias ajenas a la voluntad de la gestante. Puede darse el caso que la madre soltera no acepte tal situación ante lo cual se debe tener mucho cuidado, debido a que puede llevar a descuidar el desarrollo neonatal del niño (a), con el consecuente peligro para su salud.

La adolescencia es un periodo crítico de mucha inseguridad y dudas, es una etapa en la que ese deja de ser niño y aún no son adultos, es la búsqueda de una identidad psicosexual, y la consolidación de las vivencias y roles sexuales creando lazos emocionales y amistosos con adolescentes de la misma edad, si el (la) joven no está seguro de su identidad siente miedo a relacionarse con otros y puede aislarse, aumentando su susceptibilidad a la crítica, a la depresión, absoluta independencia ocasionando dificultades en sí mismo y en su grupo familiar (Ibáñez, 2006).

No resulta nada extraño en nuestro medio, que el sexo también se comercialice, desvirtuando lo maravilloso que debería ser una relación íntima entre hombre y mujer como seres complementarios. Otro factor que ha influido en el inicio temprano de la vida sexual y del embarazo en la adolescencia es el aumento de la frecuencia con que los jóvenes asisten a la escuela secundaria, permaneciendo de esta manera una mayor cantidad de tiempo fuera del hogar y por ende del cuidado y la tutela de sus padres (Paulino, Centro de Alto Riesgo Obstétrico- hospital Carlos Andrade Marín. , 2006)

Al contrario de todo esto es necesaria hoy en día una educación sexual humanizadora en la que alcancemos el criterio de divinidad que tiene nuestra sexualidad, educación en la que debemos actuar todos los involucrados con la juventud, desde el hogar, padres de familia, hermanos, resto de familiares, Escuela, Colegio, Universidad, grupos pastorales y otros.

JUSTIFICACIÓN

Es de importancia dar a conocer que a nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de mujeres solteras, entre los 15 y 19 años de edad con mayor frecuencia en este grupo de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo (Canto, 2012)

Existen cerca de trecientos cincuenta mil mujeres solteras en el país, el Ecuador es el segundo de latino América que tiene esta tasa de mujeres gestantes precoz. Esta cifra demuestra una realidad, la educación sexual y la prevención es insuficiente, no solo es una responsabilidad de los maestros y de los padres de familia, es de la sociedad. Según el Censo 2010, 339.656 mujeres de Ecuador son madres solteras, 4,7% de la población es femenina y un 38,6% más que en el 2007 cuando la cifra de mujeres solteras era de a 245.002 mujeres.

La provincia de mayor porcentaje de mujeres solteras es Manabí con un 55.3% de su población femenina, seguida de Sierra con el 38.8% Amazonia con un 6.3% y Galápagos con el 0,14% sin embargo es muy preocupante la cantidad de casos que llegan al hospital de mujeres menores de edad (INEC, 2007).

Cabe mencionar que este tipo de dificultad social no es reciente, es decir, desde años pasados existe, han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema. Últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país y especialmente en nuestra provincia debido a muchos factores, como sociales, emocionales, culturales, actualmente uno de los principales inconvenientes que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual es el embarazo no planificado o no deseado.

Aportaremos brindando información con charlas educativas donde despejaremos dudas sobre los factores de riesgos en el desarrollo neonatal con las mujeres solteras que llegan al subproceso de Gineco-Obstetricia para aportar con el conocimiento y de esta manera puedan haber menos riesgos para el neonato durante su embarazo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es preocupante el gran crecimiento de mujeres solteras en estado de embarazo, sobre todo en nuestro medio, lo cual trae grandes repercusiones tanto en lo social como en lo económico. En los Estados Unidos, el grupo etario de jóvenes es entre 18 a 19 años, estas presentan las mayores tasas de mujeres solteras de menor edad, seguido por el grupo etario de jóvenes de entre 15 y 17 años. Según el Censo 2010, 339.656 mujeres de Ecuador son madres solteras, 4,7% de la población es femenina y un 38,6% más que en el 2007 cuando la cifra de mujeres solteras era de a 245.002 mujeres.

Sin embargo dicho trabajo es una puerta para que investigaciones futuras se lleven a cabo. Debido a que se intenta mejorar y corregir esta problemática la cual muchas veces sin un adecuado asesoramiento psicológico y apoyo social; desencadena en depresión, problemas emocionales en la etapa de gestación y factores de riesgos que afectan el desarrollo neonatal.

Enfocado desde el punto de vista de la economía, si la mujer o el producto tienen problema, implica una serie de gastos que muchas veces no pueden ser cubiertos, debido a que puede requerirse de hospitalizaciones prolongadas y costosas. También influye que en varios casos la autoestima es baja y sufren de depresión, es vital que tengan acompañamiento psicológico y reciban afecto de la familia, esto ayudara a que tomen la decisión correcta de afrontar con responsabilidad la maternidad y por ende la crianza adecuada de su bebe, evitando problemas de salud para el mismo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la aceptación de la maternidad en madres solteras como factores de riesgos en el desarrollo neonatal en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril-Septiembre 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la aceptación de la maternidad en madres solteras como factores de riesgos en el desarrollo neonatal en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Abril – Septiembre del 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer el perfil sociodemográfico del grupo en estudio

Investigar los aspectos sociales, psicológicos y emocionales de las gestantes como una forma de asociación de indicadores que afectan el problema.

Identificar los factores de riesgo en el desarrollo neonatal.

Elaborar una propuesta de capacitación a las madres solteras como prevenir los factores de riesgo neonatal.

MARCO TEÓRICO

Adolescencia deriva del verbo *adoleceré* que significa crecer o llegar a la madurez, la adolescencia es un periodo que abarca desde la pubertad y la edad adulta comprendida entre los 10 y 19 años de edad que se caracteriza por cambios en la maduración física, social, emocional, cognitiva (pensamiento operativo formal); los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que incluyen el crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios alrededor de los once a doce años (pubertad); que experimentan los adolescentes con características de timidez, sensibilidad y preocupación por sobre los cambios corporales (Compén K, 2008).

La adolescencia es un periodo crítico de mucha inseguridad y dudas, es una etapa en la que se deja de ser niño y aún no son adultos, es la búsqueda de una identidad psicosexual, consolidación de las vivencias y roles sexuales creando lazos emocionales y amistosos con adolescentes de la misma edad, si el (la) joven no está seguro de su identidad siente miedo a relacionarse con otros y puede aislarse, aumentando su susceptibilidad a la crítica, a la depresión, absoluta independencia ocasionando dificultades en sí mismo y en su grupo familiar (Ibáñez, 2006).

Embarazo entre adolescentes es una joven adolescente que se queda embarazada sin desearlo se enfrenta a un enorme trastorno emocional, confusión y, en ocasiones, ignorancia. Su novio, si todavía lo conserva, puede negarle su apoyo. Tal vez ella esté aterrorizada ante la reacción de sus padres y retrase el momento de explicarles su estado. En casos extremos, la chica tal vez intente ocultar el embarazo y recurra a un aborto "casero" o considere la posibilidad de suicidarse, por lo que es preciso buscar ayuda. Existen tres modos de enfrentarse a un embarazo no planeado: la maternidad, la adopción o el aborto (<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>, 2012)

El trauma inicial ante el descubrimiento de un embarazo no deseado puede resultar abrumador, por lo que es muy importante tener alguien con quien hablar. Comunicar el estado a las personas que pueden ayudarnos nos facilitará el camino para llegar a la decisión más adecuada.

Conviene invertir algún tiempo en pensar qué esperamos y qué necesitamos de los padres. La primera reacción puede ser de enfado, decepción o dolor, pero tras la emoción inicial, nos resultará de ayuda entablar una comunicación fluida con ellos: desde hacerles entender nuestro miedo y nuestra confusión, hasta informarles de las decisiones que hemos tomado para solucionar la situación. También se les puede pedir ayuda práctica, como por ejemplo que alguien nos acompañe al médico o al hospital (<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>, 2012).

