

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Unported

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

“Se permite el uso comercial de la obra y de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

**UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA**



**UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO**
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

“EFECTOS EN EL VÍNCULO MADRE-HIJO POR LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE DIEZ DÍAS DE NACIDO CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS, A CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y/O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO”

REALIZADO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS DEL DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A FEBRERO DE 2017.

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**ELABORADO POR:
BR. ANA ESTEFFANY BARRIENTOS MOLINA
BR. JOCELYN GUADALUPE MADRID ALFARO
BR. ROBERTO PINEDA FLAMENCO**

**ASESORADO POR:
LIC. BLANCA LETICIA MARTINEZ DE AMAYA**

ANTIQUO CUSCATLÁN, 4 DE MARZO DE 2017

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSE MATIAS DELGADO

Dr. David Escobar Galindo

Rect or

Dr. José Enrique Sorto Campbell

Vice rect or y Vice rect or Académico

Dr. José Nicolás Astacio Soría

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

“Dr. Luis Edmundo Vásquez”

M^g. Aida Esperanza López Leiva

Directora de la Escuela Superior de Enfermería

Licda. Carlota Isabel Pascasio Rodríguez

Presidenta del Jurado evaluador

Licda. Ana Carlota Siliezar de Montoya

Vocal 1 del Jurado Evaluador

Licda. Mirna Haydee Angulo de Santana

Vocal 2 del Jurado Evaluador

Licda. Blanca Leticia Martínez de Amaya

Asesor

ANTI GUO CUSCATLÁN, 4 DE MARZO DE 2017



ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

En la Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Luis Edmundo Vásquez, de la **UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO**, a las ocho horas con treinta minutos del día cuatro del mes de marzo del años dos mil diecisiete

Reunidos los suscritos miembros del Jurado Examinador del Trabajo de Tesis titulada:

TEMA: "Efectos en el vínculo madre-hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico de sepsis, a consecuencia de una infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en el último trimestre del embarazo"

Presentada por el (los) la (s) Bachiller (es):

1. Br. Ana Esteffany Barrientos Molina
2. Br. Jocelyn Guadalupe Madrid Alfaro
3. Br. Rigoberto Pineda Flamenco

Para optar al Grado de:

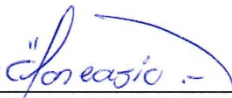
Licenciado (a) en Enfermería


HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación


ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES
- APROBADA CON OBSERVACIONES
- REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.


Lcda. Carlota Isabel Pascasio Rodríguez
Presidente


Lcda. Ana Carlota Siliezar de Montoya
1^{er.} Vocal


Lcda. Mirna Haydee Angulo de Santana
2^{do.} Vocal



AGRADECIMIENTOS.

Especialmente agradezco a Dios por permitirme llegar a esta etapa en mi vida y finalizar satisfactoriamente los estudios, por brindarme sabiduría, paciencia y no perder la fe en todo momento.

A mis padres Ana Flor Molina de Barrientos y a mi padre José Roberto Barrientos que es una parte esencial, en mi vida por su apoyo y comprensión durante todo el proceso de esta carrera.

En especial a mi tía Martina Alicia Molina que ha sido como una segunda madre por su total apoyo incondicional, su motivación por creer en mí en todo momento.

Y agradezco a mi familia en general por sus palabras de motivación durante todo este proceso.

Gracias al personal de docentes que formaron parte a lo largo de esta carrera para la formación académica.

Gracias especialmente a Licenciada Blanca Martínez nuestra asesora por sus observaciones, sugerencias, motivación y su apoyo durante todo este proceso de tesis. Que Dios derrame muchas bendiciones en su vida personal y profesional.

Gracias al Licenciado Jonnatán Aníbal Vigil por su apoyo, y sus correcciones durante este proceso y a lo largo de la carrera.

Y en especial gracias a la Licenciada Ana de Montoya Jefe de Enfermeras y a la Directora de Hospital Nacional Santa Gertrudis por brindarnos el campo de estudio, al personal de Neonatos.

Gracias a mis compañeros Jocelyn Madrid y Rigoberto Hneda porque juntos como equipo logramos nuestro objetivo, no fue fácil pero querer es poder y pese a las diferencias de cada uno fuimos apoyo uno del otro que Dios los Bendiga y tengan mucho éxito en sus vidas personales y profesionales ¡queridos colegas!

Ana Esteffany Barrientos Molina

AGRADECIMIENTOS.

Dedico esta tesis a **D**os por dar **m**e siempre fuerzas para continuar en lo adverso, por dar **m**e sabiduría en las situaciones difíciles, por ser **m**i sustentó, que con su fidelidad y amor ha hecho que este sueño se hiciera realidad.

Agradecerle a **m**i madre hermosa **Guadalupe Afaro** por brindarme ese amor incondicional, por ser **m**i motivación, por ese café en las noches de desvelo, por sus consejos, por su esfuerzo en sacar **m**i carrera adelante día a día y permitir **m**e ser en lo que soy hasta el día de hoy. A **m**i padre **Salvador Madrid** que a pesar de la distancia me enseñó la lección más importante de esta vida, que es esforzarme por lo que quiero y deseo, ya que **D**os nunca me abandonara.

A nuestra directora **Licda. Ada López** por creer en **m**i a lo largo de estos años para representar a la escuela a nivel nacional, por el apoyo que me dieron como Facultad y Escuela en los momentos difíciles de **m**i salud, recuperación y reintegración a la Universidad.

Licda. Blanca Martínez gracias por su confianza, sus consejos, paciencia, motivación, criterio y sobre todo creer en nosotros, ha sido un privilegio contar con su guía; **Lic. Jonnatán Vigil** gracias por su sinceridad a lo largo de **m**i vida como alumna, por sus consejos, por compartir sus experiencias profesionales y su apoyo, **D**os los bendiga y nunca dejen atrás esa alegría y honestidad que los caracteriza. A todos los catedráticos por brindar su granito de arena compartiendo sus conocimientos e instruirnos paso a paso en esta meta. A mis compañeros de tesis por esos momentos compartidos de felicidad, estrés, suspenso y satisfacción en todo este proceso, juntos hemos crecido profesionalmente, **D**os los guíe siempre en sus metas; a aquellos compañeros que en los momentos más difíciles estaban dispuestos a ayudar y darme palabras de fortaleza.

A mis amigas que iniciamos un sueño juntas en esta escuela pero que a pesar de la distancia siempre recibí sus palabras de apoyo, motivación y se convirtieron en una hermanas para mí, las quiero mucho **Zulma Canales** y **Fabiola Jiménez**. A **m**i familia en general, amigos y a esos pequeños ángeles que **D**os siempre me coloco en el camino, que han sido mi luz.

Gracias a todas las personas de la **UMD** por su atención y amabilidad en todo lo referente a **m**i vida como alumna de Licenciatura.

¡Yá casi Licenciada!

Jocelyn Guadalupe Madrid Afaro

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta momentos de mi carrera, por darme fortaleza para seguir adelante a pesar del cansancio y las adversidades. Gracias por siempre estar conmigo.

A mi madrecita, Meri Hamenco, por ser la persona que me motiva día a día para seguir adelante y demostrarme que todo en la vida se gana mediante sacrificio, lucha y jamás dejarse vencer por las adversidades. Así como también apoyar me en todas mis decisiones y darme sus sabios consejos además de mostrarme su amor incondicional como madre y como amiga. Te amo mamá.

A mi hermanita, Ana Eneida por estar conmigo siempre a pesar de todas nuestras diferencias sabemos que estamos el uno para el otro y que unidos nadie puede en contra de nosotros. Te amo hermanita.

Gracias a mi familia por estar en mis alegrías y tristezas, y que de una u otra forma estuvieron conmigo a lo largo de carrera.

A todas las personas que estuvieron a lo largo de mi carrera, amigos, docentes, compañeros de trabajo que me ayudaron a crecer y formar mi carácter en vida personal y profesional.

Gracias a los docentes que estuvieron a lo largo de mi carrera, Licdo. Jonnatan Vigil por compartir su experiencia profesional y siempre poder estar para un buen consejo, además agradecer a Licda. Blanca Martínez por ser nuestra asesora de tesis, que en poco tiempo pudimos establecer una amistad y así poder creer en nosotros.

Rigoberto Eneida Hamenco

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

“Efectos en el vínculo madre-hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico de Sepsis, a consecuencia de una Infección de Vías Urinarias y/o Ruptura Prematura de Membranas en el último trimestre del embarazo del área de Neonatología del Hospital Nacional Santa Gertrudis, San Vicente en el periodo de Enero- Febrero del año 2017”

Resumen

El apego precoz tiene como significado que la madre, inmediatamente al finalizar el periodo de expulsión del trabajo de parto, se le debe colocar el recién nacido en su seno materno para amamantarlo. Esta acción, además de brindarle seguridad y bienestar al niño, asegura una lactancia satisfactoria. El principal objetivo de fortalecer dicho vínculo es la búsqueda para conseguir y propiciar un apego exitoso, que va desde el contacto físico cercano, hasta la interacción o comunicación a través de la distancia bajo ciertas circunstancias.

La presente investigación se llevó a cabo en el área de Neonatología del Hospital Nacional Santa Gertrudis en el periodo comprendido de enero y febrero de 2017, con madres entre las edades de 18 a 39 años, con el propósito de analizar los efectos en el vínculo madre e hijo por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido en el área de neonatología. La investigación es básica, el tipo de estudio mixto ya que se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas, durante el periodo comprendido de enero a febrero del 2017. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue por medio de una entrevista de 10 preguntas y guía de observación de 20 ítems divididos en observación en la madre, recién nacido en el servicio de neonatos y las intervenciones de enfermería; se tomó una muestra aleatoria de 20 madres siguiendo la lógica de la investigación.

Según los resultados obtenidos podemos mencionar que las madres que formaron parte del estudio, el 75% eran madres jóvenes entre las edades de 18 a 22 años, gran porcentaje de ellas ya mantenían una experiencia previa de ser madres, a la misma vez su embarazo fue deseado y planeado, realizaron el contacto piel a piel al momento del nacimiento, generalmente sonrían al momento de ver a su hijo, mostrando así gestos de afecto por medio de la visualización, tacto y la vocalización, realizan buena técnica de lactancia materna, de tal manera que inciden positivamente en el estudio.

Palabras claves: apego precoz, vínculo madre e hijo, menor de diez días de nacido, hospitalización, neonatos.

Índice

Contenido

Informe Final de Investigación

Resumen

Introducción	1
Justificación	3
II. Planteamiento del Problema	4
a. Generalidades del problema	4
b. Situación problemática	5
c. Delimitación del problema	8
a. Enunciado del problema	9
III. Marco de Referencia	10
a. Vínculo Madre- Hijo	10
b. Sepsis Neonatal	15
d. Infección de vías urinarias materna	18
e. Intervenciones de Enfermería para fortalecer el vínculo madre-hijo deteriorado por la hospitalización del recién nacido	22
IV. Objetivos de investigación	25
V. Sistema de Hipótesis	25
VI. Sistema de Variables	26

a. Definición operacional de las variables	26
b. Esquema de relación de variables	27
c. Matriz de congruencia	28
VII. Diseño Metodológico	31
a. Tipo de Estudio	31
b. Área geográfica del estudio	31
c. Población y muestra	32
d. Criterios de inclusión y exclusión	32
e. Procedimientos	32
VIII. Análisis de resultados	34
IX. Conclusiones	66
X. Recomendaciones	67
Referencias Bibliográficas	68
Anexo n° 1: Instrumento de recolección de Datos	75
Anexo n° 2: Consentimiento informado	80
Anexo n° 3: Presupuesto de la investigación	81
Anexo n° 4: Cronograma de actividades.	82
Anexo n° 5: Figura 1: Hujograma de valoración y tratamiento del recién nacido de término asintomático con factores de riesgo para sepsis	83

Introducción

Durante el último trimestre la relación afectiva de la madre con su hijo aumenta en este periodo debido a que el niño desarrolla mayores capacidades auditivas, sensoriales y afectivas. Al momento que termina el proceso del parto, se coloca al niño en los brazos de la madre para alimentarlo, creando una atmósfera de seguridad y bienestar, a esto se le llama apego precoz. Esto además de propiciar la relación madre-hijo, creado lazos afectivos que los fortalecen con el paso del tiempo. La relación madre-hijo se consolida con el seno materno, el contacto cuerpo a cuerpo y la comunicación directa con él. Pero al separar al madre con su hijo, esta relación los puede afectar produciendo así en el recién nacido.

Una de las razones por las que se separa a la madre de su hijo es debido a sepsis neonatal, a consecuencia de ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias materna en el último trimestre de embarazo que al momento del parto podría causar consecuencias al recién nacido como prematuridad y otros, se le debe cumplir un tratamiento farmacológico. La relación que se llegue a adecuar en el vínculo madre-hijo dependerá en el interés de la madre de propiciar al momento de tener contacto el niño y de las condiciones, oportunidades institucionales para hacerlo.

El informe de investigación sobre “Efectos en el vínculo madre-hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico sepsis, a consecuencia de una infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en último trimestre del embarazo”; tiene como propósito identificar los efectos psicoemocionales de la madre y del niño menor de 10 días observados en su comportamiento. El estudio se realizará en el área de Neonatología del Hospital Nacional Santa Gertrudis del municipio de San Vicente, en el período comprendido entre enero y febrero de 2017.

El documento consta de diez capítulos:

En el capítulo I, se plasma la justificación en la que describe el propósito de la investigación, detallando la importancia de los efectos del vínculo madre-hijo, al momento de la hospitalización del neonato y como el personal de enfermería podría contribuir en consolidar esos lazos afectivos.

El capítulo II, el Planteamiento del Problema, muestra la delimitación clara y precisa del objeto de la investigación. El capítulo III, ostenta los Objetivos de Investigación, se elaboraron de acuerdo a los aspectos susceptibles de medición en las variables descritas teóricamente, en la alteración del vínculo madre-hijo por la hospitalización del niño menor de 10 días.

En el capítulo IV, se presenta el Marco de Referencia, en este se describen las variables sometidas a estudio el vínculo socio afectivo de la madre con su hijo desde el momento del parto, el apego precoz, la separación de ellos al momento de la hospitalización del niño por

sepsis a consecuencia de infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas, además de su tratamiento farmacológico, además de mostrar un apego patológico del recién nacido con su madre y como ella poder afrontarlo según la experiencia materna con el apoyo de la Enfermera.

En el capítulo V, se definen las Hipótesis que serán sometidas a comprobación empírica, y de este se deriva el capítulo VI, que muestra el Sistema de Variables y su forma de medición.

El capítulo VI, incluye el Diseño Metodológico, en el cual se especifica el tipo de estudio, el área geográfica en que se realiza la investigación, población y muestra, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, los procedimientos a realizar de los cuales se toman en cuenta consideraciones éticas del proceso de investigación, para establecer las formas de garantía de los principios de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El capítulo VII, se presenta el análisis y discusión de resultados obtenidos en la investigación, en donde se detalla la comprobación de hipótesis, aceptar o rechazar la hipótesis de trabajo.