Para las madres jóvenes que no desean o se consideran incapaces de criar a un bebé, la adopción supone una alternativa. Por lo general, los hospitales pueden poner a la futura madre en contacto con una agencia de adopción para encontrar una pareja adoptiva adecuada. Las adolescentes embarazadas que consideren la posibilidad de la adopción deben pensar con detenimiento si serán capaces de separarse de su bebé cuando llegue el momento, pues muchas personas subestiman el impacto emocional que supone la experiencia de dar a luz. La información de especialistas puede ayudar a las adolescentes a tomar una decisión (<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>, 2012).

La educación sexual, ayudaría a tener un conocimiento mayor sobre cómo funciona su cuerpo y les proporcionaría a hombres y mujeres una mejor salud y protección de enfermedades, una mejor calidad de vida y en el caso de la mujer la prevención de embarazos no deseados y los abortos. Todo esto contribuiría a que exista menos demanda de los recursos ambientales como son la tierra, agua, comida entre otros. La planificación familiar no es control demográfico para tener familias con menos miembros sino para mejorar las condiciones de vida de los pobres y para el derecho de los adultos a la procreación sea ejercido responsablemente, sin consecuencias para la niñez (Navarro Y, 2010).

Hoy no existe una fórmula mágica que disminuya la incidencia de embarazo en la adolescencia, pero es posible hacerle frente mediante adecuada comunicación familiar, información veraz sobre sexualidad y un cambio de actitud que permitan mayor equidad entre hombres y mujeres. El embarazo durante la adolescencia es un tema de gran interés en todos los sectores de la sociedad, además de que motiva la realización de

estudios, debates y campañas informativas encaminadas a prevenir sus efectos adversos. Todo ello es más que justificado si tomamos en cuenta que cerca de la quinta parte de la población mexicana tiene entre 13 y 19 años de edad, es decir, existen millones de jóvenes en territorio nacional que atraviesan la etapa en que da inicio su vida sexual activa, pero donde su personalidad todavía está en formación (<http://momotabasco.com>, 2014).

Ambos especialistas coinciden en que el tema es muy complejo y requiere de un esfuerzo colectivo en el que se proporcione información adecuada sobre sexualidad a la población en general, sin olvidar que se debe luchar por la creación de relaciones más equitativas entre géneros (<http://www.saludymedicinas.com>, 2014).

Embarazo en mujeres solteras adolescentes los límites superiores de la adolescencia pueden variar según los ambientes sociales en las diversas regiones del mundo. Sin embargo ha ejercido una influencia importante de la definición casi universal de la paciente adolescente como una mujer en el periodo entre la menarca y los 19 años de edad. El embarazo en la adolescencia a pesar de ser una condición que se ha observado desde épocas muy remotas en la humanidad, se considera en la actualidad como un enorme problema social y sanitario en todo el mundo.

Otro factor que ha influido en el inicio temprano de la vida sexual y del embarazo en la adolescencia es el aumento de la frecuencia con que los jóvenes asisten a la escuela secundaria, permaneciendo de esta manera una mayor cantidad de tiempo fuera del hogar y por ende del cuidado y la tutela de sus padres.

Conjuntamente con el temprano inicio de las relaciones sexuales, la falta de educación sexual y la utilización de métodos anticonceptivos contribuyen de manera importante en el aumento de embarazo en la adolescencia.

Se ha reportado que 50% de los embarazos en esta etapa de la vida se dan en los primeros 6 meses luego del inicio de la vida sexual activa. Un gran número de ellos son no planeados y no deseados, y esto se ha identificado como un factor predisponente a

situaciones adversas, como la violencia familiar, pobre control prenatal, aumento de tabaquismo y consumo de alcohol, productos de bajo peso al nacer, y el aumento de frecuencia de morbilidad de estos infantes en el primer año de vida (Paulino, Centro de Alto Riesgo Obstétrico- hospital Carlos Andrade Marín., 2006).

Así, entre los factores más comunes, que pueden mostrarse de manera aislada o combinada, menciona:

Desinformación no sólo la falta de conciencia sobre sexualidad y anticonceptivos es determinante, sino el hecho de que “quienes tienen mayor conocimiento sobre estos temas no siempre lo aplican. Además de que todavía hay muchos tabúes y deficiencias en la educación escolar, hay investigaciones que muestran que los adolescentes conocen los métodos para prevenir el embarazo, incluso saben cómo funcionan, pero no los usan”(http://momotabasco.com, 2014)

Psicología del adolescente por naturaleza son rebeldes y le llevan la contraria sus padres, por lo que “si les dicen que no tengan novio, lo van a tener”.

Búsqueda de identidad es un factor clave en esta etapa de la vida, y tener pareja o generar un embarazo puede representar una forma de afirmarse como hombre o mujer. Soledad el adolescente se siente incomprendido, por lo que piensa que tener una pareja o un niño le hará sentirse más querido. Por otro lado, “hay especialistas que hablan de la ‘teoría del rescate’, en que la mujer piensa que va a llegar su ‘príncipe azul’ y la llevará a otro lugar, donde vivirán felices por siempre”.

Necesidad de autoridad los jóvenes sienten que todos quieren darles órdenes, y creen que al tener un hijo van a desempeñar un nuevo rol social de mayor jerarquía e independencia. Pertenencia así como hay grupos en los que existe el “requisito” de fumar o beber alcohol para ser aceptado, en otros se orilla a tener una vida sexual activa.

Familia disfuncional más del 80% de los embarazos en adolescentes se presentan en quienes provienen de células sociales en las que prevalecen incomunicación, falta de afecto y relaciones problemáticas (http://momotabasco.com, 2014).

Los resultados de la encuesta de estratificación socioeconómica ha res significado la manera de mirar la clase media en el país:

Clase Alta es el segmento con el más alto nivel de vida el perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos de lujo con todas las comodidades.

Clase Media Alta este segmento incluye a aquellos que sus ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura. Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades.

Clase Media este segmento contiene a lo que típicamente se denomina clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

Clase Media Baja este segmento incluye a aquellos hogares que sus ingresos y/o estilos de vida son ligeramente menores a los de la clase media. Esto quiere decir, que son los que llevan un mejor estilo de vida dentro de la clase baja. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

Clase Baja este es el segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio (completa en la mayoría de los casos). Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es fácil encontrar tipo vecindades), los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas.

Clase más Baja es el segmento más bajo de la población. Se le incluye poco en la segmentación de mercados. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria sin completarla. Estas personas no poseen un lugar propio teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo. En un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austeros (Fernando, 2006)

Hábitos culturales sobre todo en áreas rurales hay poblaciones en donde no hay más expectativa de vida que casarse y tener hijos. Religión el rechazo de la Iglesia a los anticonceptivos también influye, “pese al esfuerzo de grupos como Católicas por el Derecho a Decidir, quienes difunden que la planificación familiar es compatible con las creencias espirituales”(http://www.saludymedicinas.com, 2014).

Nivel educativo y socioeconómico. Algunos estudios muestran que a mayor grado de escolaridad y solvencia económica hay menos embarazos en jóvenes, aunque ninguno de estos factores garantiza, por ejemplo, que una familia no sea disfuncional (http://www.saludymedicinas.com, 2014).

Tenemos las siguientes prevenciones:

Educación hablar de salud reproductiva es uno de los puntos más importantes, pero cabe mencionar que la experiencia indica que la información es más efectiva cuando los hijos aprenden de sexualidad desde edades tempranas. Un buen apoyo para los padres son los cursos y talleres que hay en la materia y en los que se abordan temas como el uso e importancia de los métodos anticonceptivos y la manera de evitar un embarazo o contraer una infección de transmisión sexual.

Familia es de gran importancia que la relación entre padres e hijos sea abierta, afectuosa, con buenos canales de comunicación y que ponga en práctica la empatía (que los mayores traten de ver “del lado del adolescente” y viceversa). Los padres deben librarse del miedo a hablar sobre sexualidad y reconocer que, cuando no conocen un

tema, deben buscar información juntos, de modo que el joven comprenda que hay una apertura y que se le toma en cuenta.

Equidad es importante cambiar algunos conceptos culturales muy arraigados para que los varones comprendan que el embarazo es una cuestión de dos y no sólo de la mujer. El hombre tiene la obligación de asumir su responsabilidad en la prevención de este problema e involucrarse más en caso de que vaya a ser padre, pues aunque no haya una unión formal con su pareja es muy importante su presencia durante la gestación y educación de su hijo.

Campañas su alcance ha sido menor del esperado, pero diversas estadísticas muestran que a pesar de todo sus resultados son favorables. Los especialistas entrevistados recomiendan que estos esfuerzos deban hacer hincapié en que mujer y hombre son responsables por igual respecto a la toma de decisiones sobre su sexualidad, y deben fomentar la no violencia en la pareja. Además, deben prevalecer los mensajes claros en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos y la manera de resolver las dudas más frecuentes de los adolescentes.

Mejorar la atención aunque los centros de salud tienen la obligación de proporcionar información sobre métodos para evitar el embarazo, hay ocasiones en que los jóvenes son relegados y no se les brinda la ayuda a la que tienen derecho por ser menores de edad (<http://momotabasco.com>, 2014).

Entre los educadores deben cambiar esta forma de pensar, pues ahí pude comprobar que los chicos tienen ya información sobre sexualidad, pero es confusa o errónea, y si no los orientamos adecuadamente vamos a tener problemas de infecciones, trastornos psicológicos o embarazos no deseados, asegura (<http://momotabasco.com>, 2014).

Por otra parte, hay que destacar que cuando la adolescente deja transcurrir el embarazo y decide tener al bebé, debe someterse a control médico y revisiones periódicas, ya que sólo de esta manera es posible evaluar eficazmente su nutrición, estado de salud general y desarrollo embrionario para mejorar las condiciones del

binomio madre hijo. También es útil brindar terapia psicológica para que afronte el reto de la maternidad con mejores elementos.

Los fundamentación psicológica de las mujeres gestantes después del parto comienzan la etapa del puerperio; que es desde el día del parto hasta la primera menstruación, que es más o menos hasta la sexta semana, esta etapa feliz se caracteriza por la llegada del recién nacido (<http://www.saludymedicinas.com>, 2014).

En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato. Pero desafortunadamente muchas mujeres van a experimentar desorden en su estado de ánimo, ya sea a un corto o largo plazo. El enfoque principal del cuidado de esta etapa es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida (<http://laverdaddelcentro.com.mx/web/index.php?>, 2012).

“Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte”(Martínez, 2009)

Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

El Aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

El aborto consiste en acabar con la vida de un feto cuando éste todavía se encuentra en el útero. La moralidad del aborto despierta actitudes intensamente divididas: algunas personas creen que quitar la vida a un nonato es un asesinato y debería considerarse ilegal; otras, en cambio, opinan que cada mujer tiene el derecho personal a decidir si sigue o no con un embarazo. La decisión de recurrir al aborto debe tomarse con la máxima rapidez. Cuanto antes se realice, menos riesgos de salud existen para la mujer (<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>, 2012).

El tipo de aborto más común es la aspiración, también denominada raspado con succión, y, se realiza antes de transcurridas 12 semanas de embarazo, con anestesia general o local. La abertura del cuello del útero se dilata, y se introduce hasta el útero un tubo conectado a una bomba de succión que extrae el feto y la placenta. La dilatación y el raspado constituyen una técnica que puede emplearse en embarazos más avanzados. El contenido del útero se rasca bajo anestesia general con un instrumento denominado legra (<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>, 2012).

También existen drogas llamadas "abortivas" que provocan el aborto. Una de éstas, se ha bautizado como píldora abortiva. Su nombre médico es mifepristona y sólo pueden emplearla las mujeres embarazadas de menos de nueve semanas y completamente sanas (<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>, 2012).

Control prenatal Recién nacido normal es el nacido de parto eutócico a término con peso adecuado a la edad gestacional, hijo de padres sanos, que no presentan malformaciones congénitas, ni enfermedades hereditarias.

Los signos y síntomas que indican el estado de buena esperanza de la mujer. Sin embargo, estas señales pueden estar alertando de buen número de enfermedades diferentes.

Signos presuntivos del embarazo se refieren a signos y síntomas que pueden parecerse a los del embarazo, pero pueden en realidad ser causados por algo más de los cuales el más frecuente es la amenorrea (Componente Normativo Materno, 2008).

Cansancio la mayoría de las mujeres están más cansadas que lo usual al principio del embarazo. Durante las primeras semanas de embarazo, su cuerpo empieza a producir más sangre para llevar nutrientes al feto (<http://embarazos-y-embarazadas.blogspot.com>, 2013).

Debe levantarse darse unos masajes y caminar un poco; es beneficioso que coma alimentos ricos en vitamina B y calcio. Antojos y olores extraños puede experimentar antojos poco habituales por la comida, o puede rechazar comidas que normalmente le agraden (<http://nuestroshijosenpuntadas.blogspot.com>, 2009).

Acidez gástrica esto ocurre cuando los alimentos digeridos son empujados desde el estómago hacia el esófago. Frecuencia urinaria aumenta de tamaño aunque al comienzo del embarazo, pero eso no se puede percibir a través de la pared abdominal sino hasta el final del primer trimestre, cuando comienza a levantarse por encima del límite de la pelvis (<http://embarazos-y-embarazadas.blogspot.com>, 2013).

Mareos y cefaleas aunque son más frecuentes, los mareos pueden sobrevenir en cualquier momento del día, especialmente si la embarazada no come con frecuencia y baja el nivel de azúcar en su sangre (<http://nuestroshijosenpuntadas.blogspot.com>, 2009).

Dolor pélvico puede sentirse molestias en la zona pélvica. Cloasma son manchas oscuras que aparecen en la piel y son causadas por las hormonas presentes durante el embarazo.

Signos probables son signos y síntomas fundamentalmente característicos del embarazo que aportan un alto nivel de probabilidad al diagnóstico del embarazo. Agrandamiento uterino a partir de la 12^o semana el útero se percibe a través de la pared abdominal como una masa que aumenta progresivamente de tamaño. Aumento del volumen del cuerpo uterino por examen bimanual puede percibirse precozmente, a partir de la 6^o a 8^o semanas de gestación.

Determinaciones hormonales la presencia de la hormona gonadotropina crónica humana (HCG) en el plasma materno y su excreción por la orina son la base de los estudios hormonales del embarazo. Tamaño abdominal por lo general, hacia las doce semanas de la gestación se hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis púbica o monte de Venus.

Cuando se presentan estos síntomas, usualmente aparecen a los tres o cuatro días después de haber dado a luz, y pueden durar una o dos semanas. Si usted tuvo bebé hace poco y presenta síntomas similares, tiene lo que se llama “tristeza postparto”; ésta se considera parte normal de la maternidad temprana y desaparece a los diez días, en promedio (<http://misionsalud.com>, 2013).

Contracciones de braxtonhicks después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto.

Peloteo fetal es durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Palpación del feto es aproximadamente a partir del quinto mes del embarazo es posible para un examinador experimentado sentir las partes fetales a través de la pared abdominal materna, maniobra que es más exitosa hacia el término del embarazo.

Signos positivos de embarazo son aquellos que no pueden, bajo ninguna circunstancia, ser confundidos con otras condiciones, y son evidencia de que el embarazo ha ocurrido (Zamora, 2009).

Los síntomas más frecuentes:

Pérdida del apetito

Menos energía y motivación para hacer las cosas

Dificultad para dormir o no sentirse descansada aunque duerma

Incapacidad para divertirse, ni con las cosas que usualmente le gustan

Verse a sí misma como una persona sin valor, sin importancia

Baja autoestima

Cansancio extremo
Sentimientos de culpa
Rechazo al bebé
Estado de ánimo irritable, presencia de ansiedad y/o desesperación
Sentir que no vale la pena vivir
Sentir que es un peligro para el bebé

Los síntomas son los de cualquier cuadro depresivo. Lo que le da la característica de depresión postparto es el hecho de iniciarse después del parto y el rechazo al bebé.

Esta sensación en una madre deprimida es quizás el que la hace sufrir más y el que le genera más sentimiento de culpa, pues no puede entender por qué rechaza a su hijo (<http://misionsalud.com>, 2013).