El capítulo IX se representan las conclusiones que fueron determinadas por el análisis de los resultados obtenidos en la investigación y de los que se deriva el capítulo X, el cual se realizan recomendaciones basados en la realidad del objeto de estudio en base a las conclusiones obtenidas.

I. JUSTIFICACIÓN

Rodríguez y Trigueros (2012) contribuyen que: “En el ser humano las conductas se van desarrollando como resultado de su interacción con el ambiente para conseguir adaptarse al medio y teniendo en cuenta la principal figura de que este momento, siendo la madre” (p. 7).

Es en este punto donde en general se obtiene la necesidad de una adecuada vinculación afectiva de mostrando así la calidad de la madre o la figura de ella para desarrollar un funcionamiento con este ciclo vital óptimo. Se posiciona el término *Figura de Apego* para establecer la figura con que el hijo sostiene una relación y vinculación única que se llama *apego*, este inicio de la vinculación es sustancial a formar en un futuro su personalidad y poder alcanzar una salud razonable.

Ricardo, 2013 menciona que en el período cuando el infante se halla en el vientre de la progenitora se muestra en diferentes ámbitos que intervienen en su desarrollo, incluso logrando la madurez; a la vez con la alimentación que adopta la madre y el estado de salud y otros, que sumaría a afectar el progreso del hijo. Cuando no está en óptimas circunstancias durante el trascurso prenatal, perinatal o posnatal, conlleva al riesgo de adquirir patologías tanto mentales como físicas interviniendo de indiscutible forma con su progresión, por ello, es necesario que desde el vientre se le manifieste los mejores cuidados establecidos con el afecto y en el amor que le cedan al hijo ser aceptado y amado, pues es significativo a su conservación, en específico en su primer período de vivir (p. 21).

La figura principal para Borroso (2014) el cuidado del niño desde que inicia la vida se ha relacionado con centrarse a detectar las necesidades fisiológicas, emocionales y en calmarlas. De esta manera, una figura de apego percibe señales donde el niño retransmite cambios de estado como aburrimiento, frío, hambre, sed, miedo y si dicha figura es capaz de detectar esos cambios a cada instante, así mismo atender necesariamente regulando emocional y físicamente al niño. Para el desarrollo del hijo en un momento de malestar es un requisito saber cubrir y poder soportar el malestar, tranquilizándolo con tan solo la voz de la madre (p. 5).

Previo a identificación de la problemática, se mostró la necesidad de investigar sobre los Efectos en el vínculo madre e hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico de sepsis, a consecuencia de una infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en el último trimestre del embarazo, ingresados en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Santa Gertrudis, San Vicente; en el periodo de Enero a Febrero del 2017.

II. Planteamiento del Problema

a. Generalidades del problema

En el proceso de gestación, se producen cambios físicos, fisiológicos y bioquímicos en la madre, para propiciar las condiciones para la formación, crecimiento y desarrollo del feto; algunas de esas modificaciones pueden afectar la salud de la madre, entre las afecciones más comunes están las infecciones de vías urinarias.

Ávarez y otros (2006) afirman que:

El periodo de embarazo ocasiona transformaciones funcionales y anatómicas que elevan el peligro a tener alguna infección urinaria; para las cuales se pueden mencionar: obstrucción parcial del uréter, la ampliación del volumen urinario en uréteres el cual tiene como finalidad una columna líquida continua que beneficia con la expansión de la infección en la vejiga al riñón, la hidronefrosis en el embarazo, reducción de la capacidad vesical que disminuye su vaciamiento, ampliación de la filtración glomerular en la que se decreta la aparición de glucosa de la orina lo que asiste la presencia de los gérmenes y el ambiente hipertónico de la médula renal, extensión para el reflujo vesico uretral, mínimo aporte de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, aumento del reflujo vesico uretral, incremento de la secreción urinaria de estrógenos. Si no existen enfermedades concomitantes, el riesgo es mayor en las embarazadas de mayor edad, múltipara y de bajo nivel socioeconómico, pero sobre todo en aquellas con historia previa de infección urinaria; Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionan a pielonefritis. Las infecciones urinarias en el último trimestre del embarazo incrementa el peligro de bajo peso en un recién nacido y estimular un parto prematuro. (p. 1).

Las infecciones de vías urinarias en cualquier momento del embarazo, puede afectar el curso de este; por mencionar algunas repercusiones graves están, a amenaza de aborto y aborto, si se da la infección en el primer trimestre del embarazo, o una amenaza de parto y parto prematuro, si se presenta en los últimos trimestre, además, puede repercutir en el feto, presentando retardo del crecimiento y bajo peso al nacer, sepsis perinatal y sepsis neonatal por corioamnionitis; es por ello, que es de rigor, explorar signos y síntomas sugestivos de infección de vías urinarias y, realizar análisis general de orina para diagnosticar y tratar de forma prioritaria en diferentes momentos del embarazo (Ávarez y otros, 2006, p. 2).

Vadillo, Beltrán y Zaga (2004), en su artículo sobre infección intrauterina y nacimiento pretérmino, exponen que la presencia de ciertos microorganismos que colonizan y/o infectan el tracto genital femenino puede aumentar la actividad local de la fosfolipasa A2 tisular en etapas intermedias de la gestación y provocar irritación uterina con inicio de la actividad uterina hasta maduración del cuello uterino (párr. 22).

El nacimiento prematuro, significa un riesgo alto para el recién nacido dependiendo de la edad gestacional y la maduración de los órganos y sistemas vitales, tal es el caso del sistema respiratorio, digestivo y otros. Por otra parte, aunque el nacimiento sea de término, el simple hecho de que la madre padezca una infección del tracto genitourinario, lo expone al desarrollo de sepsis; es por ello que se requiere su internamiento en un establecimiento de salud para su observación y tratamiento con antibióticos en dosis profilácticas. Sin embargo, las áreas de hospitalización de recién nacidos con problemas de salud o con antecedentes maternos que implique un posible daño al niño, es un área de aislamiento, para reducir el riesgo a una infección asociada a la atención sanitaria, donde no tiene permanencia a la madre (Vadillo, Beltrán y Zaga, 2004, párr. 23).

b. Situación problemática

En el estudio de Pérez y otros (2015), presenta que:

Cada año se demuestran cuatro millones en la mortalidad de neonatos en el mundo, de los que se especifica con procesos infecciosos un 35%. En Estados Unidos de América (EUA) la incidencia de sepsis neonatal temprana se estima en 1 a 2 casos por 1000 nacidos vivos; sin embargo, en países en vías de desarrollo varía de 2.2 a 9.8 eventos por 1000 nacidos vivos. Para México, en los

recién nacidos la sepsis bacteriana sigue siendo segunda causa de mortalidad (12.3%), con pacientes del primer al sexto día de vida. (párr. 1).

Orfali (2004), expone que a medida avanza la terapia antibiótica, las proporciones de soporte y para el saber de los factores de riesgos infecciosos, una de las enfermedades como la sepsis prosigue como una causa importante y quizás inadmisiblemente que en las unidades neonatales exista el crecimiento de la mortalidad y morbilidad. La sepsis de origen precoz o perinatal daña de 1 a 2 de 1000 recién nacidos de término, alcanzando a perjudicar de 20 a 1000 prematuros de peso bajo a 1000 grs. La sepsis intrahospitalaria o tardía de igual manera perjudica un 2 hasta 5 % de todos los recién nacidos que son hospitalizados y puede llegar al 15% de los recién nacidos en la UIN aumentando hasta 48 horas (p. 2).

UNI CEF (2008) expone que:

Para el 86% de las mortalidades en todo el mundo neonatales, se cuenta con efecto directo tres principales motivos: las infecciones graves, entre las que están la diarrea, la sepsis/neumonía, el tétanos y la asfixia; los nacimientos prematuros. Deduciéndose que las infecciones graves son el origen en el 36% del total de mortalidades neonatales. Conforme a lo anterior puede acontecer en todo momento para el primer mes de vida, ya que son la primera raíz de muerte neonatal desde la primera semana. (p. 22).

Para Poblete J. y Carvajal J. (s. f.), el término ruptura prematura de membranas (RPM) acontece que el 3% de los embarazos son pretérmino y el 10% en los embarazos son de término. Siendo así uno de los factores de riesgo que pueden provocar los partos prematuros, y forma parte importante entre las causas de morbilidad y mortalidad perinatal. En las mujeres con embarazos pretérmino, aun teniendo un manejo adecuado, entre el 50 y 60% de las pacientes presentarán parto prematuro de membranas dentro de las primeras semanas. La incidencia reportada cambia entre el 3% y 18.5% de casos, este extenso rango de periodicidad deriva de diferencias en la definición empleada y en las diversificaciones propias de otras poblaciones. La RPM se describe como la ruptura espontánea de las membranas que se da antes del inicio del trabajo de parto (párr. 1 - 5).

Como ya se mencionó antes, también Vallejos y otros (2010), añaden que:

Entre las enfermedades por las que normalmente consultan se encuentra la infección de vías urinarias como una de las causas principales, los datos arrojan que alcanza del 10% al 20% de las consultas diarias en los centros de salud. Es considerado que el 40% de las mujeres han tenido una infección de vías urinarias, alguna vez en su vida, y aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta IVU en algún momento del embarazo, es más frecuente en mujeres multíparas; la bacteriuria asintomática (BA) ocurre en el 17-20% de los embarazos. Su evolución sin tratamiento puede llevar a mayor morbilidad. El 10-30% de las mujeres que tienen BA sin tratamiento desarrollan infección de la vía urinaria superior en el segundo trimestre del embarazo. Frecuentemente las infecciones de vías urinarias se presentan principalmente en el último trimestre del embarazo, aunque la prevalencia es baja de 1.78% según la literatura encontrada, entre las edades de las mujeres más vulnerables están entre 20 a 24 años. (p. 2).

Los microorganismos que frecuentemente causan infección urinaria con sintomatología y sin síntomas se reflejan los siguientes: Escherichia coli que arroja el 80% de los casos, Proteus mirabilis 4%, Klebsiella 4%, Enterobacter 3%, Staphylococcus saprophyticus 2% y Streptococo del grupo B 1% (Coordinación Médica, 2014, p. 2).

En el Ministerio de Salud de El Salvador no cuenta con mucha información actualizada sobre incidencia y prevalencia de IVUs en mujeres embarazadas; sin embargo existen guías clínicas de las principales morbilidades obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, donde informan que del total de mujeres embarazadas, solo 17-20% sufren de infecciones de vías urinarias según MNSAL (2013, p. 1).

c. Delimitación del problema

Según datos publicados por La Prensa Gráfica (Otziz, 2010):

El Hospital Nacional Santa Gertrudis del Departamento de San Vicente es un Hospital de Segundo Nivel de Atención. En el año 2007 da inicio la construcción del nuevo Hospital Nacional Santa Gertrudis con el propósito de brindar mayor atención de calidad y calidez a los usuarios, logrando así en el año 2010 la Inauguración, por la ministra de salud Dra. María Isabel Rodríguez; que cuenta con un área geográfica de 14 mil metros cuadrados que se dividen en tres edificios más un almacén de medicamentos con capacidad instalada de 139 camas censables entre los servicios disponibles para brindar atención están: Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia (párr. 1).

De la Dirección depende el Departamento de Enfermería; esta división tiene como misión, Somos un departamento especializado en el área de enfermería con alto grado de liderazgo, ética de trabajo, creatividad y capacidad de organización, que promueve el desarrollo de competencias en un clima de armonía y respeto, garantizando así las intervenciones en el proceso salud enfermedad, de acuerdo a las necesidades de las personas con equidad, calidez, eficiencia y efectividad. Aplicando valores éticos, morales, principios científicos en las diferentes áreas de desempeño; Por lo tanto dicha misión va de acuerdo que en la relación vínculo madre- hijo se debe cumplir un ambiente de armonía y respeto de parte del personal de enfermería, tanto a la madre al momento de fomentar ser eje fundamental para la pronta recuperación de su hijo al momento de la hospitalización, contribuyendo a que dicha atención sea especial para mayor efectividad.

El Servicio de Neonatos cuenta con una capacidad instalada de 14 cunas censable y con un ingreso de hasta 25 niños; entre las patologías más frecuentes están: taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de estrés respiratorio, neuromía por meconio, recién nacido afectado por infección de vías urinaria materna, ictericia neonatal, hipoglucemia asintomática afectado por ruptura prematura de membrana, prematurez más bajo peso al nacer, gastroenteritis, y otras; en cuanto al recurso humano se dispone de un Jefe de Médico Neonatólogo, un residente (rotación de residente cada 2 meses), cuatro enfermeras hospitalarias, siete auxiliares de enfermería, un ayudante de enfermería y un auxiliar de servicios.

Se realiza esta investigación debido al incremento de casos de niños afectados en los últimos

años por sepsis a consecuencia de ruptura prematura de membranas e infección de vías urinarias materna, además de ser uno de los principales diagnósticos de ingreso en el área de Neonatología. Durante todo el proceso de gestación debe prevenirse y controlarse los factores de riesgo con un enfoque integral, en donde intervienen diferentes profesionales del equipo de salud; para obtener una labor de parto y parto normal y sano para la madre y el recién nacido, para que se lleve a cabo el apego precoz y luego el alojamiento conjunto.

En el apego precoz y el alojamiento conjunto, la madre y el recién nacido van fortaleciendo el vínculo afectivo, asegurando una lactancia materna exitosa que es fundamental para el recién nacido por su aporte nutricional, para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño; una de las ventajas fisiológicas para la mamá es la succión del seno, ya que ayuda a las contracciones del útero y permite restablecer el tamaño normal y, dentro de las ventajas psicológicas y emocionales, se da paso a una comunicación con el bebé, fortalece los sentimientos de la madre hacia el bebé y tiene seguridad en el cuidado de su hijo. Cuando todo este proceso no se puede llevar a cabo por patologías materna o del neonato, ambos pueden ser afectados por la separación que implica, pudiéndose observar un comportamiento anormal entre la madre y el niño.

Se decide realizar el estudio en el Hospital Nacional Santa Gertrudis, ya que es un establecimiento de referencia para la atención del parto seguro de todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y centros privados del departamento de San Vicente. Y a partir del año 2010 se apertura el área especializada para Neonatos, con personal capacitado, humanizado y especializado, encargado de brindar servicios asistenciales a todo recién nacido, de forma integral de manera eficaz y eficiente, con el enfoque de calidad y calidez de la atención en las acciones de promoción, prevención de la enfermedad y restauración de la salud, a través del ejercicio de las competencias profesionales y valores éticos, haciendo uso de la tecnología adecuada para un hospital, favoreciendo así a la población vulnerable.

El estudio se circunscribe en el período comprendido entre enero y febrero de 2017.

a. Enunciado del problema

En vista de la discusión teórica de la problemática, el equipo investigador, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los efectos en el vínculo madre-hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico de sepsis, a consecuencia de una infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en último trimestre del embarazo, ingresados en el área de Neonatología, del Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente, en el período comprendido entre enero y febrero 2017?