Riesgo es el peligro o posibilidad de un daño, ocasionado por uno o varios factores que intervienen en el desarrollo normal del fenómeno o situación que se presente. Para definir que es riesgo materno fetal, podemos decir que es la enfermedad orgánica o factor socioeconómico que puede influir en el periodo de gestación produciéndole daño a la madre, al feto o, a ambos.

La gestante, el riesgo pueden ser internos o externos. La enfermera deberá cuales son estos factores de riesgo para que pueda ayudar a detectarlos oportunamente, para remitir al gestante al control médico o a otro nivel de atención superior.

Mala alimentación de la madre, por falta de recursos económicos, va presentando desnutrición y anemia, no solo la madre sino también el feto.

Factor de riesgo interno es aquel ocasionado por alteraciones orgánicas que presenta la madre antes del embarazo o durante el periodo de gestación. Ejemplo:

Enfermedades como: diabetes, tuberculosis hipertensión.

Para dar mejor atención al gestante las normas del programa materno infantil se clasifican en riesgo, en riesgo materno fetal: Alto, Medio, Bajo.

Riesgo bajo ó 1:

Anomalia pelviana identificada clínica y/o radiológicamente.

Baja estatura materna: < 1,5 metros

Cardiopatía 1: que no limita su actividad física

Condiciones socioeconómicas desfavorables.

Control insuficiente de la gestación: <4 visitas prenatales ó 1 visita tras semana 20 de gestación.

Edad extrema <16 ó >35 años

Embarazo no deseado.

Esterilidad previa: dos años o más.

Fumadora habitual

Fecha de última menstruación incierta.

Gestante con Rh negativo

Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.

Hemorragia del primer trimestre.

Incompatibilidad Rh.

Incremento del peso excesivo o insuficiente: >15 kg ó <5 kg.

Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo).

Obesidad.

Período intergenésico menor de 12 meses.

Riesgo alto ó 2:

Anemia grave (Hb<9 g/dl o hematocrito > 25%).

Cardiopatía 2: paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.

Cirugía uterina previa.

Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez durante la gestación).

Embarazo gemelar.

Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.

Endocrinopatía (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)

Hemorragia 2º o 3er. trimestre.

Hidramnios u oligoamnios.

Infección materna: hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, HIV, estreptococo B.

Obesidad mórbida

Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

Sospecha de malformación fetal.

Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación.

Riesgo muy alto ó 3:

Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37

Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física, o en la que esta provoca su descompensación.

Diabetes pregestacional

Drogadicción y alcoholismo.

Gestación múltiple.

Isoimmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.

Malformación fetal confirmada.

Muerte perinatal recurrente.

Placenta previa.

Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg.

Patología asociada grave.

Retardo del crecimiento intrauterino.

Rotura prematura de membranas.

Sida clínico.

Con esta clasificación no solo se identifican a tiempo los problemas si no que también permiten: Dar al gestante, una atención más adecuada y oportuna

Realizar acciones preventivas para evitar y controlar el riesgo

“Determinar quién y donde se debe atender la madre en el periodo de gestación y en el parto teniendo en cuenta sus condiciones según los factores de riesgo (Componente Normativo Materno, 2008).”

La desnutrición y la obesidad son un problema nutricional grave, que se complica cuando una mujer queda embarazada, pues puede sufrir enfermedades e infecciones secundarias y su hijo tiene el riesgo de morir o de nacer con alteraciones. Durante la gestación se produce un incremento del gasto metabólico y aumento de los requerimientos alimentarios. Por ello, la dieta debe aportar proteínas, vitaminas y minerales, elementos esenciales para que el bebé crezca adecuadamente. Esto no quiere decir que la madre coma por dos, sino que aprenda a alimentarse y lo haga adecuadamente, dependiendo de sus necesidades específicas. Tanto el bajo peso como el sobrepeso significan un riesgo para la madre y para el bebé (<http://pacoherbalife.blogspot.com>, 2008).

El embarazo es un estado en el que se necesitan altos requerimientos nutricionales. Cuando la mujer llega con bajo peso, su cuerpo no posee reservas de proteínas, vitaminas y minerales, provocando trastornos para ella y para su hijo (<http://www.abcdelbebe.com>, 2013).

Entre las complicaciones maternas que se puede presentar durante en el embarazo tenemos las siguientes:

Rotura prematura de membrana esta suele darse antes de cumplir 37 semanas de gestación y antes del sitio del trabajo de parto.

Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl

Las infecciones de las vías urinarias son más comunes en una mujer embarazada. Se localiza por la presencia de bacterias en cualquier parte del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.

La mayoría de las personas utilizan la frase infección de las vías urinarias o infección urinaria para referirse a una infección en la vejiga y a sus síntomas típicos, como la necesidad de orinar frecuentemente y quemazón al orinar. Esta condición, que también se conoce como cistitis, es bastante común entre mujeres sexualmente activas que tienen

entre 20 y 50 años. Pero no incluye todas las formas de una infección de las vías urinarias.

Pero las bacterias también pueden desplazarse desde tu vejiga, a través de los uréteres, hasta uno de tus riñones o los dos, causando una infección allí. Una infección en los riñones, también llamada pielonefritis, es la complicación médica grave más común durante el embarazo. Esta infección puede extenderse a tu corriente sanguínea y poner tu vida en peligro (<http://espanol.babycenter.com>, 2011).

Una infección en los riñones también puede tener consecuencias graves para tu bebé. Aumenta el riesgo de que tengas un parto prematuro o un bebé que nazca con bajo peso, y se ha asociado con un mayor riesgo de muerte fetal o muerte al nacimiento (<http://espanol.babycenter.com>, 2011)

Durante el embarazo, sin embargo, si no se trata la bacteriuria asintomática puede aumentar tu riesgo de desarrollar infección en los riñones. También se asocia con parto prematuro y bajo peso al nacer. Ésta es una de las razones por las que siempre que vas a tu visita prenatal te hacen un análisis de orina (<http://espanol.babycenter.com>, 2011).

Colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica. Presente en 1 a 4% de embarazos.

Preeclampsia es TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. Proteinuria en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.

La hemorragia es aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500cc de sangre. Sangrado de la primera mitad del embarazo es la pérdida sanguínea en embarazo menor de 20 semanas (Componente Normativo Materno, 2008)

VARIABLES:

Variable Dependiente: Aceptación de las mujeres solteras.

Variable Independiente: Factores de riesgo obstétricos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Aceptación de las mujeres solteras	Es una condición muy difícil de sobre llevar para muchas mujeres solteras en su maternidad en la cual el desarrollo social, educativo y económico puede ser perjudicial para ella y su hijo, también influye que en varios casos que el autoestima es afectado por condición de maltrato, por parte de padres y familiares con problemas psicológico.	Perfil sociodemográfico del grupo en estudio	Grupo Etario Procedencia Nivel de escolaridad Ocupación	15 – 18 años 19 – 22 años 23 - 26 años 27 – 30 años 31 – 35 años 36 + años Urbana Rural Urbana-Marginada Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Estudia Trabaja Ama De Casa

			Nivel económico	Alto-Medio Medio-Típico Medio-Bajo Bajo Inferior
			Dependencia económica	Usted misma Pareja Padres Abuelos Hermanos
			Relación intrafamiliar	Excelente Muy buena Buena Regular Pésima
Factores de riesgos obstétricos	Tener un embarazo de alto riesgo significa que la mujer tiene mayores posibilidades de complicaciones debido a las condiciones de su embarazo por la presencia de problemas obstétricos, quirúrgicos, sociales y psicológicos que pudieran conducir a la morbilidad y	Factores de riesgo de la mujer	Medidas antropométricas	Peso 50 kg 50 - 70 kg + 70 kg Talla 156 cm 157 – 170 cm + 170 cm
			Edad gestacional	Menor de 27 S.G. 28 y 32 S.G 36 S.G 37 a 41 S.G + de 42 S.G

	mortalidad materna.		Estado nutricional	Desnutrición Normal Obesidad
			Controles prenatales	Uno + de dos Todos Ninguno
			Complicaciones Maternas	IVU Anemia Hemorragia Preeclampsia RPM Aborto

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarca dentro de los siguientes tipos:

Cualitativa, porque se estudió la problemática, la realidad local; cuantitativa porque se recogieron datos que permitieron verificar los objetivos.

Descriptiva, porque estuvo orientada en determinar la aceptación de la maternidad en madres solteras como factores de riesgos en el desarrollo neonatal en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Abril – Septiembre del 2014.

Bibliográfica, por el estudio que se evidenció de las variables en el marco teórico; además tiene características metodológicas porque se caracterizó por ser una indagación que abarcará aspectos teóricos y datos que fueron recogidos por medio de la aplicación de técnicas de investigación.

AREA DE ESTUDIO

La población estuvo integrada por las usuarias que se encuentran hospitalizadas en el subproceso de Gineco-Obstetricia.

UNIVERSO

Constituido por 100 mujeres. Se tomó como muestra a 30 mujeres solteras que se encuentran hospitalizadas en el subproceso de Gineco - Obstétrico.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Líneas investigación: Salud en los diferentes ciclos de la vida: Adolescente.

Los métodos que se emplearon fueron los siguientes:

No experimental, porque no se efectuó ningún experimento.

Inductivo y el deductivo, porque se desarrolló un estudio de la temática que partió de lo general a lo particular, y viceversa.

Bibliográfico, la utilización de este método fue de gran importancia por la teoría que se encuentra en libros, internet y demás documentos, que se utilizaron para fortalecer esta investigación.

Analítico porque se pudo efectuar un análisis minucioso, que permitió aportar significativamente en la investigación.

INSTRUMENTOS.

Fueron los siguientes: Guía de Observación, entrevista, ficha de encuestas, Historia Clínica, programa antiplagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos involucrados en la investigación fueron los siguientes: Mujeres solteras del Subproceso de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Director/a de Trabajo de titulación, y, Autoras de la Investigación.

RECURSOS MATERIALES

Los materiales que se emplearon en la investigación fueron: Textos para la información bibliográfica, materiales de oficina, historias clínicas.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Entre los recursos tecnológicos tenemos: cámara digital, computador, impresora, flash memory.

RECURSOS ECONÓMICOS

El trabajo de titulación tuvo un costo de \$1200.00 valor que fue cubierto por las autoras de la investigación.

INCLUSIÓN

Grupo de mujeres embarazadas solteras que se encontraban hospitalizadas en el subproceso de Gineco-Obstetricia con edades de 15-18 años, 19 -22 años, 23-26 años, 27-30 años, 31-35 años, más de 36 años.

EXCLUSIÓN

Madres que fueron atendidas en la consulta externa, pero que no fueron hospitalizadas en el subproceso de Gineco-Obstetricia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

TABLA 1

EDAD DE MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

EDAD	F	%
15 - 18 AÑOS	13	43,3
19 - 22 AÑOS	7	23,3
23 - 26 AÑOS	7	23,3
27 - 30 AÑOS	0	0
31 - 35 AÑOS	3	10
MAS DE 36 AÑOS	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La edad de 15 a 18 años predomina 43,3 % y en menor porcentaje de 31 a 35 años el 10%. Según afirma (Compén K, 2008) las mujeres jóvenes de 10 -19 años se caracterizan por tener cambios en la maduración física, social, emocional, cognitiva, los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que incluyen el crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales, y deciden tener relaciones sexuales, sin responsabilidad. A diferencia de las mujeres de mayor edad que a pesar de ser solteras tienen una actitud positiva frente al embarazo, esto les hace sentir mayor responsabilidad, muchas de ellas son el sostén de su familia

TABLA 2

PROCEDENCIA DE LAS MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

PROCEDENCIA	F	%
URBANA	11	37
RURAL	13	43
URBANA – MARGINADA	6	20
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 43% de las mujeres embarazadas solteras proceden de zonas rurales, y el 20% viven en Urbana Marginada.

Según el (INEC, 2007) sostiene que alrededor de tres cuartas partes de las mujeres solteras embarazadas viven en zonas rurales, zonas Urbana Marginada donde predomina la pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, estas tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, lo que las hace ser más vulnerables.

TABLA 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	F	%
ANALFABETA	8	27
PRIMARIA	5	17
SECUNDARIA	12	40
UNIVERSITARIA	5	16,6
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El 40% tienen una escolaridad secundaria, el analfabetismo con un 27%, y con 16,6% las universitarias.

Según (Fernando, 2006) sostiene que los problemas han influido en el inicio temprano de la vida sexual y del embarazo en la adolescencia, es el aumento de la frecuencia con que los jóvenes asisten a la escuela secundaria, permaneciendo de esta manera una mayor cantidad de tiempo fuera del hogar y por ende del cuidado y la tutela de sus padres; el libertinaje, los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados, también han contribuido a la reducción de las barreras culturales.

El analfabetismo es un factor de riesgo causante de los embarazos en mujeres de temprana edad, ya que se desconoce la planificación de métodos anticonceptivos, y se utilizan métodos de cuidados que no son efectivos.

TABLA 4

OCUPACIÓN DE LAS MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

OCUPACION	F	%
ESTUDIA	8	27
TRABAJA	9	30
AMA DE CASA	6	20
NINGUNA	7	23
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El 30% predominó las mujeres solteras que trabajan, y el 20% ama de casa.

Según (Antón Perez, 2009) la maternidad individual puede presentar muchos desafíos, incluyendo dificultades económicas y estigmatización social, es por aquello que las mujeres jóvenes se ven obligadas a conseguir trabajos para solucionar problemas económicos, es de importancia para ellas el aceptar y planificar el porvenir de sus hijos, el estar preparadas para cualquier acontecimiento en el momento del parto y poder costear parte del mismo

TABLA 5

NIVEL ECONÓMICO EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

NIVEL ECONOMICO	F	%
ALTO	0	0
MEDIO –ALTO	2	7
MEDIO –TIPICO	18	60
MEDIO - BAJO	5	16,6
BAJO	5	16,6
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El 60% predominó el nivel económico medio típico, y el nivel medio alto con un 7%.

Según (Fernando, 2006) la mayor parte de mujeres solteras embarazadas tienen un nivel económico medio típico. Debido al descuido de los jefes de familia, no pueden estar al pendiente de los hijos, por la actual economía del país, ambos padres se ven obligados a trabajar y a doblar turnos para llevar un poco más de dinero a casa, el nivel medio se caracteriza por trabajar para vivir.

TABLA 6

DEPENDENCIA ECONÓMICA EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

DEPENDENCIA ECONOMICO	F	%
USTED MISMO	8	27
PAREJA	5	17
PADRES	12	40
ABUELOS	4	13
HERMANOS	1	3
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 40% de mujeres solteras embarazadas, fueron ayudadas económicamente por sus padres, y por sus hermanos con el 3%.

Según (Navarro Y, 2010) es de importancia el apoyo psicológico, económico y educativo de los padres, al no poder contar con la pareja recurre a ellos, por la falta de responsabilidad en la toma de decisiones. La mayoría de las madres solteras hoy en día dependen económicamente de sus padres, el jefe de familia de la sociedad Ecuatoriana, solo alcanzan a cubrir pocos gastos tales como pagos de arriendo, escuelas privadas, luz, agua, canasta familiar, otras mujeres jóvenes dependen de ellas mismas por lo que es indispensable recalcar que hay limitaciones económicas de consumos en el hogar, y frecuentemente su vida se caracteriza por carencias a muchos bienes económicos.

TABLA 7

RELACIÓN INTRAFAMILIAR EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

RELACION INTRAFAMILIAR	F	%
EXCELENTE	3	10
MUY BUENA	5	17
BUENA	5	17
REGULAR	15	50
PESIMA	2	7
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El 50% en la relación intrafamiliar de las mujeres solteras embarazadas la de mayor predominio es Regular y la de menor es pésima con un 7%.

(Navarro Y, 2010) Sostiene que las relaciones intrafamiliares dependen únicamente de la educación y el tiempo que los padres dedican a sus hijos (as), esto juega un papel fundamental debido a que los valores morales, la buena educación, el afecto, las conversaciones son fundamentales en un hogar, hoy en día es natural ver los problemas de las jóvenes puesto que sus padres no están con ellas, desobligan la crianza correcta de sus hijas (os).