III. Marco de Referencia

a. Vínculo Madre-Hijo

El término conducta de apego es entendido como cualquier forma de comportamiento que hace una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido (Bowlby, 1990, p. 60).

Para Armaza (2008), el apego precoz representa que la madre, al momento que termine el periodo de expulsión del trabajo de parto, será colocado el bebé en sus brazos y colocado en su pecho para la lactancia. Esta experiencia, al mismo tiempo de ofrecer seguridad y bienestar al hijo, afirma una lactancia exitosa (p. 28).

Según Safrany (Como se citó en Bowlby, s.f., p. 5) reflexiona que, para los recién nacidos humanos, así como a muchos mamíferos se encuentran proporcionados en un sistema conductual del apego, a una circunstancia fundamental; el vínculo pueden ser definido de tal manera como lazo afectivo para el individuo caracterizándose en unirse en sí mismo y otros.

El sello conductual del vínculo es la exploración a obtener y conservar un indiscutible [grado] de cercanía a la persona de apego, que va a partir del contacto físico cercano bajo innegables situaciones, incluso la interacción o información a través de la lejanía bajo innegables situaciones. Para que esto suceda se expresa que un infante está enparentado a su cuidador, en general a la mamá, porque sus guías de exploración a la proximidad se establecen jerárquicamente, se tutelan precipitadamente y específicamente a ella (p. 5).

Es preciso destacar que cuando se produce la concepción comienza a tener lugar la relación simbiótica entre madre e hijo. Dicha relación es un proceso que se gestó desde que la madre tiene su hijo dentro y se prolonga los primeros nueve meses de vida, e implica una relación de dependencia, donde el niño y la madre forman uno solo, no se reconocen dos, sino uno en función del otro; esta dependencia radica en que la madre siente que su hijo la completa, esta es objeto del deseo del hijo y siente que es todo para la madre (Himentá, 2014, p. 14).

Para Botero (2012):

Quando la madre al momento del nacimiento adquiere un significado importante,

no solo, como es indiscutible, dando a luz sino en la minuciosa proporción que proyecta, en el crecimiento del hijo que inicia desde vientre se lleva a cabo en un contorno especial: el cerebro, la mente y el cuerpo de otro ser humano; los cambios neuroquímicos, hormonales que se llevan en el efecto de la maternidad deben ser estudiados y atendidos de la misma forma en la cual se está ahora estudiando, con más detalle, al bebé y sus posibilidades de desarrollo. Para un hijo es esencial la disposición de la madre, la proyección hacia él, su disposición con él, todo preparado en su beneficio, así como la mamá precisa también del bebé, sus sonidos, su olor, su mirada; para ella, a su vez, reorganizarse física y emocionalmente, (p. 135).

Los adelantos tecnológicos con el diagnóstico prenatal aumentan el interés de la comunidad científica al vínculo materno-fetal. El acceder a técnicas de ultrasonido que permiten ver aún mejor al feto en etapas tempranas y su desarrollo en tiempo real (Ahusen, 2008, p. 3).

De acuerdo a Armaza (2008), en el inicio de la relación madre-hijo, suceden muchas circunstancias interesantes, siendo número uno que la mamá mira a su hijo ojo a ojo, respondiendo el hijo centralizando la mirada a su progenitora; después sigue tocarlo firmemente y continúa, partiendo habitualmente por las manos, luego los pies y últimamente el resto del cuerpo; teniendo como resultado que la madre se expresa hacia él dócilmente con voz de tonalidad alta. (p. 31).

En el bebé se observan unos meneos tenues de cara y manos; reafirmando a la nueva mamá que el infante está en comunicación directa con ella y atento. Cuando el niño llora, el llanto erecta los pezones maternos y estimula a las hormonas prolactina y oxitocina. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y los movimientos del niño. La madre lleva al RN al pezón y éste lo frota hasta que emerge la primera gota de calostro, plena de linfocitos

T, linfocitos B y macrófagos, que entregan al niño la clave de los anticuerpos a formar, para defenderse de la flora bacteriana de la piel materna. Estos primeros momentos e interacciones son primordiales en el inicio del apego. (Armaza, 2008, p 32).

Cuando el período sensitivo se desarrolla se causa el inicio en el camino de apego, con el cual se reforzará día a día, con la finalidad de un magno lazo afectivo siendo significativo a la humanidad: la relación madre hijo, proporción insuperable que vincula al recién nacido con su mamá toda la vida; es por esta fuerte relación que la madre provee el alimento y cuidado de su hijo con tal constancia y dedicación. (Armaza 2008, p 32).

La mamá que posee disfunción en apego, se expresa como una persona femenina tensa y mortificada, la cual se considera inútil a dar lactancia materna a su hijo y criar a su bebé ya que fundamentalmente no se puede identificar con él, queriendo decir que no tiene la maleabilidad para comunicarse con él y no razona sus claves para comunicarse; no entiende la diferencia entre un lloro de hambre, de enfermedad, de sueño, de estar sucio e incómodo, o de otra ambiente; esto hace que ella adopte conductas, por periodos, muy neuróticas, de sobrealimentación forzada, de excesivo número de mudas e inclusive consultar médico sin ser necesario; esta situación de angustia e incompetencia, la va deprimiendo progresivamente hasta el grado de perder la motivación por su hijo, terminar la lactancia natural y llegar al extremo de perder el amor por él (Armaza 2008, p 34).

El recién nacido o lactante menor con disfunción en apego, también está muy

tenso (ver tabla 1). Ater su ritmo de sueño y alimentación, padece de aerofagia y cólicos consecuentes, y desarrolla conductas reactivas a dicha agresión, con rechazo al exceso de alimentación y llantos excesivos e incontrolables (ver tabla 2) (Armaza 2008, p. 35).

Tabla 1. Conductas del recién nacido con apego normal vs. Apego patológico

Recién nacido sano con apego normal	Recién nacido sano con apego patológico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está siempre contento mirada atenta, especialmente con su madre. ▪ Se calma en brazos de su madre. ▪ Buena succión y deglución. ▪ Manifiesta su hambre y plenitud. ▪ Adquiere un patrón de alimentación regular, sin cólicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está irritable y/o dormilón. ▪ Mirada esquiva. ▪ No se calma en brazos de su madre (esta, lo hace constantemente). ▪ Succión pobre o descoordinado. ▪ Aerofagia y vómitos frecuentes. ▪ Llanto muy frecuente. ▪ Adquiere un patrón irregular de alimentación.

Fuente: Apego Precoz (Armaza, 2008, p. 36).

Condon (1988) plantea que el vínculo post parto temprano conlleva un conjunto de procesos del cual se le pueden dar atención especializada de calidad y según el estado de la madre hacia al su hijo; la teoría de Condon de la primera impresión sostiene aspectos cognitivos como afectivos del habla, gestos y percepción sensorial, de los cuales se podrían mencionar el examen físico minucioso del su hijo, observando su comportamiento, apariencia; estos instantes están basados en representaciones, que pueden incluir un amor profundo y ternura hasta el shock o ambivalencia (p. 359).

Tabla 2. Conductas de la madre sana con apego normal vs. Con apego patológico

Madre sana con apego normal	Madre sana con apego patológico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenta con su recién nacido. ▪ Tranquila frente al desconfort de su hijo. ▪ Alerta con sus demandas, que reconoce claramente. ▪ Muy positiva con su hijo. ▪ Reconoce y respeta su temperamento. ▪ Le ayuda a organizarse. ▪ Se adapta a su patrón y ritmo de alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiosa y deprimida frente al desconfort de su hijo. ▪ No entiende ni atiende bien demandas de su hijo. ▪ Muy estresada y sobreprotectora con su hijo. ▪ Desconoce su temperamento y ve atributos negativos en él. ▪ No detecta las claves de hambre o plenitud y

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tiende a sobrealimentarse. ▪ Hipotesitula o sobreestimula. ▪ No logra un ritmo y patrón alimentario normal.
--	---

Fuente: Apego precoz (Armaza, 2008, p. 36).

Para Sotello citado por Aguilar y Andía (2009). El sistema de salud está evolucionando a la sensibilización del personal de salud hacia la prevención y promoción de la mujer embarazada y los niños debido a estos es de vital importancia estandarizar instrumentos para poder establecer estrategias para instruir a la madre oportunamente en el crecimiento y desarrollo de su hijo.

La creación de escalas que pueden medir la calidad de los vínculos de apego presentados en los primeros días de vida ha sido objetivo principal para la investigación, en cual se estableció la Escala Misié-Campbell de observación de indicadores de Apego Madre-Bebé en situaciones de Stress (ADS), se modificaron ítems para poder aplicarla en el estudio, debido a que posee las variables adecuadas en el estudio del apego en personas de bajo nivel económico.

En la investigación de Lecannelier (citado por Aguilar y Andía 2009) se pueden aplicar variables del apego en los diferentes eventos estresantes para el niño y la madre, del cual reacciona a sus movimientos y señales:

Tabla 3. Tipos de Apego

Apego seguro	Apego inseguro evitante	Ambivalente	Apego Desorganizado
Acciones donde la madre utiliza un tono de voz adecuado, calmado y alegre y debido a esto tiene un contacto físico, visual y vocalizaciones frecuentes. A igual que la madre puede proteger de forma adecuada a su hijo del estrés provocado por su separación, el cual se puede observar tranquilo al contacto con la madre.	se presenta cuando madre suele utilizar un tono de voz inapropiado, comportándose de con indiferencia y apática evitando el contacto con el niño, produciendo en el niño comportarse de una forma inadecuada con la madre evitando el contacto afectivo, no mirarla ni vocalizar con ella	Este tipo de apego identifica una madre que tiene un tono de voz afectivo inadecuado del cual expresa características de sobreestimulación. Se establecen comportamientos de la madre que estresan al niño, comportándose renuente al contacto y agresivos, o manifestando un aferramiento hacia la madre	Se establece este tipo de apego cuando se observa un comportamiento de la madre desinteresado a las exigencias de su hijo además de desinterés e irritante al cumplir sus de mandas de cariño, alimentación o higiene. Este tipo de comportamiento podría llegar a la negligencia, al maltrato físico o psicológico

Fuente: Escala Misié-Campbell (Aguilar y Andía 2009, p. 9).

Por medio de la aplicación de la escala Missie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-hijo en situaciones de stress (ADS) permite determinar el tipo de apego por medio de una puntuación preestablecida mediante la técnica de observación de la respuesta que otorga la madre ante un proceso de estrés de su hijo en el que se encuentra (Aguilar y Andía 2009, p. 11).

b. Sepsis Neonatal

El cuadro clínico de todo aquel niño que sea diagnosticado con sepsis neonatal posee características como una infección generalizada en el organismo, que se debe identificar por pruebas de laboratorio como hemocultivos y/o muestra de líquido cefalorraquídeo del cual mostrarán el microorganismo del que se origina la infección que podría ser bacterias, hongos o por virus en los primeros 28 días (Coronell, 2009, p. 3).

En el estudio realizado por Alonso (como se citó en Villanueva y otros, 2012) manifiesta que:

Sepsis se incluye dentro del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), en presencia o como resultado de infección sospechada o confirmada. El espectro clínico de la sepsis comienza cuando una infección sistémica entre ellas bacteriemia, viremia o fungemia o localizada como, meningitis, neumonía, pielonefritis, entre otras; producen una afectación sistémica y pueden progresar a una sepsis grave, choque séptico y muerte. (p. 9).

Para Arias (2009) la sepsis neonatal temprana en prematuros se considera que ocurre al momento de que el niño pasa por el canal vaginal en el momento del parto, y tener un contacto directo con las estructuras con los microorganismos contaminantes, que por esta acción la evolución de la enfermedad es fulminante, multisistémica y podrían llevar al recién nacido a la muerte y dentro de sus complicaciones principales se encuentra la neumonía. Los microorganismos de la sepsis neonatal temprana en aquellos niños que no nacen en la edad gestacional mayor a las 38 semanas se relacionan con la flora normal del sistema genitourinario de la madre que pueden ser Gram negativos del tipo enterobacteria y algunos Gram positivos como el Streptococcus (p. 7).

c. Ruptura Pre mat ura de me mbranas

Koch y otros (2008) definen como Ruptura Pre mat ura de M e mbranas Ovulares, cuando estas se rompen posteriores a las 21 semanas de embarazo y hasta una hora después que comience el trabajo de parto, cuando la ruptura pre mat ura de me mbranas ocurre antes de la semana 37 se define como ruptura pre mat ura de me mbranas pre tér mino; la causa específica es desconocida, entre los factores de riesgo asociados se encuentran las infecciones cervico- vaginales, el bajo nivel socioeconómico, bajo peso mat erno, parto pre mat uto previ o, metrorragia del segundo y tercer trimestre, polihidramnios, embarazo gemelar, malformaciones y tumores uterinos entre otras, entre las complicaciones de la madre y su hijo se pueden mencionar la endometritis, amniotitis, mayor probabilidad de realizar cesaría, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, pulmonar e hipoplasia (pp 13 - 14).

Se entiende por rotura pre mat ura de me mbranas (RPM) la rotura de las me mbranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (Cobo y otros, 2016, p. 1).

Para Gracia y otros (2011) la ruptura pre mat ura de me mbranas es la ruptura espontánea que ocurre antes del inicio de trabajo de parto, si ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura pre mat ura pre-ter mino; la causa se debe a varios aspectos dentro los cuales se encuentra en que trimestre del embarazo se encuentra, entre las principales complicaciones y de mayor interés se encuentra la infección intrauterina que aumenta con la prolongación de la ruptura de me mbranas; dentro de los principales riesgos para el recién nacido incluyen prolapsos del cordón umbilical e infección ascendente, además la duración de la ruptura de me mbranas es vinculada con el aumento de morbilidad materna en 9 – 12 horas para cori oamniotitis, 16 horas para endometritis y 8 horas hemorragia postparto; en las últimas semanas de embarazo, se recomienda su inducción sobre la madurez fetal y el riesgo de infección por el retraso, en el que aumenta la probabilidad de parálisis cerebral por tanto el manejo es de inmediato para estas pacientes (pp 2- 4).

De los mayores riesgos que puede causar la ruptura pre mat ura de me mbranas son todos aquellos niños prematuros, enterocolitis necrotizante, hemorragia interventricular, sepsis y muerte neonatal; debido a esto se deben tomar la decisión de terminar el embarazo para prevenir estas complicaciones pero dependen de 3 factores esenciales que son: la edad gestacional, condición fetal y la capacidad de atención que tiene el sistema de salud donde se realice el procedimiento (Gracia y otros, 2011, p 6).

En la Guía Clínica de Ginecología y Obstetricia (MINSAL, 2012) además se menciona que:

El término Ruptura Prematura de Membranas se refiere a la ruptura espontánea de las membranas ovulares antes del inicio de la labor de partos, independientemente de la edad gestacional. Ruptura Prematura de Membrana prolongada: se define a que se prolonga veinticuatro horas o más antes del parto; las rupturas prematuras de membranas se clasifican en: Ruptura prematura de membranas e inicio de trabajo de parto dentro de 24 horas, Ruptura prematura de membranas e inicio de trabajo de parto después de 24 horas; Ruptura prematura de membranas y de trabajo de parto retrasados por la terapéutica.