Es difícil que los padres cumplan con cada una de estos valores, debido a que pasan el mayor tiempo fuera del hogar ocupándose de cubrir deudas, no entablan conversaciones y las salidas con la familia se vuelven nulas, es aquí donde los hijos se sienten menospreciados y sin apoyo familiar, donde ellos consideran no tener buena relación con sus padres.

TABLA 8

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

TALLA \ PESO	156 cm		157 - 170 cm		>171 cm	
	F	%	F	%	F	%
50 kg	16	53	-	-	-	-
51 - 70 kg	-	-	9	30	-	-
> 71 kg	-	-	-	-	5	17

Fuente: Historia Clínica del Usuario y Formulario 051 control perinatal.

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 53% de mujeres embarazadas solteras con un peso de 50kg y con una talla de 156 cm fue el que predominó, y con un 17% de mujeres embarazadas con peso > 71kg y con una talla de > 171 cm fue el de menor porcentaje.

El (Componente Normativo Materno, 2008) puntualiza que desde el momento de concebir, la mujer tiene la responsabilidad de seguir una dieta saludable para apoyar el crecimiento y desarrollo del niño dentro de su vientre.

El bajo peso, es la consecuencia del descuido de la alimentación y aporte de micronutrientes necesarios, por la baja economía y el no cubrir gastos de alimentación, la ignorancia de la importancia de la ganancia de peso por semana gestacional, para que puedan tener un bebé sin complicaciones.

TABLA 9

EDAD GESTACIONAL EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

EDAD GESTACIONAL	F	%
MENOR DE 27 S.G	5	16
28 Y 32 S.G	8	27
36 S.G	11	37
37 A 41 S.G	6	20
MAS DE 42 S.G	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: Historia Clínica del Usuario y Formulario 051 control perinatal.

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACION

Con un 37% predominio la edad gestacional de las mujeres solteras embarazadas 36 S.G la de menor prevalencia es de 27 S.G con un 16%.

El (Componente Normativo Materno, 2008) afirma que las mujeres embarazadas solteras presentan con mayor frecuencia enfermedades que afectan y ponen en riesgo el embarazo, es por aquello que son hospitalizadas por la despreocupación de no asistir a controles médicos, no tener buena alimentación rica en micronutrientes. Esto se debe a que en los primeros meses del embarazo lo ocultaron o se deprimieron, y no cumplieron los primeros controles, para identificar factores de riesgo o enfermedades que pueden afectar al neonato.

TABLA 10

ESTADO NUTRICIONAL EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

ESTADO NUTRICIONAL	F	%
DESNUTRICION	13	43
NORMAL	12	40
OBESIDAD	5	17
TOTAL	30	100

Fuente: Historia Clínica del Usuario y Formulario 051 control perinatal.

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero.

ANALISIS E INTERPRETACION

El 43% con mayor prevalencia puntualiza la desnutrición, y la menor con 17% obesidad. El (Componente Normativo Materno, 2008) afirma que una alimentación saludable es aquella que requiere de una educación nutricional desde la infancia, núcleo familiar debido a que los hábitos alimenticios son de mucha importancia en todas estas etapas, para evitar posibles enfermedades patológicas vinculadas a los trastornos alimenticios. Desde el momento en que una mujer concibe, tiene la responsabilidad de seguir una dieta saludable. La desnutrición en los mujeres embarazadas se debe al descuido de la alimentación y aporte de micronutrientes necesarios, por la baja economía, la falta de dinero para cubrir gastos de alimentación, por otro lado la irresponsabilidad de ocultar el embarazo; fajándose usando ropa inadecuada, impidiendo el desarrollo del neonato, lo que acarrea que la gestante no gane peso preconcepcional y de esta manera se mantenga en un Incremento de Masa Corporal bajo < 18,5.

TABLA 11

CONTROLES PRENATALES EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

CONTROLES PRENATALES	F	%
UNO	9	30
MAS DE DOS	16	53
TODOS	3	10
NINGUNO	2	7
TOTAL	30	100

Fuente: Historia Clínica del Usuario y Formulario 051 control perinatal.

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACION

Con un 53% más de dos controles se realizaron las mujeres solteras embarazadas y la de menor rango es ninguno con un 7% no recibieron control prenatales.

Según él (Componente Normativo Materno, 2008) es de importancia que una mujer embarazada reciba controles óptimos, pero sin embargo en el medio que se encuentran hacen caso omiso, poseen deficiente conocimientos sobre los factores del riesgos neonato, piensan que las enfermedades que presentan no pueden llegar afectar a su bebe, esconden el embarazo fajándose, no tienen un hogar formado, no hay apoyo intrafamiliar, la baja autoestima.

TABLA 12

COMPLICACIONES MATERNAS EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014.

COMPLICACIONES MATERNAS	F	%
IVU	10	33,3
ANEMIA	10	33,3
HEMORRAGIA	1	3,3
PREECLAMPSIA	1	13
RPM	0	0
ABORTOS	5	17
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta a las mujeres embarazadas solteras

Elaboración: Angélica Flores de Valgas y Geomara Borrero

ANALISIS E INTERPRETACION

Con 33,3% las infecciones de las vías urinarias y anemia, y las de menor prevalencia hemorragias con un 3,3%.

El (Componente Normativo Materno, 2008) afirma que las infecciones de vías urinarias son frecuentes en mujeres embarazadas, la alteración del PH vaginal, por el uso inadecuado de los jabones, lociones íntimas, la mala higiene Intima y el contagio de las enfermedades de transmisión sexual, luego la falta de educación, el estilo de vida y los trastornos alimenticios son los causantes de muchas enfermedades como la desnutrición provocando anemia en el embarazo, todo esto se debe a la falta de los controles perinatales, toda mujer embarazada tiene la obligación de asistir a una casa de salud con responsabilidad, asumir el embarazo, pero esto en nuestro medio es difícil, a pesar de la educación que se brinda en las escuelas, colegios, universidades, y casas de salud, la juventud hace caso omiso.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de titulación sobre Aceptación de la maternidad en madres solteras como factor de riesgo en el desarrollo neonatal, en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, se obtuvo lo siguiente.

Las mujeres de 15 a 18 años son las más representativas con El 43.3%, las cuales son atendidas en el subproceso de Gineco – Obstetricia, el 43% proceden de zonas Rurales de Portoviejo.

El 30% las mujeres solteras embarazadas se ven obligadas a buscar trabajo, porque no tienen el apoyo económico de su pareja.

La dependencia económica de las mujeres embarazadas prevalece, con la ayuda de sus padres en un 40%, estos juegan un rol importante en la mantención de este grupo de mujeres, ya que no poseen una preparación escolar importante.

Las adolescentes se enmarcan en relaciones intrafamiliares regulares y buenas en un 33%, la mayoría no tienen confianza en sus hogares y es por aquello que han empezado muy temprano su vida sexual.

Las mujeres embarazadas solo llegan a tener más de dos controles prenatales, por aquello son hospitalizadas presentan anemia, desnutrición e infecciones de vías urinarias.

Se planificó y ejecutó un plan de capacitación, factores de riesgo en el embarazo de madres solteras, se cumplió con éxito, el 80%, de asistencia de mujeres solteras hospitalizadas en el subproceso de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Manabí: que continúe con este tipo de investigación, fortaleciendo a la población estudiantil los conocimientos sobre el manejo de grupos vulnerables como es la mujer en edades fértiles; mejorando los factores de riesgo a que están expuestos los niños de nuestra población manabita.

Al Ministerio De Salud Pública y al Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda: que se continúe proporcionando las facilidades para el desarrollo de este tipo de estudio.

A los Centros y Sub Centros de Salud, impartan con más frecuencia charlas educativas, sobre métodos anticonceptivos, sobre las relaciones sexuales seguras y lo más importante los factores de riesgo de una mujer embarazada.

A todos los niveles que brindan atención de salud; aumenten sus esfuerzos para mejorar la calidad y cantidad de controles prenatales y promover un programa multidisciplinario de educación ante-parto en conjunto con los obstetras, ginecólogos, neonatólogos, psicólogos y enfermeras para evitar complicaciones en los embarazos adolescentes que se pudieran presentar.

Es de importancia que se formen grupos de apoyo en Centros y Sub Centros de Salud para jóvenes con problemas de embarazo adolescente, e impartan talleres educativos, donde se les apoye psicoemocionalmete.

A todas las entidades de educación, (escuelas, colegios y universidades) incorporen educación sexual como materia, tanto públicos como privados, por profesionales que estén capacitados en este ámbito.

Dar charlas a los padres de familia sobre educación sexual, para que de esta manera tengan confianza con sus hijos y les enseñen a llevar una vida sexual responsable, solo así evitaran problemas futuros.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

Actividades	TIEMPO EN MESES																												RECURSOS		COSTOS USD \$	
	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Julio				Agosto				Septiembre				Humanos	Materiales		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión del Tema, Objetivo y Justificación.	X	X																											Autoras de la investigación	Carpetas y documentos	200.00	
Elaboración y revisión del marco teórico					X	X	X																							Autoras Director de tesis	Libros, textos, folletos, Internet, hojas	250.00
Revisión y estructuración de variables y su operacionalización.									X	X	X																			Autoras de la investigación	Documentos, fuente bibliográfica	200.00
Revisión de instrumento de recolección de datos													X	X	X	X													Autoras Director de tesis	Carpeta de informe	250.00	
Análisis e interpretación																	X	X											Autoras de la investigación	Trabajo empastado y anillado	250.00	
Conclusiones y recomendaciones																									x				Autoras y Tribunal	-	-	
Firmando para constancia los señores miembro del tribunal de tesis.																											X		Autoras y Tribunal	Carpeta y Derecho	150.00	
TOTAL \$																														1200.00		

PROGRAMA EDUCATIVO “FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MADRES SOLTERAS.”

MES	AGOSTO			
	7	8	9	10
ACTIVIDAD				
Visita al Hospital Verdi Cevallos Balda para dialogar con la licenciada encargada del Subproceso de gineco - obstetricia.				
Reunión con las madres para compartir información.				
Elaborar el Programa Educativo “FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MADRES SOLTERAS”				
Conferencia educativa de FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MADRES SOLTERAS realizada por Egresadas de Enfermería.				
Entrega de trípticos FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MADRES SOLTERAS				

PROPUESTA

TEMA:

Programa Educativo “ACEPTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN MADRES SOLTERAS COMO FACTORES DE RIESGOS EN EL DESARROLLO NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL – SEPTIEMBRE 2014”

JUSTIFICACIÓN

En el subproceso de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda se evidencia que la gran mayoría de mujeres que se encuentran en este sub proceso, desconocen en gran parte sobre los factores que podrían causar riesgos en el neonato en el momento del parto.

De esta manera es que nos parece de mucha importancia seleccionar este tema pues es indispensable realizar programas educativos que favorezcan y fomenten el aprendizaje de los riesgos que se pueden ocasionar al neonato en el momento del nacimiento.

Nuestro proyecto es beneficioso para la universidad técnica de, Manabí porque quedará como constancia del esfuerzo que sus estudiantes hacen para poner en práctica todo lo aprendido durante sus años de estudios, por lo que se definirá entonces la calidad de estudiantes que aporta al país.

En lo personal nos beneficia, ya que es la evidencia de nuestra labor estudiantil, y a su vez nos permite entablar contactos con la comunidad, para poder trabajar directamente. Finalmente, para el avance de esta propuesta, hemos hecho el esfuerzo para adquirir los recursos necesarios para ejecutar el programa sobre la importancia de los factores riesgo en el embarazo en madres solteras.

OBJETIVOS

GENERAL

Fomentar a las usuarias la importancia de la prevención de los riesgos neonatales en el subproceso Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

ESPECIFICO

Promover la detección oportuna de los posibles riesgos en el embarazo.

Concientizar a las usuarias de como tener medidas preventivas para evitar en las posibles causas de riesgo en su producto.

Evaluar el grado de conocimiento que llegaron a tener las madres.

INTRODUCCION

Es de mucha importancia que todas las madres solteras estén informadas de las causas y riesgos ocasionados por la depresión u otros factores, pueden dañar el feto y conllevar a malas consecuencias en el nacimiento del mismo.

Riesgo es el peligro o posibilidad de un daño, ocasionado por uno o varios factores que intervienen en el desarrollo normal del fenómeno o situación que se presente. Para definir que es riesgo materno fetal, podemos decir que es la enfermedad orgánica o factor socioeconómico que puede influir en el periodo de gestación produciéndole daño a la madre, al feto o, a ambos.

Ejemplo: Mala alimentación de la madre, por falta de recursos económicos, va presentando desnutrición y anemia, no solo la madre sino también el feto.

Factor de riesgo interno es aquel ocasionado por alteraciones orgánicas que presenta la madre antes del embarazo o durante el periodo de gestación. Ejemplo: Enfermedades como: diabetes, tuberculosis hipertensión.

FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MADRES SOLTERAS.

Riesgo es el peligro o posibilidad de un daño, ocasionado por uno o varios factores que intervienen en el desarrollo normal del fenómeno o situación que se presente. Para definir que es riesgo materno fetal, podemos decir que es la enfermedad orgánica o factor socioeconómico que puede influir en el periodo de gestación produciéndole daño a la madre, al feto o, a ambos.

Ejemplo: Mala alimentación de la madre, por falta de recursos económicos, va presentando desnutrición y anemia, no solo la madre sino también el feto.(Componente Normativo Materno, 2008)

Educación hablar de salud reproductiva es uno de los puntos más importantes, pero cabe mencionar que la experiencia indica que la información es más efectiva cuando los hijos aprenden de sexualidad desde edades tempranas. Un buen apoyo para los padres son los cursos y talleres que hay en la materia y en los que se abordan temas como el uso e importancia de los métodos anticonceptivos y la manera de evitar un embarazo o contraer una infección de transmisión sexual.

Factor de riesgo interno es aquel ocasionado por alteraciones orgánicas que presenta la madre antes del embarazo o durante el periodo de gestación. Ejemplo:

Enfermedades como: diabetes, tuberculosis hipertensión:

Anemia grave

Cardiopatía

Cirugía uterina previa.

Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez durante la gestación).

Embarazo gemelar.

Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.

Endocrinopatía (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)

Hemorragia 2º o 3er. trimestre.

Malformación fetal confirmada.

Muerte perinatal recurrente.

Placenta previa.

Entre las complicaciones maternas que se puede presentar durante en el embarazo tenemos las siguientes:

Rotura prematura de membrana esta suele darse antes de cumplir 37 semanas de gestación y antes del sitio del trabajo de parto.

Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde a 50% de todas las anemias.

Anemia Leve Hb: 10,1- 10,9g/dl.

Anemia Moderada Hb: 7,1- 10,0g/dl.

Anemia Severa Hb:-7,0g/dl.

Las infecciones de las vías urinarias son más comunes en el embarazo. Se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.

Bacteriuria asintomática colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias /ml en una sola muestra del chorro medio de orina, en ausencia de síntomas específicos.

Presente en 2 a 10% de embarazos se asocia a restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer, puede progresar a pielonefritis en 20-40%.

Colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica. Presente en 1 a 4% de embarazos.

Preeclampsia es TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. Proteinuria en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.

La hemorragia es aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500cc de sangre. Sangrado de la primera mitad del embarazo es la pérdida sanguínea en embarazo menor de 20 semanas

BIBLIOGRAFIA

Componente Normativo Materno, MSP. (2008).

Antón Perez, J. I. (2009). Pobreza y desigualdad en America Latina.

Canto, C. M. (2012). Evaluacion del Desarrollo Social del DF. Mexico: 1era.

Compén K, M. J. (2008). Manual de pediatría orientación Diagnostica Terapéutica. Hospital Regional Docente de Trujillo Departamento de Pediatría. (1era ed.). (2da, Ed.)

Componente Normativo Materno, M. D. (2008). Enfermeria Obstetrica Ginecologica.

CONASA, M. (2008). Componente Normativo Neonatal.