Generalmente las pacientes consultan por pérdida de líquido por la vagina; el manejo inmediato a estas pacientes es el ingreso a labor de partos, monitoreo de signos vitales cada 2 horas, reposo absoluto, hidratación, toma de exámenes de laboratorio y gabinete, antibioterapia al cumplir 12 horas de RPM usar uno de los siguientes antibióticos y cumplir esquema de 7 días: Ampicilina: 2 gramos IV #1 luego 1 gramo iv cada 4 horas hasta el parto, Clarithromicina 500 mg cada 12 horas; Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas hasta el parto en personas alérgicas a la penicilina. Y la finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos. (pp. 72 y 73).

d. Infección de vías urinarias materna

Dalet y Del Río (1997) definió la infección de vías urinaria como la invasión de un de varios microorganismos del aparato genitourinario que sobrepasa la capacidad los niveles normales de la flora normal, produciendo alteraciones fisiológicas, llegando a producir infecciones ascendentes como uretritis, cistitis y pielonefritis (p. 176).

El Sistema Nacional de Salud Española (2005) señala que las infecciones del sistema genitourinario son las afecciones médicas que más frecuentemente que suelen aumentarse durante el embarazo y que llegar a complicar a la madre durante su gestación. Las infecciones del tracto urinario pueden llegar afectar el 5 al 10% de todos los embarazos (p. 9).

De acuerdo a la Guía Clínica de Atención de las principales morbilidades obstétricas en el Segundo Nivel de Atención (MINSAL, 2012), se considera como infección de vías urinarias materna a la invasión microbiana del aparato urinario que puede acompañarse de disuria, poliuria, seguida de dolor lumbar, piuria, fiebre, escalofríos [durante la gestación], respaldado por la presencia de más de 100,000 UFC (p. 170).

Etiología

Para Echeverría, y otros (2006). Los principales agentes pueden ser:

En más del 95 % de los casos, un único microorganismo es el responsable de la Infección del Tracto Urinario (ITU). La bacteria más frecuente de la infección de vías urinarias en ambos sexos es la *Escherichia coli*, que abarca del 75 % a 80 % de casos; es 20 % a 25 % restante incluye bacterias como

Staphylococcus saprophyticus, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*,

Klebsiella sp., *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*. Durante el embarazo los agentes causante de ITU son los mismos en frecuencia que los hallados en las mujeres no embarazada; sin embargo, es posible detectar en

menor medida *Enterococcus* sp. *Gardnerella vaginalis* y

Ureaplasma urealyticum En el caso de las infecciones de vías urinarias

complicada y nosocomial, encontramos la *E. coli* sigue siendo el principal

agente causante, pero la presencia de *Klebsiella* sp, *Enterobacter* y *Pseudomonas aeruginosa* y de bacterias grampositivo como *Staphylococcus epidermidis* metilcilorresistente y *Enterococcus* sp., está aumentada. (p 27).

Diagnóstico

Echeverría, y otros (2006) menciona que para realizar un diagnóstico certero de una infección de vías urinarias los métodos más comunes y sencillos son: examen general de orina, tinción de Gram y urocultivo. A toda mujer embarazada como rutina en el momento de la primera visita prenatal, debe de realizarse un examen general de orina y urocultivo para detectar una posible bacteriuria, las complicaciones que se dan en la madre y en el feto, originadas por las infecciones de tracto urinario durante el embarazo pueden ser peligrosas, por lo cual es importante realizar un diagnóstico temprano y verdadero, así como un tratamiento inmedato (p 211).

Pueden presentarse complicaciones perinatales como: bajo peso al nacer, prematuridad (parto antes de las 37 semanas), bajo peso en nacimientos pretérminos,

En cuanto a las complicaciones maternas, se presenta labor prematura, hipertensión, anemia, amniotitis y edema pulmonar e insuficiencia respiratoria (mediado por la endotoxina). De acuerdo a la Guía Clínica de Ginecología y Obstetricia (MINSAL, 2012) el tratamiento de la madre para la infección de vías urinarias al momento del ingreso tiene duración de 7 a 10 días, con los siguientes fármacos: Ceftriaxona 1-2 gr I. V c/ 12 horas, Ampicilina 1 gr I. V cada 6 horas + Gentamicina 160 ng IM c/ día o Cefazolina 1-2 gr I. V cada 8 horas + Gentamicina 160 ng IM c/ día (Echeverría, y otros, 2006, p 211).

En cuanto al recién nacido, la Guía Clínica para la Atención Hospitalaria del Neonato (MINSAL, 2012) expone que:

Se realiza una valoración del neonato que no presenta ningún síntoma, a los que tengan factores de riesgo para sepsis (ver figura 1 en anexos); los casos de infección en neonatos que no presentan ningún tipo de síntoma son bajos los recién nacidos sin hallazgos clínicos anormales, deben ser evaluados en base a los factores de riesgo: entre los exámenes de laboratorio que se le debe realizar a los recién nacidos de término que manifiesten algún factor de riesgo para sepsis

son: hemograma, recuento de neutrófilos en banda, plaquetas, velocidad de eritrosedimentación, proteína Reactiva y hemocultivo (p 159).

La Guía Clínica para la Atención Hospitalaria del Neonato (MINSAL, 2012) indica que:

A los recién nacido antes de las 37 semanas y con bajo peso menor de 2.5 kilogramos, con factores de riesgo para sepsis, los exámenes a realizar son hemograma con recuento de neutrófilos en banda, plaquetas, velocidad de eritrosedimentación, proteína Reactiva, hemocultivo, e indicar tratamiento empírico de antibiótico de inmediato con ampicilina más un aminoglucósido; al recién nacido que no presente síntomas y que la madre haya recibido antibiótico intraparto, se le debe indicar antibióticoterapia empírica, antes de tomar pruebas directas e indirectas de sepsis, al tercer día se evaluará la continuación o suspensión de la misma, según los resultados de exámenes y hemocultivo. (p 160).

Factores de riesgo Maternos para ingreso del recién nacido:

- Que la madre presente infección de vías urinarias dos semanas antes del parto
- Que la madre tenga Bacteriuria asintomática dos semanas antes del parto
- Que la mujer presente una infección vaginal, relaciones sexuales dos semanas antes del parto
- Ruptura Prematura de Membranas.
- Labor de parto prolongado.

Tabla 4 Fármacos maternos y neonatales

Fármacos	Mecanismo de acción	Indicación terapéutica	Efectos adversos
Ampicilina	Bactericida de amplio espectro. Su efecto se atribuye a que se une e inactiva a las transpeptidasa, acción que evita el endurecimiento de las cadenas, que les dan fuerza y rigidez a las paredes bacterianas.	Infecciones graves por microorganismos susceptibles.	Náuseas, vómitos, diarrea, candidiasis bucal, prurito, urticaria, edema, anafilaxia, enfermedad sérica, nefritis intersticial.
Amikacina	Amnogluucósido sintético, aunque de más amplio espectro, que se caracteriza por su resistencia a las enzimas inactivadoras de amnogluucósidos	Infecciones sistémicas graves producidas por bacilos aerobios gramnegativos susceptibles. particularmente útil contra infecciones nosocomiales graves	Ototoxicidad, manifestada por zumbidos de oídos, deterioro auditivo, cefalea y vértigo, ataxia. Toxicidad renal, manifestada por aumento o disminución del volumen urinario, anorexia, sed, dificultad para respirar, somnolencia y debilidad muscular.
Ceftriaxona	Acción bactericida, con microorganismos gramnegativos y grampositivos, con una vida media prolongada	Tratamiento de infecciones graves producidas por microorganismos susceptibles en especial meningococales, respiratorias, intraabdominales, renales y urinarias, óseas y articulares.	Náuseas, vómitos, diarrea moderada, dolor abdominal, anorexia, candidiasis oral, dolor en el sitio de la inyección intramuscular, reacciones alérgicas leves (prurito, erupción cutánea) dolor abdominal grave, fiebre, diarrea acuosa y sanginolenta, sangrado por hipoprotrombinemia

Nota: En la tabla 4, se muestra un resumen farmacológico de los antibióticos utilizados en el tratamiento de la IVU materna y profilaxis en el recién nacido.

Fuente: Videbecu macadémi co de medicina nt os (2009, pp. 49, 63, 159, 353).

Tabla 5. Intervenciones de Enfermería para fortalecer el vínculo madre-hijo deteriorado por la hospitalización del recién nacido

Identificar a las mujeres sexualmente que planean embarazarse y referir a una consulta preconcepcional,	Explicar a la futura madre y a la familia los signos de alarma
Evaluar si es el periodo adecuado para la concepción (enfermedades crónicas, índice de masa corporal, examen físico, toma de PAP, esquema de vacunación completa, evaluación odontológica, examen físico completo, educación y promoción del MHA de más otras infecciones de transmisión sexual)	Prevención de la violencia intrafamiliar y sexual
Prescripción de micronutrientes tres meses antes	Educar acerca de la importancia de la lactancia materna y su exclusividad durante los primeros 6 meses
Asistir a los controles prenatales prescritos por el personal de salud	Involucrar a las futuras madres a realizar las pasantillas en el hospital antes del parto,
Involucrar a la familia a la asistencia de los controles prenatales	Identificar los factores de riesgo y complicaciones durante el control prenatal para realizar las referencias al establecimiento de salud oportuno

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, (MNSAL, 2011, pp 14 - 18)

Soto (2014) recomienda que el apoyo y colaboración de los padres en el cuidado del bebé es un factor de gran importancia y que la enfermera debe tener en cuenta cuando el recién nacido permanece hospitalizado; para ello la enfermera debe realizar intervenciones entre las cuales están: valorar la capacidad y continuidad en el cuidado de la madre-niño, vigilar que madre amante al bebé, permitir el contacto piel con piel, lo antes posible; explicarle a la madre que el recién nacido es una persona con capacidad de ver, escuchar desde las primeras horas de vida, será capaz de reconocerla a través de su visión, audición y olfato y, explicarle que es el vínculo afectivo madre-hijo (p. 5).

Bulechek y otros (2016) enlistan las siguientes acciones para fomentar el apego:

- a) Motivar a la mamá acerca de la lactancia materna, si es apropiado,
- b) Brindar educación y ayudas adecuadas para la lactancia materna, si es adecuado,
- c) Orientar a la mamá acerca de las necesidades del niño como alimentarse, llorar, dormir, reflejo de succión, chuparse los dedos etc,
- d) Explicarle a la mamá la importancia de la lactancia y alimentación en el proceso de crecimiento y desarrollo, así también explicarle que le proporciona una cercanía física y emocional con el niño,
- e) Ayudar a la madre a identificar la necesidad del niño cuando llora ya sea por: hambre, dolor, fatiga y excitación,
- f) Orientar a la madre a que tenga una respuesta rápida cuando el niño llora,
- g) Mostrar a la madre técnicas para calmar al lactante,
- h) Promover a los padres que deben mantener una cercanía física con su hijo como el contacto piel con piel, sostenerlo en los brazos, lactancia materna, hablarle durante el tiempo que puedan,
- i) Instruir a la madre sobre las diversas maneras de proporcionar contacto piel con piel: método de canguro, masaje y baños conjuntos,

- j) Orientar a la madre sobre los cuidados del lactante: cambio de pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes,
- k) Hablarle a la madre sobre el desarrollo del apego, haciendo énfasis en que consiste, como se va fortaleciendo y los beneficios que tiene para ella y el bebé,
- l) Brindarle confianza a la madre para que ella nos pueda comentar los temas que les preocupan: miedos, preguntas relativas a los cuidados del lactante, sentimientos de cansancio, tratamiento del dolor, y formas de interactuar con el lactante y responderle,
- m) Identificar los posibles factores que puedan ocasionar que el apego no se pueda llevar a cabo, por ejemplo: trastornos psiquiátricos en los progenitores, dificultades económicas, separación de la madre y el niño por motivos médicos o una intervención quirúrgica, dificultades con la lactancia materna, proporcionar cuidados de acogida y adopción. (pp. 225 - 226).

IV. Objetivos de investigación

a. Objetivo General

Analizar los efectos en el vínculo madre-hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico de sepsis, a consecuencia de una infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en último trimestre del embarazo, en madres de niños ingresados en el área de Neonatología, del Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente, en el período comprendido entre enero y febrero de 2017.

b. Objetivos Específicos:

- Observar la conducta de la madre durante el acercamiento con su hijo
- Registrar la conducta del recién nacido durante el acercamiento con la madre.
- Clasificar el tipo de vínculo madre-hijo, tomando de referencias las observaciones registradas de las conductas madre y el niño, durante la visita, utilizando la escala Masie- Campbell.
- Identificar las intervenciones de enfermería que se realizan para fortalecer el vínculo madre-hijo deteriorado por la hospitalización del recién nacido.

V. Sistema de Hipótesis

H hipótesis de trabajo

El deterioro en el vínculo madre-hijo, en las madres de los niños menores de 10 días por sepsis hospitalizados con antecedentes de infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en el último trimestre del embarazo, es independiente a la experiencia materna previa.

H hipótesis nula

El deterioro en el vínculo madre-hijo, es más notable en las madres de los niños menores de 10 días por sepsis hospitalizados con antecedentes de infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en el último trimestre del embarazo, que no tienen experiencia materna previa.

VI. Sistema de Variables

a. Definición operacional de las variables

- Niño menor de 10 días por sepsis hospitalizado por infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas materna en el último trimestre del embarazo.

En esta categoría, entra todo niño con sepsis que aún no haya alcanzado la edad de 10 días de nacido, y que esté hospitalizado para tratamiento y seguimiento, con el antecedente materno de infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membrana en el último trimestre del embarazo.