Fernando, G. T. (2006). <http://www.fergut.com/wordpress/e-marketing/clasificacion-de-niveles-socioeconomicos-en-mexico-segun-la-amai/>. Recuperado el 26 de Agosto de 2014

<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com>. (12 de 2012). Obtenido de <http://elmercaderdelasalud.blogspot.com/2011/12/adolescencia.html>

<http://embarazos-y-embarazadas.blogspot.com>. (06 de 2013). Obtenido de <http://embarazos-y-embarazadas.blogspot.com/2013/06/signos-y-sintomas-delembarazo.html>

<http://embarazos-y-embarazadas.blogspot.com>. (06 de 2013). Obtenido de <http://embarazos-y-embarazadas.blogspot.com/2013/06/signos-y-sintomas-de-embarazo.html>

<http://espanol.babycenter.com>. (10 de 2011). Obtenido de <http://espanol.babycenter.com/a900772/infecci%C3%B3n-urinaria-durante-el-embarazo>

<http://laverdaddelcentro.com.mx/web/index.php?> (22 de 11 de 2012). Obtenido de <http://laverdaddelcentro.com.mx/web/index.php?view=article&catid=24:internacional&id=5367:cultura&format=pdf&option=co>

<http://misionsalud.com>. (2013). Obtenido de <http://misionsalud.com/psiquiatria/depresion-postparto/>

<http://momotabasco.com>. (26 de 05 de 2014). Obtenido de <http://momotabasco.com/2014/05/26/embarazo-en-adolescentes-problema-culturalmen>

- <http://nuestroshijosenpuntadas.blogspot.com>. (04 de 2009). Obtenido de <http://nuestroshijosenpuntadas.blogspot.com/2009/04/etapas-de-desarrollo-jugandocon.html>
- <http://pacoherbalife.blogspot.com>. (03 de 2008). Obtenido de <http://pacoherbalife.blogspot.com/2008/03/la-mala-nutricin-puede-provocar-un.html>
- <http://www.abcdelbebe.com>. (2013). Obtenido de <http://www.abcdelbebe.com/la-mala-nutricion-puede-provocar-un-embarazo-de-alto-riesgo>
- <http://www.saludymedicinas.com>. (27 de 08 de 2014). Obtenido de <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/embarazo->
- Ibáñez, M. F. (2006). *Protección pour son Développement*. (2da ed.). París.: Spirale.
- INEC. (2007). http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es. Recuperado el Lunes de Julio de 2014
- Martínez, G. D. (2009). *Manual de Enfermería Zamora*. Colombia: 3 era.
- Medellín, G. (2006). *Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano*. Tomo: Nacimiento a edad preescolar. OPS. Washington. D.C. Eva.
- Navarro Y, y. C. (2010). *APEGO, Apoyo de la pareja en el cuidado de la madre adolescente al Recién nacido*. Tesis para optar el grado de licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo (UNT).Trujillo-Perú..
- Paulino, V. (2006). *Centro de Alto Riesgo Obstétrico- hospital Carlos Andrade Marín*. Quito .
- Paulino, V. (2006). *Centro de Alto Riesgo Obstétrico- hospital Carlos Andrade Marín*. . Quito.
- Pulgarin T, A. (2012). *CUIDADOS DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO*., 1era.
- TIEMPO, E. (Ed.). (2013). <http://www.abcdelbebe.com/la-mala-nutricion-puede-provocar-un-embarazo-de-alto-riesgo>. Recuperado el Lunes de Agosto de 2014
- USANDIZAGA B, J. A. (2011). *OBSTETRICIA GINECOLOGICA* . Madrid: 4 ta .
- Zamora. (2009). *Libro de Manual de Enfermería* . (3ra, Ed.)

ANEXOS

Anexo 1: Evidencia Fotográfica



FOTO 1: Preparación del rotafolio que será de ayuda visual para impartir charlas educativas a las madres solteras embarazadas que se encuentran hospitalizadas en el subproceso de Gineco Obstetricia

Anexo 2: Evidencia Fotográfica



FOTO 2: Impartiendo información sobre charla educativa a las madres solteras embarazadas sobre FACTORES DE RIESGOS EN EL EMBARAZO EN MADRES SOLTERAS.

Anexo 3: Evidencia Fotográfica



FOTO 3: Entrega de trípticos con información sobre los FACTORES DE RIESGOS EN EL EMBARAZO EN MADRES SOLTERAS.

Anexo 4: Evidencia Fotográfica



FOTO 4: Recogiendo firmas de las mujeres embarazadas solteras que estuvieron presente en la charla educativa.

Anexo 5: Evidencia Fotográfica



FOTO 5: Aplicando las encuestas a las mujeres solteras embarazadas en el subproceso de Gineco- Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Anexo 6: Evidencia Fotográfica



FOTO 6: Aplicando las encuestas a las mujeres solteras embarazadas en el subproceso de Gineco- Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Anexo 7: Evidencia Fotográfica



FOTO 7: Aplicando las encuestas a las mujeres solteras embarazadas en el subproceso de Gineco- Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Anexo 8: Evidencia Fotográfica



FOTO 8: Aplicando las encuestas a las mujeres solteras embarazadas en el subproceso de Gineco- Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

ENCUESTA

Aplicada a las madres solteras embarazadas.

OBJETIVOS: Recolectar información sobre los factores de riesgo obstétrico de la mujer embarazada. Previo al trabajo de titulación con el Tema, “Aceptación de la maternidad en madres solteras como factores de riesgos en el desarrollo neonatal en el Hospital Dr. Verdi Cevallos”, Las egresadas de enfermería Borrero De La Cruz Geomara Jakeline, Flores De Valgas Menéndez Angélica María.

Sírvase señora usuaria marcar con una **X** la respuesta que usted considere.

DATOS DE IDENTIFICACION:

1. EDAD

- 15 – 18 años
- 19 – 22 años
- 23 -26 años
- 27 – 30 años
- 31 – 35 años

2. PROCEDENCIA

- Urbana
- Rural
- Urbana Marginada

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Universitaria

4. OCUPACION:

- Estudia
- Trabaja
- Ama De Casa
- Ninguna

5. NIVEL ECONÓMICO

- Alto
- Medio -Alto
- Medio-Típico
- Medio- Bajo
- Bajo

6. DEPENDENCIA ECONOMICA

- Usted misma
- Pareja
- Padres
- Abuelos
- Hermanos

7. RELACION INTRAFAMILIAR

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Pésima

FACTORES DE RIESGO:

8. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

- Peso
- 50 kg
- 51-70 kg
- + 71 kg

Talla

- 156 cm
- 157 – 170 cm
- + 171 cm

9. EDAD GESTACIONAL

- Menor de 27 S.G.
- 28 y 32 S.G
- 36.6 S.G
- 37 a 41 S.G
- + de 42 S.G

10. ESTADO NUTRICIONAL

- Desnutrición
- Normal
- Obesidad

11. CONTROLES PRENATALES

- Uno
- Más de dos
- Todos
- Ninguno

12. COMPLICACIONES MATERNAS

- IVU
- Anemia
- Hemorragia
- Preeclampsia
- RPM
- Aborto

¿Cuáles son las causas de posibles factores de riesgo en el neonato?

- Mala alimentación de la madre.
- falta de recursos económicos, va presentando desnutrición y anemia, no solo la madre sino también el feto.
- Falta de controles prenatales.
- Enfermedades como: diabetes, tuberculosis hipertensión.
- Depresión.



Si te cuidas me cuidas...



FACTORES RIESGO EN EL EMBARAZO DE MADRES SOLTERAS



Hay muchas causas y riesgos ocasionados por la depresión u otros factores, pueden dañar el feto y conllevar a malas consecuencias en el nacimiento del mismo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

RESPONSABLES
FLORES DE VALGAS ANGELICA MARIA
BORRERO DE LA CRUZ GEOMARA JAKELINE

¿Sabe usted si puede llegar afectar al neonato una madre soltera con problemas de depresión, por qué?



¿Cómo es posible no causar daño al neonato?

- Recibiendo controles perinatales.
- Mantener una buena alimentación durante la gestación.
- Buena calidad de vida.



Si puede llegar afectar, porque una madre que se encuentra abandonada y sola sin el apoyo económico, ni emocional de su pareja entra en depresión y esto puede conllevar a un embarazo con enfermedades y adicciones tales como:

- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- ETS(Enfermedad de transmisión sexual)
- hemorragias.
- Peso bajo al nacer.
-