- Experiencia materna previa de la progenitora

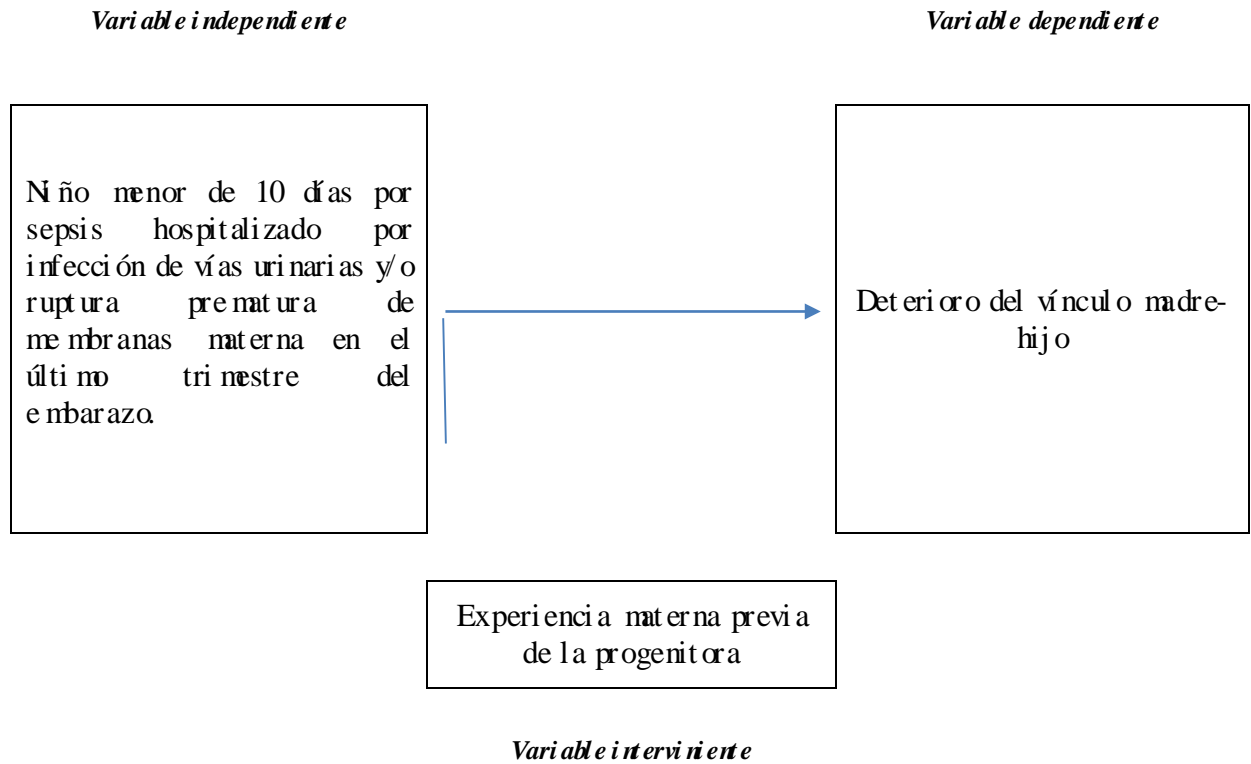
Se entenderá cuando la madre ya ha tenido uno o más de un hijo previo al nacimiento actual y, que ha ganado las habilidades suficientes para el cuidado del recién nacido, su alimentación, la protección y otros aspectos importantes para el desarrollo y crecimiento. Además de saber cómo actuar ante ciertas enfermedades que requieran separación de ambos.

- Deterioro del vínculo madre-hijo

El deterioro del vínculo madre-hijo será catalogado como tal, cuando se observe una conducta o comportamiento de no aceptación o rechazo por parte de la madre o la incapacidad de esta, para propiciar afectos armonizados y sincronizados que se expresan a través de la mímica, el diálogo tónico y vocalizaciones; y en cuanto al bebé, cuando se observa una mala técnica de lactancia materna, toca la mano con el mentón, tiene la boca bien abierta, tiene el labio inferior evertido, se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma y/o irritabilidad no asociada a enfermedad, a pesar de que se encuentre en los brazos de la madre. El vínculo madre-hijo será adecuado cuando ambas partes, tengan un comportamiento normal al estar juntos.

2L963Z1

b. Esquema de relación de variables



c. Matriz de congruencia

Vari able	Di mensi ón	Indi cador	Íte m	Escal a de me di ci ón
Experi enci a mat er na previ a	Pari dad	Nú mero de hi jos vi vos previ os al últi mo e mbarazo.	¿ Cuánt os hi jos vi vos tienen, previ o al últi mo e mbarazo?	No mi nal
Ni ño me nor de 10 dí as hospi t ali za do con dí agnó sti co de seps is, a consec uen ci a de i nfecci ón de ví as uri na ri as ma te r na y/o ru pt ura pre ma tu ra de me mbr anas en el últi mo tri me stre del e mbarazo	Hospi ta li za ci ón del ni ño pa ra tra ta mi en to y se gui mi en to.	Por cen ta je de ni ños me no res a 10 dí as de na ci do, hospi ta li za dos pa ra tra ta mi en to y se gui mi en to por seps is, an te ce den te de i nfecci ón de ví as uri na ri as ma te r na y/o ru pt ura pre ma tu ra de me mbr anas en el últi mo tri me stre del e mbarazo.	¿ El ni ño me nor de 10 dí as de na ci do, ha si do i ngre sa do sol o por seps is, el an te ce den te ma te r no de i nfecci ón de ví as uri na ri as, ru pt ura pre ma tu ra de me mbr anas en el últi mo tri me stre del e mbarazo?	No mi nal
De te ri o ro del ví ncu lo ma dre- hi jo	Mi rada	Nú mero de ma dres que fi jan la mi rada al reci én na ci do du ran te la vi si ta.	¿ Fi ja la mi rada a la ca ra del ni ño por pe ri o dos lar gos?	No mi nal
	Voca li za ci ón	Nú mero de ma dres que le ha bla al reci én na ci do du ran te la vi si ta.	¿ Voca li za ci o nes su a ves to do el tie mpo?	
	To can do	Nú mero de ma dres que to can al reci én na ci do du ran te la vi si ta.	¿ Si el ni ño es tá ce rca, si em pre lo to ca o lo a ca ri ci a?	
	A ce rca mi en to	Nú mero de las ma dres que se a ce rcan al reci én na ci do du ran te	¿ Incli na el cuer po ha ci a el ni ño, lue go lo sos ti ene y	

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala de medición
		la visita	al mñhada?	
	Áni mo	Nú mero de madres que muestran buen estado de áni mo durante la visita	¿Siempre le sonríe?	
	Lactancia	Nú mero de madres que dan de lactar natural mente al ni ño.	¿Siempre da de lactar al ni ño? ¿Realiza buena técnica de lactancia materna?	
	Sosteniendo	Nú mero de ni ños que al lloran se tranquilizan con el arrullo de la madre.	¿Cuándo el ni ño llora incontrolable, se tranquiliza cuando la madre lo arrulla?	No mi nal
	Tocando	Nú mero de recién nacidos que tocan a la madre.	¿Sí está cerca toca a la madre?	
	Acerca miento	Nú mero de ni ños que se acercan a la madre.	¿Activamente arquea el cuerpo al de la madre, se aferra a ella, nunca la evita?	
	Afecto	Nú mero de ni ños muestran empatía con la madre.	¿El ni ño Siempre está sonriente cuando está con la madre?	
	Fortalecimiento del vínculo madre-hijo durante la visita de la progenitora al ni ño hospitalizado por la Enfermera	Acciones que realiza la Enfermera para el fortalecimiento del vínculo madre-hijo durante la visita de la progenitora al ni ño hospitalizado	La enfermera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Motiva constantemente la lactancia materna? ▪ ¿Educa lo suficiente sobre la forma correcta 	

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala de medición
			<p>de la lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se acerca a la madre cuando el niño o está llora? ▪ ¿Le ayuda a la madre a identificar la causa del llanto del niño? ▪ ¿Le explica a la madre qué hacer cuando el niño está irritable? ▪ ¿Se acerca cuando la madre no estimula sensorialmente a su bebé y le explica cómo hacerlo? ▪ ¿Supervisa y apoya para que la madre sea independiente en el cuidado del bebé? ▪ ¿Permite que la madre exprese sus emociones y sentimientos, y ayuda a resolverlos? 	

VII. Diseño Metodológico

a. Tipo de Estudio

La investigación es básica ya que tiene como objetivo ampliar las fronteras del conocimiento sobre los efectos en el vínculo madre e hijo, por la hospitalización del niño menor de diez días de nacido con diagnóstico de sepsis, a consecuencia de una infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en último trimestre del embarazo, del Hospital Nacional Santa Gertrudis del departamento de San Vicente.

Además, según el periodo y secuencia del estudio será transversal porque se estudiarán las variables simultáneamente en un determinado momento; así mismo analítico observacional, ya que el propósito es medir el grado de relación que existe entre dos o más variables o conceptos, dentro de las cuales encontramos la variable independiente: niño menor de 10 días de nacido hospitalizado por sepsis, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias materna en el último trimestre del embarazo; la variable dependientes denominada deterioro del vínculo madre-hijo y la variable interviniente llamada experiencia materna previa de la progenitora.

Es un estudio de tipo mixto que se emplearon técnicas cuantitativas y cualitativas para la construcción de la realidad del problema en estudio; se recurrirá a la observación no participante de las conductas de la madre, el niño y la enfermera, y una entrevista para escudriñar los sentimientos y emociones de las madres. A la vez, es prospectivo, debido a que el estudio se fundamenta en la identificación de los supuestos efectos por la ruptura del vínculo madre-hijo; y transversal, al circunscribir las variables, en el período comprendido entre enero y febrero de 2017.

b. Área geográfica del estudio

El Hospital Nacional Santa Gertrudis, está ubicado en 2a. Av. Sur y 4ª calle Oriente No. 1000, Barrio San Francisco San Vicente, En el 2010 se inaugura el nuevo hospital que consta de 3 edificios el A, B y C aperturando el área de Neonatología en el edificio B cuenta con 14 cunas censables, 6 incubadoras, dicho servicio tiene un área vestidores para personal, área séptica, área de pacientes aislados, de procedimientos y preparación de medicamentos, de lactancia materna y área de preparación de fórmulas y comedor para personal.

c. Población y muestra

En el Servicio de Neonatología ingresan niños recién nacidos que previo o durante el evento obstétrico, se presentó un trastorno materno o perinatal, y que requiere observación y/o tratamiento profiláctico a consecuencia de éstos, y otras complicaciones. La capacidad instalada del servicio de Neonatología es de 14 cunas censables, con un ingreso hasta de 25 neonatos.

En vista que no se dispone de una población definida y constante de niños ingresados con antecedente materno de infección de vías urinarias; se hará un seguimiento de caso tipo cohorte, y se seleccionarán con el método de muestreo no probabilístico, 20 niños menores de 10 días de nacido y sus respectivas madres, primíparas y multíparas.

d. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Madres puérpera de 18 a 40 años.
- Madres puérpera con infección de vías urinarias diagnosticada en el último trimestre del embarazo, sin otra comorbilidad.
- Madres primigestas y multíparas.
- Niños menores a 10 días con sepsis hospitalizados por infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas materna en el último trimestre del embarazo.
- Niños con estancia hospitalaria mayor a tres días, por tratamiento con antibiótico y/o seguimiento.
- Aceptación del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Madres que se encuentren ingresadas por algún trastorno perinatal u otra morbilidad.
- Recién nacidos que han sido abandonados por la madre.
- Recién Nacidos afectados por otras patologías como: Hipoglucemia, Ictericia Neonatal, Prematuros, Síndrome de Distrés respiratorio, Taquipnea transitoria del RN, afectados por coriomañonitis.
- Personas que no aceptan formar parte del estudio.

e. Procedimientos

Se administró una hoja de consentimiento informado a las madres de los neonatos, que contenga información suficiente, en calidad y cantidad, que sea comprensible; quienes firmaron, de forma voluntaria, su participación en el estudio. Se garantizó el cumplimiento de los principios de respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Dentro de las técnicas de recolección de datos, estuvieron la revisión del expediente clínico, entrevista y la observación no participante. La entrevista se llevó a cabo en el área de lactancia

materna del servicio de neonatos con un total de 20 madres, se aplicó un gui3n de 10 preguntas orientadoras sobre la percepci3n y sentimientos de la madre frente a la hospitalizaci3n del ni3o.

Se di3o un seguimiento a la madre que participo en la entrevista y su reci3n nacido, para la administraci3n de una gui3a de observaci3n de 12 ítems durante la visita; y así poder registrar el v3nculo de la madre y del reci3n nacido en el área de neonatos; se administr3 una vez, independientemente del número de visitas que realice la madre, siendo la observaci3n al azar. Los responsables de las observaciones ser3n Br. Jocelyn Guadalupe Madrid, Br. Ana Esteffany Barrientos y Br. Rogberto Elneda Hancoco. Para la observaci3n se conformaron dos grupos, de 13 madres y 13 ni3os cada uno, con la diferencia que el grupo A estar3 conformado por madres primígestas y el grupo B por madres múltiparas, de esta forma, se podr3n operar la hipótesis.

Los hallazgos obtenidos con la entrevista se procesaron manualmente mediante una tabla de categorizaci3n, rescatando el significado del problema de estudio para interpretar la realidad. Y la gui3a de observaci3n se proces3 mediante la estadística descriptiva empleando únicamente gr3ficas para exponer los resultados; cada gr3fica tendr3 su análisis e interpretaci3n.

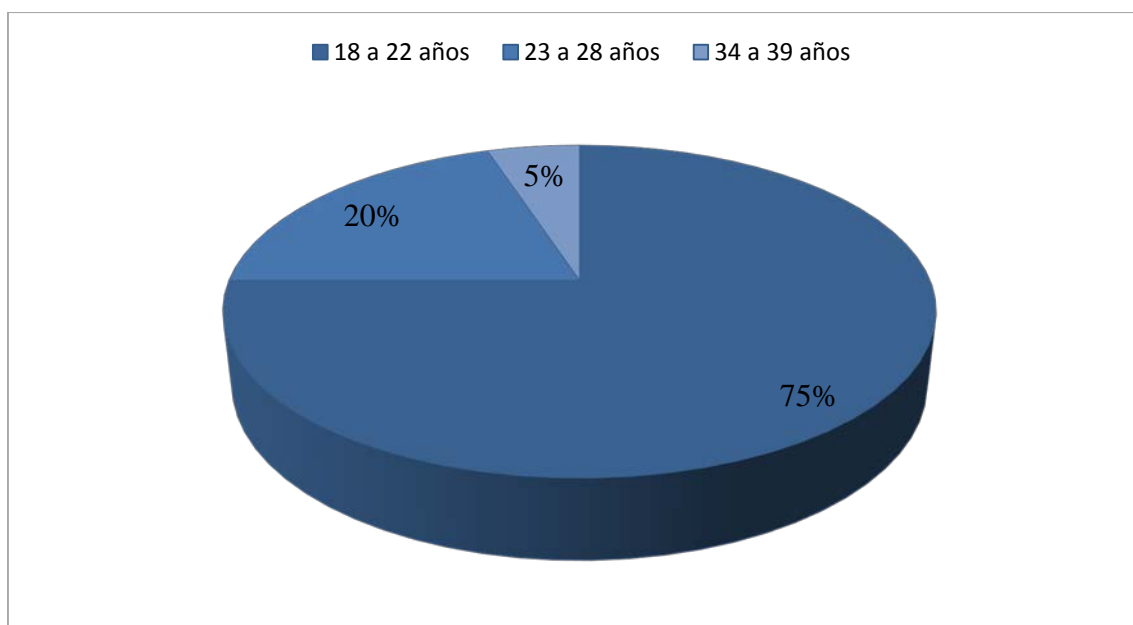
Consideraciones Éticas

La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acci3n humana. El concepto proviene del término griego *ethikos*, que significa “carácter”. Una sentencia ética es una declaraci3n moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc. en lo referente a una acci3n o a una decisi3n.

Según Manzano (2004), explica en su revista la ética de la investigaci3n, los principios fundamentales y universales de la ética de la investigaci3n con seres humanos son: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Los investigadores, las instituciones y, de hecho, la sociedad, est3n obligados a garantizar que estos principios se cumplan cada vez que se realiza una investigaci3n con seres humanos. Esta investigaci3n, ser3 respaldada con el consentimiento informado de la madre y, en aquellos casos que la madre lo considere, también por el padre del ni3o.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

Gráfico n° 1: Edad de madres entrevistadas.



Fuente: elaboración propia tomada de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En el gráfico n° 1 se muestra el porcentaje de edad de las madres de niños menor de diez días de nacido, las cuales forman parte de la investigación, siendo: el 75% oscila entre el rango de 18 a 22 años, un 20% entre 23 a 28 años y un 5% de 34 a 39 años.

Las madres jóvenes no han completado su desarrollo emocional, a esta edad buscan afirmar su independencia, frecuentemente pueden sentirse confundidas sobre abandonar la seguridad y protección del hogar, se caracteriza por una confusión de estados emocionales, ya que es característico de la juventud. En el proceso es importante destacar que cuando se produce la concepción comienza a tener la relación simbiótica entre madre e hijo, dicha relación es un proceso que se gestó desde que la madre tiene su hijo dentro y se extiende a nueve meses de vida, e implica una relación de dependencia, así mismo el hijo necesita de la presencia de la madre, su atención, todo dispuesto en su interés y ella como madre a su vez reorganizarse física y emocionalmente.

Tabla 1: Nivel académico de madres

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Segundo ciclo	6	30
Tercer ciclo	6	30
Bachillerato incompleto	2	10
Bachillerato completo	5	25
Universitario completo	1	5
Tot al	20	100

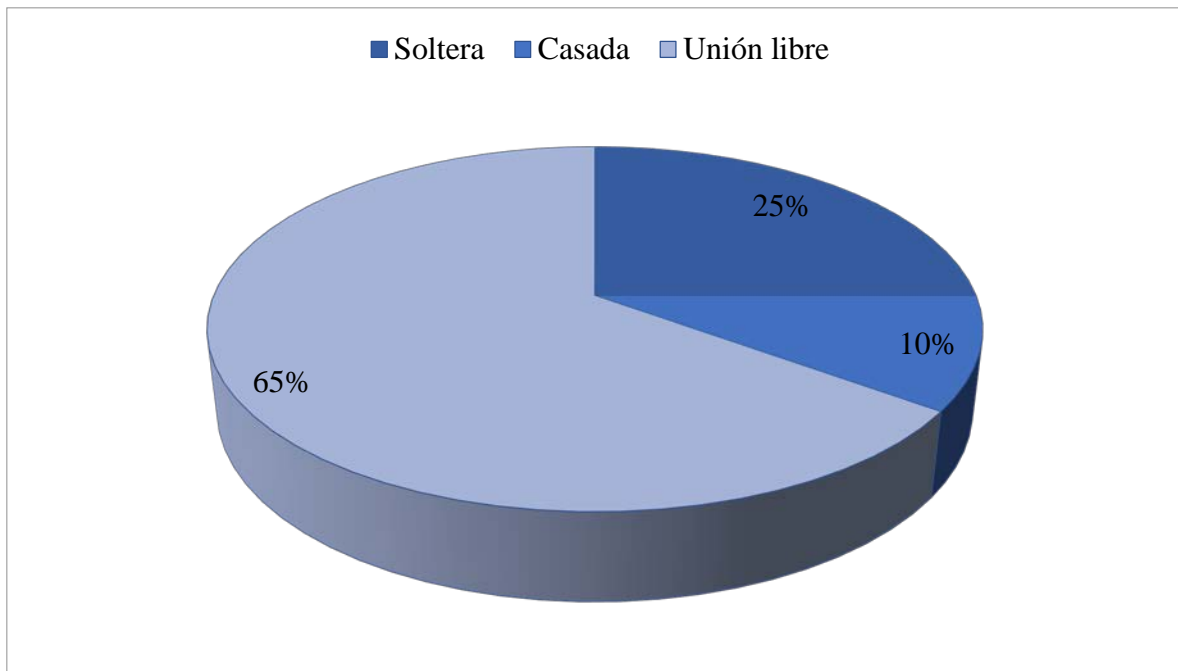
Fuente: elaboración propia tomado de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En la tabla nº 1 se indica que las madres que fueron parte de la investigación: el 30% estudiaron hasta segundo ciclo, para tercer ciclo 30% el bachillerato incompleto 10%, con bachillerato 25% y estudios universitarios completos 5%

La educación básica consta en nueve grados de estudio divididos en tres ciclos, de tres años cada uno, esta comprende en inculcar ideales de estudio y superación, aumenta su capacidad, se desarrollan sus habilidades para expresar pensamientos; comprender la importancia del establecer un vínculo madre-hijo es que desde la primera interacción, ocurren varios fenómenos interesantes, significa que desde que termina su trabajo de parto le colocaran al bebé contacto piel a piel, además de brindarle seguridad y bienestar al pequeño, asegura una lactancia exitosa.

Grafico n°2: Estado civil de madres.



Fuente: elaboración propia tomado de la guía entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

El gráfico n° 2 especifica que de las madres tomadas para la investigación: el 65 % mantiene unión libre, el 25 % están casadas y el 10 % solteras.

Para el vínculo madre- hijo existe un periodo sensitivo en el cual se desarrollan los primeros pasos del apego, los cuales se irán reforzando día a día, para lograr un mayor lazo afectivo que existe en la humanidad; en la constitución de la república de El Salvador expone que la familia es la base fundamental de la sociedad y tendrá la protección de estado quien dictara la legislación necesaria, crear a los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico. Es fundamento legal de la familia es el matrimonio y descansa en igual jurídica de los cónyuges. El estado fomentará el matrimonio, pero a la falta de este no afectará el goce de los derechos de la familia. La relación madre- hijo, es la única relación que la madre provee el alimento y cuidado de su hijo con tal constancia y dedicación, además que la atención familiar que se le da a la madre contribuye a que su estancia hospitalaria no sea hostil.

Tabla n°2: Porcentaje de embarazos que tuvieron las madres entrevistadas.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 hijos	18	90
3 a 4 hijos	2	10
Tot al	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

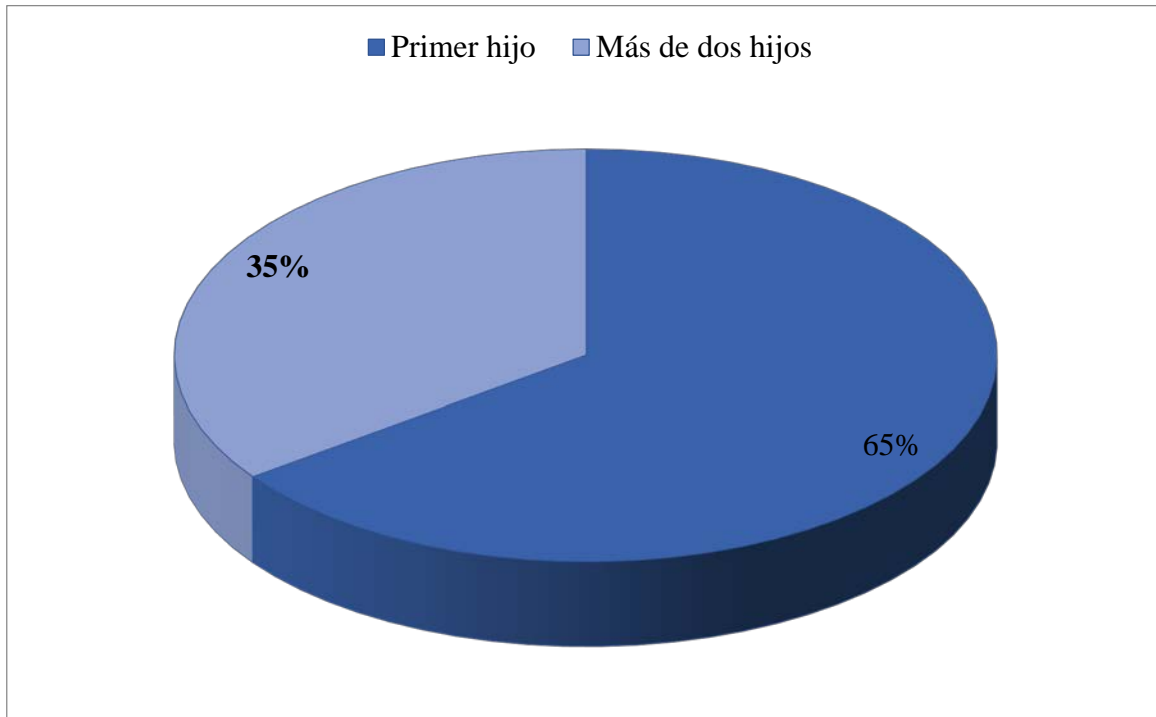
Análisis:

La tabla n° 2 evidencia que de las madres entrevistadas para la investigación el 90% tienen de 1 a 2 hijos y el 10% de 3 a 4 hijos. Por lo que la experiencia previa de un embarazo es menor.

Para el desarrollo del apego precoz es necesario plantear que la madre participa en un rol muy importante, determinando que todo el desarrollo del hijo inicia desde el vientre llevando a cabo un continente especial, el cuerpo, la mente y el cerebro de otro ser humano. La experiencia materna contribuye obtener habilidades para interactuar con su hijo y poder identificar sus necesidades físicas.

Gráfico n° 3: Número de hijos de madres.

Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017



Análisis:

El gráfico n° 3 describe que las madres que fueron parte de la investigación: el 35% más de dos hijos y el 65% fue su primer hijo.

Una experiencia previa implica que la madre al momento de que su primer hijo fue concebido ella desarrolló el sello conductual del vínculo en la búsqueda para conseguir y mantener cierto grado de proximidad hacia la persona de apego, que va desde la interacción, comunicación, contacto físico a través de ciertas circunstancias.

Tabla n° 3: Lugar de procedencia de madres.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Área rural	11	55
Área urbana	9	45
Total	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n° 3 explica que el porcentaje de lugar de procedencia de madres investigadas: el 55 % son del área rural y el 45% del área urbana.

Los servicios de salud cuentan con avances tecnológicos para el desarrollo del diagnóstico prenatal han aumentado en el interés de la comunidad acerca del vínculo madre-hijo, actualmente la posibilidad de acceder a los distintos servicios gineco-obstétricos están accesibles a mayor porcentaje de la población a las 24 horas del día en el caso del hospital Nacional Santa Gertrudis como técnicas de ultrasonido permiten que se vea aún mejor al feto en las etapas iniciales de su desarrollo y en tiempo real, por lo que facilitan a los futuros padres imaginar y representar al feto como un ser independiente.

Tabla n°4: Porcentaje de condición económica de madres.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Baja	6	70
Mediana	14	30
Total	20	100

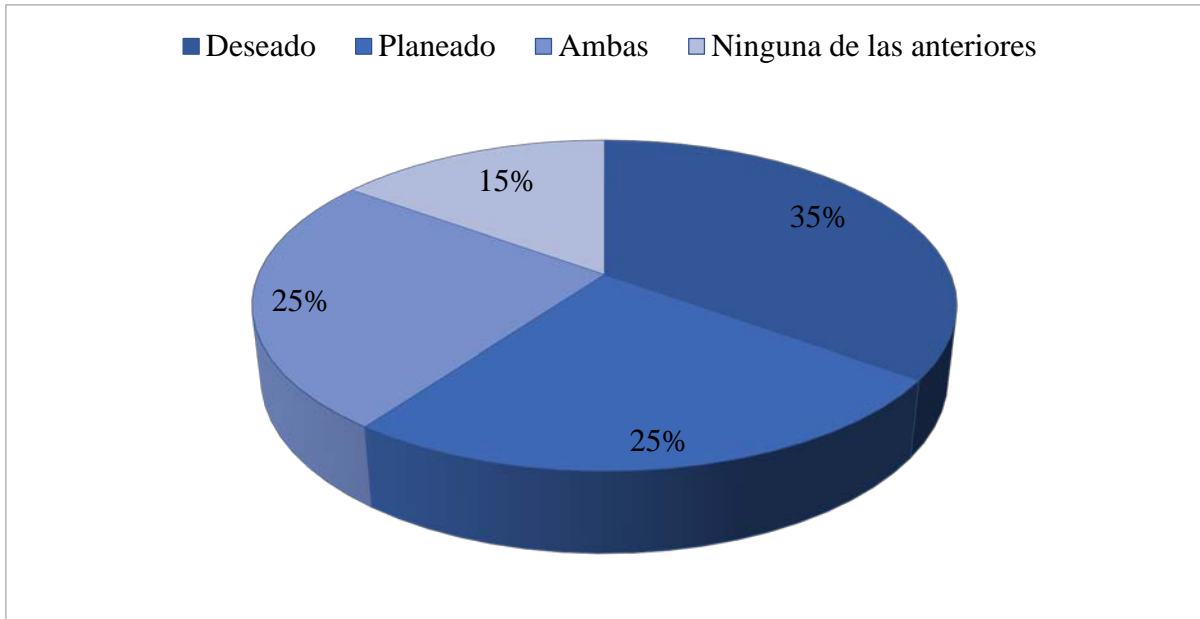
Fuente: elaboración propia tomado de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En la tabla n° 4 se observa que de las madres investigadas: el 70% mantiene una categoría baja y el 30% mediana.

Según el artículo 3 del código de familia dicta que el estado está obligado a proteger a la familia, procurando su integración, bienestar, desarrollo social, cultural y económico por el cual los servicios de salud son gratuitos y accesibles a toda la población.

Gráfico n°4: Porcentaje de hijos que fueron planeados y/o deseados



Fuente: elaboración propia tomado de la guía entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En el gráfico n° 4 expone que el porcentaje de las madres investigadas, su hijo fue: el 35 % deseado, el 25 % planeado, 25 % ambas y el 15 % ninguna de las anteriores.

Al momento de desarrollar un vínculo madre-hijo es necesario plantear que en esta etapa la madre no se reconoce en dos, sino uno en función del otro, esto se debe a que la madre manifiesta ser uno solo, esta es objeto del deseo del hijo. Por lo que el vínculo afectivo es mayor cuando los embarazos son planeados y deseados. De la misma manera las estrategias que realiza el ministerio de salud son importantes para el desarrollo óptimo en la prevención de la morbi-mortalidad materna.

Tabla n°5: Porcentaje de madres que asistieron a sus controles prenatales.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	95
No	1	5
Tot al	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n°5 revela que de las madres investigadas: el 95 % si asistieron a sus controles y el 5 % no.

Siendo óptimo el desarrollo desde el momento de la gestación, la relación se prolonga los primero nueve meses de vida; la relación madre-hijo es única donde se vincula al hijo con su madre de por vida.

Tabla n°6: Porcentaje de número de controles prenatales que recibió la madre.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
3-4	3	15
5-6	5	25
7 o mas	11	55
Ninguno	1	5
Tot al	20	100

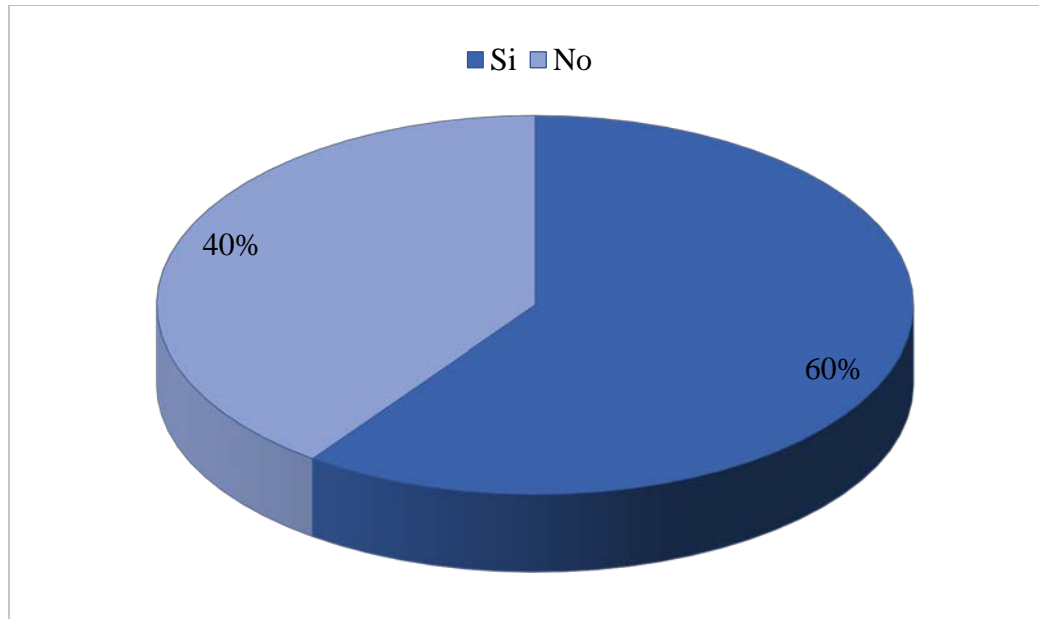
Fuente: elaboración propia tomado de la guía de entrevista de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n° 6 indica que de las madres investigadas: el 55% fueron a 7 o más controles prenatales, de las cuales 25 % de 5 a 6, el 3 a 4 un 15 % y 5 % no obtuvo ningún control.

Es preciso contribuir que desde el momento de la concepción comienza a tener lugar la relación madre- hijo, por lo que es un proceso desde la gestación y se prolonga en nueve meses de vida, donde el niño y la madre forman uno solo, esta dependencia radica en que la madre sienta que su hijo la completa, el objeto de deseo del hijo y siente que es todo para la madre.

Gráfico n°5: Porcentaje de madres que realizaron el contacto piel a piel con su hijo al momento de nacer.



Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

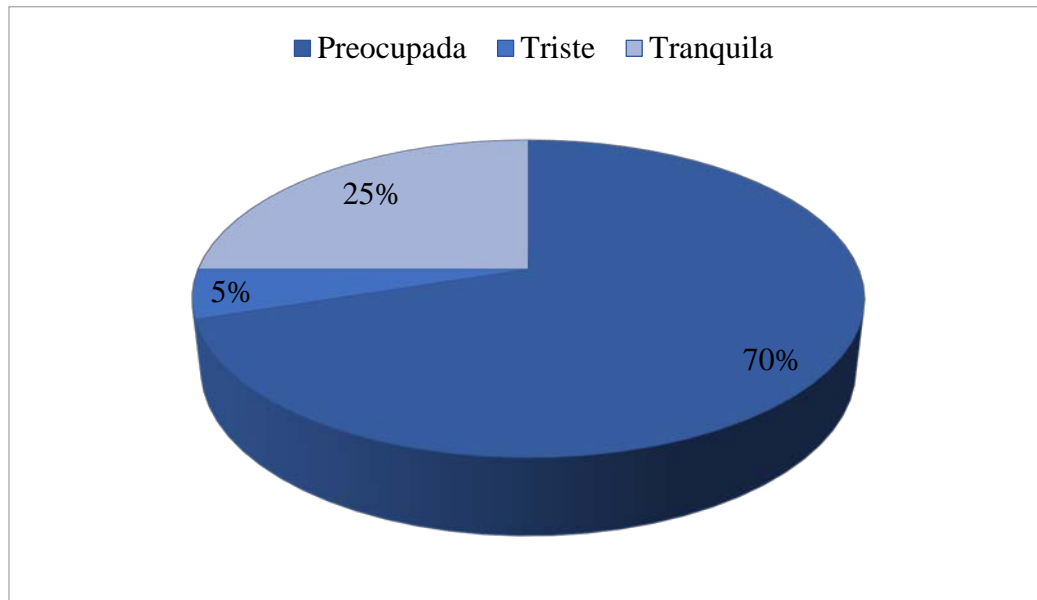
Análisis:

El Gráfico n° 5 puntualiza que de las madres investigadas: el 60% realizó contacto piel a piel con su hijo y el 40% no.

La importancia de realizar el contacto piel a piel es potenciar el contacto entre la madre y su hijo proporcionando calor, aliento y apoyo emocional necesario para un desarrollo óptimo del vínculo madre-hijo, en esta primera interacción se desarrollan fenómenos como, la observación de su hijo ojo a ojo, el inicio de tocarlo delicadamente y de manera progresiva, la madre le habla suavemente con voz de tonalidad alta, el recién nacido responde con algunos movimientos tenues de cara y manos, esto confirma a la madre que el niño está atento y en comunicación directa con ella.

- **Guía de observación de la madre**

Gráfico n° 6: Porcentaje del comportamiento de las madres investigadas ante su hijo hospitalizado



Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

El gráfico n° 6 evidencia que, de las madres investigadas, el comportamiento ante la hospitalización de su hijo fue un 70% preocupada, 25% entre ellas tranquilas y 5% tristes.

Un porcentaje alto de las madres cuando se muestran ante una disfunción de apego con su hijo se muestran con una actitud de mujer tensa, triste y preocupada, que en ocasiones se pueden llegar a sentir incompetentes para atender las demandas de su hijo como para amamantarlo, básicamente sienten que no se pueden comunicar con el todo el tiempo necesario, lo que las impulsa a tener conductas como estas. Sin embargo, un porcentaje mínimo de estas madres tienen un adecuado control de las emociones mostrándose tranquilas ante la hospitalización del niño manifestando que están cerca y disponibles en el albergue materno al momento que se les llama para alimentar a su hijo y aprovechar positivamente ese tiempo para fortalecer el apego entre ambos.

Tabla n° 7: Porcentaje de cómo actúa la familia ante la hospitalización del hijo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Preocupados	18	90
De acuerdo	2	10
Tot al	20	100

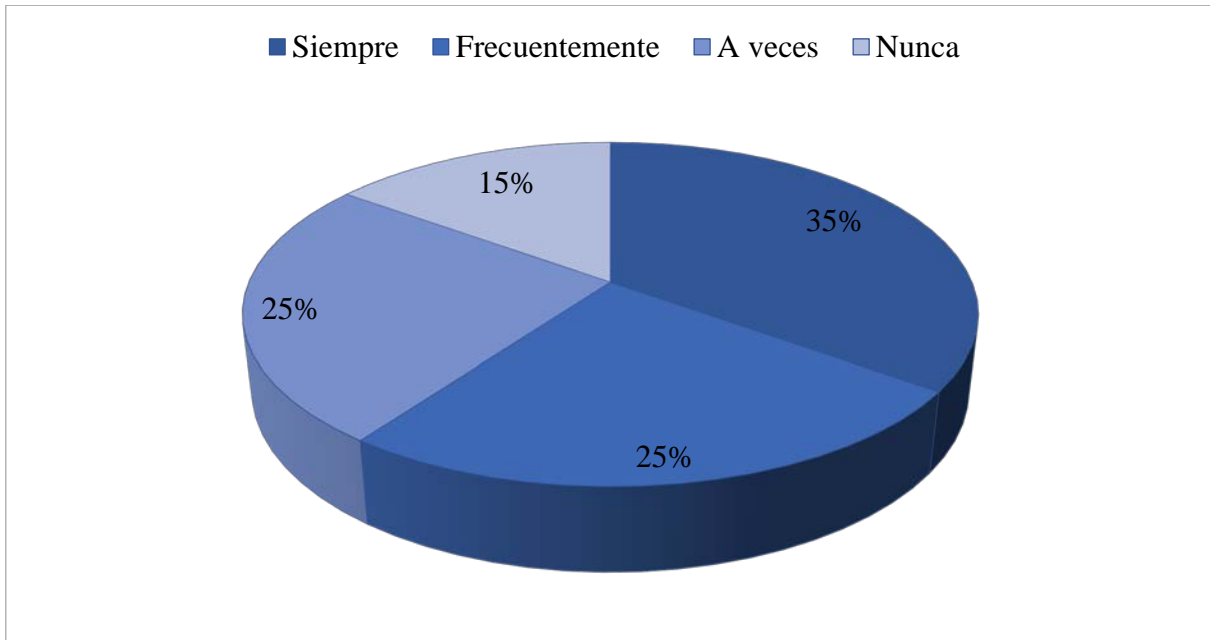
Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n° 7 destaca que en la familia de las madres investigadas actuaron ante la hospitalización del hijo preocupados un 90% y de acuerdo 10%

La familia juega un papel muy importante ya que, ante la llegada de un nuevo miembro, se espera con alegría y entusiasmo teniendo en cuenta que todo el proceso del nacimiento sea sano para luego conocer al niño. Mas sin embargo no llevándose acabo todo este proceso normal la familia de la madre se observa en gran porcentaje preocupada ya que no eran las expectativas que tenían ante este evento, tomando en cuenta que están ante un hecho desconocido y no esperado. Y un porcentaje mínimo manifiesta estar de acuerdo ya que durante la hospitalización serán atendidos los problemas de salud que pueda tener el niño.

Gráfico N°7: Porcentaje de madres que se estresan cuando no puede atender las demandas de su hijo



Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

El gráfico n° 7 ilustra el porcentaje de las madres que se estresan, cuando no pueden atender las demandas de su hijo; el 15 % Nunca, el 25 % a veces, el 25 % frecuentemente y el 35 % siempre.

La relación madre-hijo es única que vincula al hijo con su madre de por vida, en la que se va desarrollando más el afecto positivo, la necesidad de proveer alimento y cuidado de su hijo, es por esa relación fuerte que las madres en ocasiones al no poder atender las demandas de sus hijos un porcentaje de 35 % siempre muestran conductas de estrés o frustración, el 25 % de ellas frecuentemente, el otro 25 % a veces y un 15 % nunca. Observándose así diferentes porcentajes de como manejan el estrés o frustración cuando estas no pueden atender las necesidades de los hijos.

Tabla n°: 8 Porcentaje de madres que identifican cuando su hijo tiene hambre

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	85.0
Frecuentemente	1	5.0
A veces	1	5.0
Nunca	1	5.0
Total	20	100.0

Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n° 8 refleja cuando las madres investigadas identifican que sus hijos tienen hambre: el 85 % siempre, el 5 % frecuentemente, el 5 % a veces y el 5 % nunca.

Entre las actividades del recién nacido se conocen como dormir, alimentarse llorar entre otras, El llanto se muestra en diferentes tipos, siendo uno de estos el llanto al momento de tener hambre, observándose en el niño el reflejo de búsqueda y succión manifestando así las madres que siempre identifican cuando su bebe tiene hambre. Lo cual evidencia un dato favorable y positivo ya que reconocen las conductas y necesidades del niño.

Tabla n° 9. Porcentaje de madres que saben las veces que deben dar lactancia materna.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	70.0
No	6	30.0
Tot al	20	100.0

Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n°9 resume si sabe cuántas veces debe de dar lactancia materna a su hijo el 70% si sabe y el 30% no sabe.

La lactancia materna exclusiva es el alimento esencial que todo niño debe recibir desde el momento que nace hasta los seis meses de vida siendo el mejor medio en el que se fortalece el vínculo afectivo, proporcionando así todos los beneficios que el neonato necesita nutrientes, vitaminas y minerales la promoción de lactancia materna es parte de la actividad de enfermería gracias a esta se observa un porcentaje alto de las madres que si conocen las veces que deben alimentar a su hijo y todos sus beneficios.

Tabla n° 10: Porcentaje de las madres que observan la conducta de su hijo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Llanto incontrolable	2	10
Hipoactivo	1	5
Problemas para alimentarlo	1	5
Ninguna de las anteriores	16	80
Total	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis.

La tabla n°10 explica como las madres observan la conducta de su hijo, el 10% llanto incontrolable el 5% Hipoactivo, el 5% problemas para alimentarlo y el 80% ninguna de las anteriores.

El neonato con disfunción de apego puede mostrar conductas como tenso, alteraciones en el patrón del sueño, llanto incontrolable hipoactividad o problemas para alimentarse entre otros. En los datos arrojados se observa que el 80% de ellos no muestra ninguna de esta conducta negativa. Siendo así un dato satisfactorio y positivo ya que no les está afectando en el vínculo madre hijo, ni a satisfacer las necesidades de apego de ambos.

Tabla n° 11: Porcentaje de madres que miran a sus hijos

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ocasionalmente mira al niño a la cara	5	25
Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño	5	25
Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	10	50
Tot al	20	100

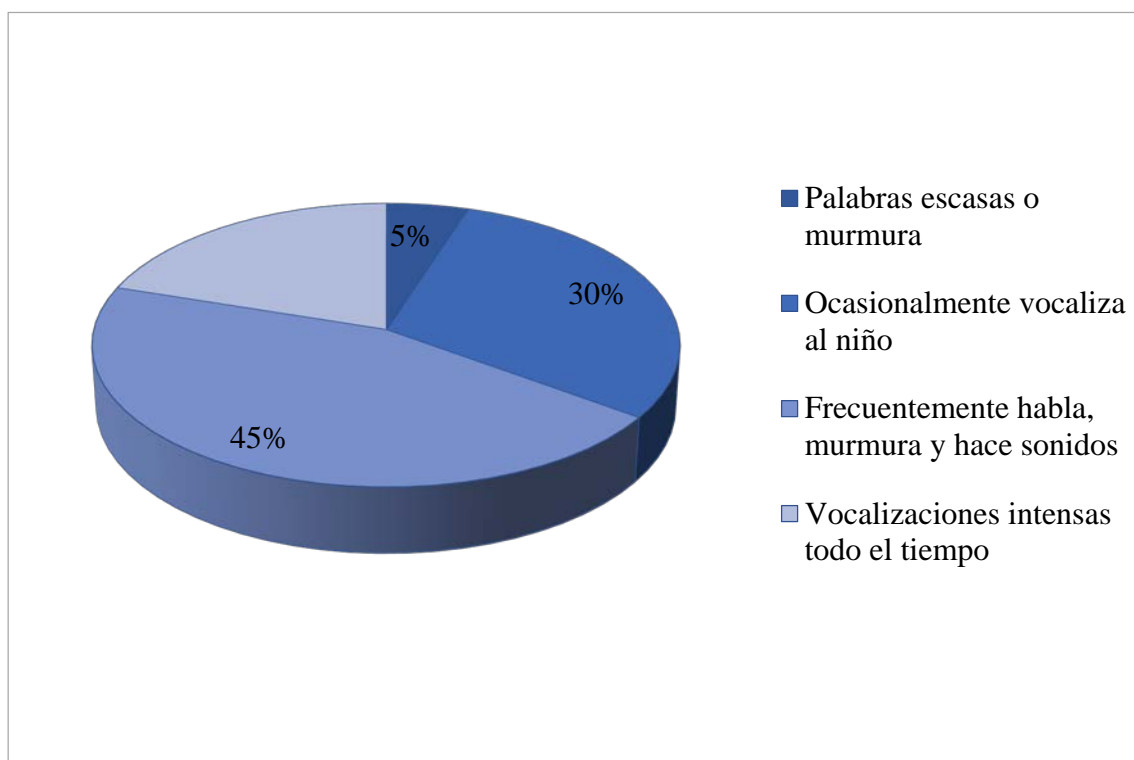
Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis.

La tabla n° 11 concluye la mirada de la madre a su hijo el 25% Ocasionalmente mira al niño a la cara, el 25% Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño y 50% Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos.

Las madres contemplan a sus hijos, se pierde en la mirada de su ser amado, y su ser amado se encuentra en la mirada de su madre, biológicamente las madres lo hacen más fácil a la hora de lograr un mayor vínculo emocional se cumple de forma espontánea. Sendo satisfactorio el porcentaje de madres que expresan la mirada hacia sus hijos como símbolo de afecto y cariño hacia ellos.

Gráfico n°: 8 Porcentaje de madres que le hablan al niño.



Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En el gráfico n° 8 ilustra la vocalización de la madre hacia el hijo en porcentaje: el 6% Palabras escasas o murmura, 38% Ocasionalmente vocaliza al niño, el 56% Vocalizaciones intensas todo el tiempo y 0% Vocalizaciones intensas todo el tiempo.

El vínculo se forma desde el momento que el niño está en el vientre de la madre se va fortaleciendo cuando la madre muestra comunicación con el teniendo vocalizaciones desde ese momento y durante todo el embarazo hasta el nacimiento. Las palabras son el medio de comunicación más tradicional, el recién nacido percibe gran cantidad de estímulos a través de la voz de la madre la reconoce y la identifica. En los datos obtenidos se observan que las madres en diferentes porcentajes mantienen la comunicación verbal con sus hijos siendo satisfactorio para la estimulación y el apego afectivo.

Tabla n°12: Porcentaje de madres que tocan al niño.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ocasionalmente toca al niño	3	15
Frecuentemente toca al niño	9	45
Si el niño está cerca siempre lo toca	8	40
Tot al	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n°12 puntualiza a la madre tocando al hijo, el 15% Ocasionalmente toca al niño: 45% Frecuentemente toca al niño y el 40% Si el niño está cerca siempre lo toca.

Entre las primeras interacciones de madre-hijo es cuando la madre comienza a tocar al niño delicadamente y de manera progresiva comenzando generalmente por las manos, luego los pies y finalmente el resto del cuerpo, evidenciando un porcentaje alto y efectivo que las madres si el niño está cerca siempre tocan al niño y el siguiente porcentaje ocasionalmente lo toca durante el momento que esta con el niño.

Tabla n°13: Porcentaje de madres que sostienen a sus hijos

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sostiene al niño en forma no relajada	1	5.0
Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente	2	10.0
Moldea su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	6	30.0
Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldando a su cuerpo	11	55.0
Tot al	20	100.0

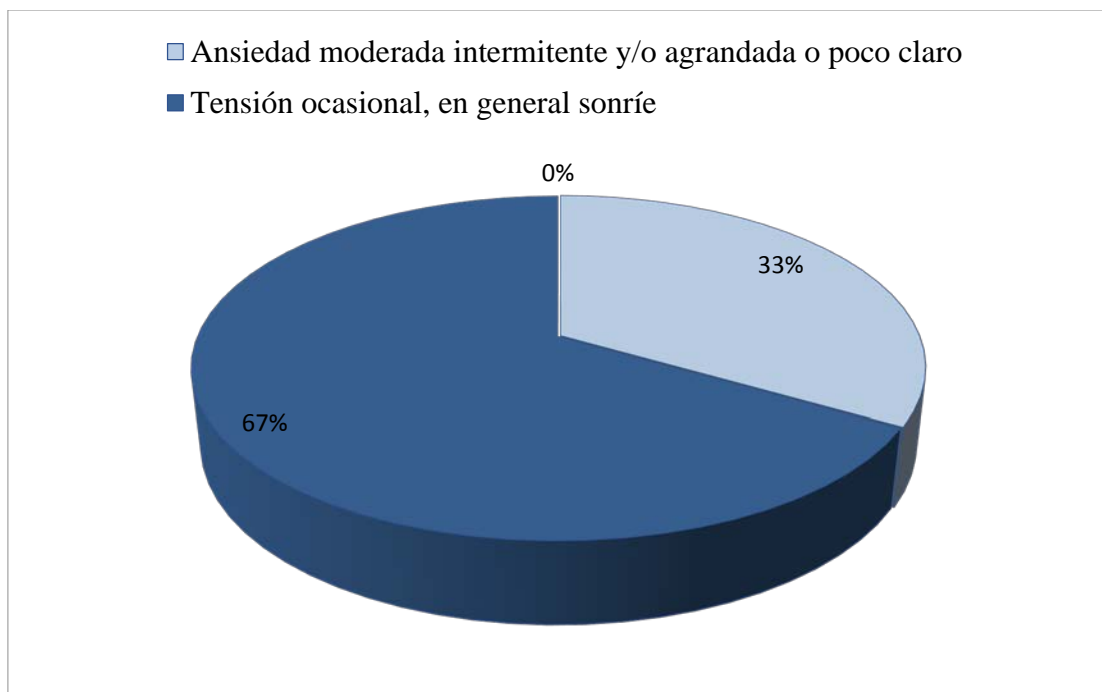
Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla nº13 Explica la forma en porcentaje de que la madre sostiene al niño: el 5% Sostiene al niño en forma relajada, el 10% Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente, el 30% Moldea su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza y el 55% Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene moldeando a su cuerpo.

La manera en que la madre sostiene a su hijo favorece en el fortalecimiento del vínculo afectivo ya que es el momento adecuado en el que el niño va identificando características de la madre como el olor, el calor entre otros, y de esa manera se siente protegido y seguro durante están juntos, en dicha encuesta se observa en un total del 55% a moldea a su niño cuando esta con él, otro porcentaje alto del 33% de las madres lo moldean al cuerpo manteniendo el contacto hasta que se tranquiliza, dando como resultado actitudes positivas que la madre presenta para mantener y fortalecer dicho vínculo.

Gráfico nº: 9 Porcentaje de madres que muestran afecto



Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En el gráfico n°9 revela el afecto del niño: el 33% Ansiedad moderada intermitente y/o agrandada o poco clara, el 67% Tensión ocasional, en general sonríe y 0% Siempre sonríe.

El neonato precisa y necesita de la atención de la madre con muestras de afecto, acunamiento, entre otras, pese a la hospitalización y al ambiente que a veces no es agradable se observó un porcentaje alto de las madres del 67% se muestran con tensión ocasional, en general sonríe.

Tabla n° 14: Porcentaje de madre se mantiene cerca y próxima.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Contacto físico frecuentemente con el niño	10	50.0
Siempre en contacto físico con el niño	10	50.0
Total	20	100.0

Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

La tabla n°14 destaca la proximidad o cercanía: el 50% Contacto físico frecuentemente con el niño y el 50% Siempre en contacto físico con el niño.

Los bebés están provistos de un sistema conductual de apego, es una condición esencial, el sello conductual del vínculo es la búsqueda para conseguir y mantener un cierto grado de proximidad hacia la persona que va desde el contacto físico cercano y la interacción de la comunicación, se evidencia que durante la visita de la madre al neonato un 50% de las madres siempre mantiene contacto físico con el niño y el otro 50% frecuentemente lo mantienen siendo un dato satisfactorio ya que no afecta al vínculo madre-hijo.

Tabla n° 15: Porcentaje de veces que le da lactancia materna

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	15	75.0
Frecuentemente	3	15.0
A veces	2	10.0
Total	20	100.0

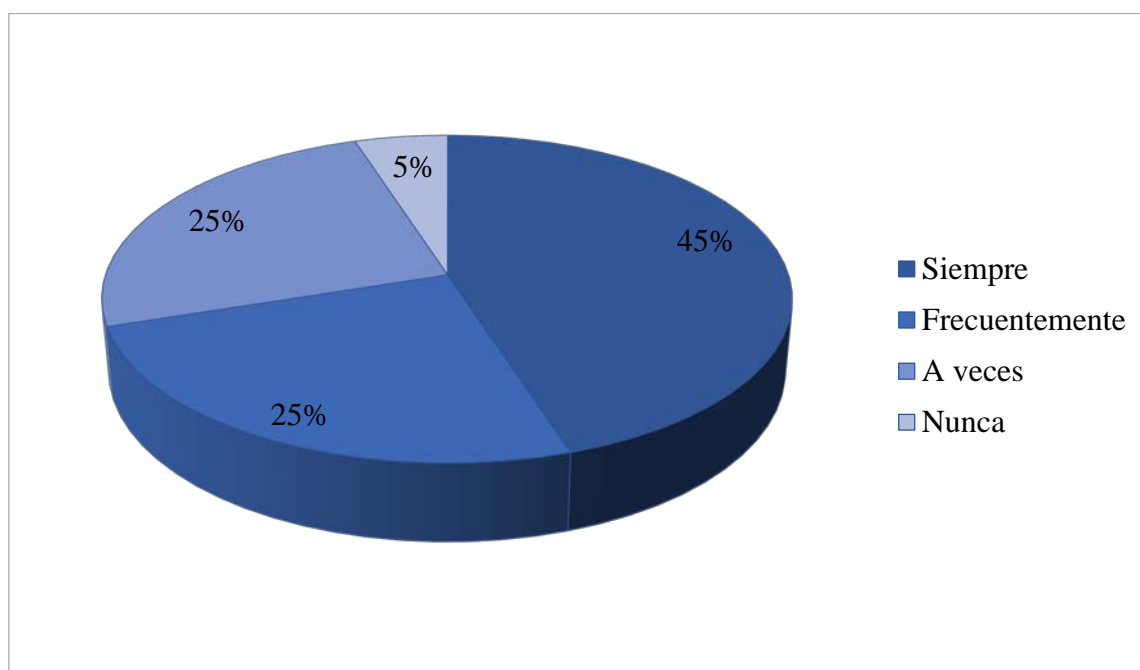
Fuente: elaboración propia tomado de la guía observacional de madres. Enero-febrero 2017

Análisis.

La tabla n° 15 refleja la lactancia de la madre al niño: el 75 % siempre, el 15 % Frecuentemente y el 10 % a veces.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar todos los nutrientes y defensas que el recién nacido necesita, además de que fortalece las necesidades e protección por medio del vínculo afectivo durante el contacto de madre- hijo. El recién nacido debe alimentarse un promedio de 12 veces al día del cual los intervalos entre una mamada y otra deberían ser de horas; aunque dependerá de factores como lo son, la producción de leche, reflejo de eyección, reflejo de succión y la buena técnica.

Gráfico n°: 10 Realiza buena técnica de lactancia.



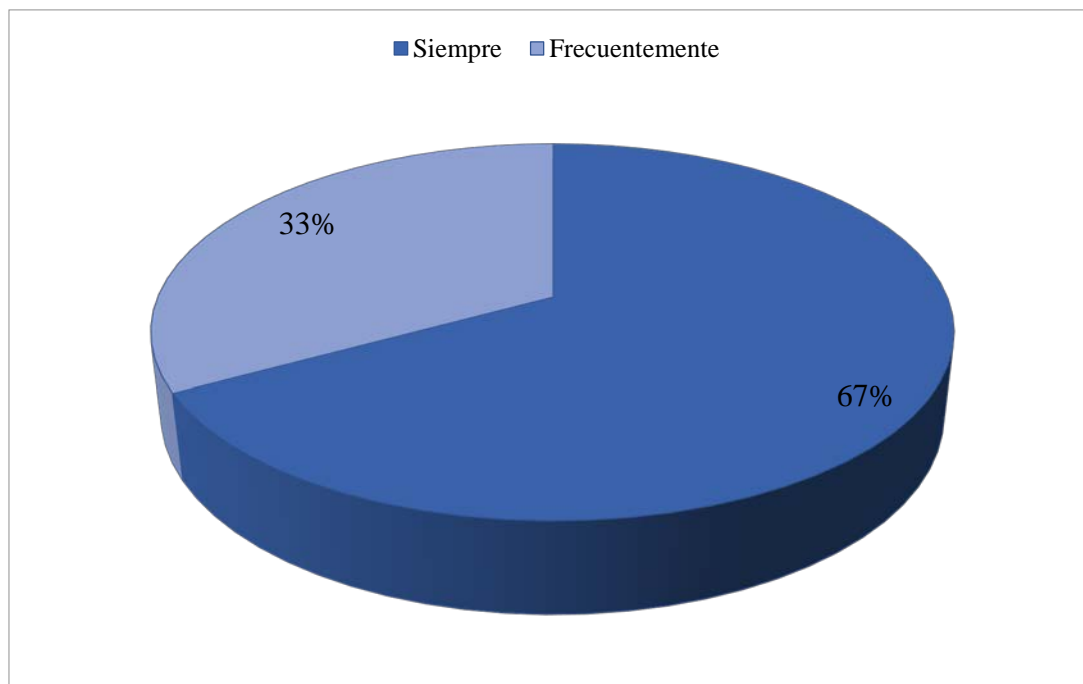
Fuente: elaboración propia tomado de la entrevista dirigida a madres. Enero-febrero 2017

Análisis:

En el gráfico n°10 expone como realiza buena técnica de lactancia: el 48 % Siempre, el 26 % Frecuentemente, el 26 % A veces.

Al propiciarse una buena técnica de lactancia materna se fortalece el vínculo afectivo debido a que son mecanismos naturales que impulsan a alimentarse y a buscar contacto permanente con la madre y así obtener protección, cobijo y alimento. La técnica de la lactancia materna inicia con la disposición de la madre para alimentar su hijo en conjunto de la estimulación por medio del llanto debido a que erectan los pezones maternos y estimulan a las hormonas prolactina y oxitocina así producir constantemente la leche materna. La buena técnica de lactancia materna así como lo menciona AIEPI basado en la ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna contribuyen a una buena alimentación y poder crear el vínculo sensitivo con la madre.

Gráfico n°: 11 Los niños que cuando lloran se tranquilizan cuando la madre lo arrulla.



Fuente: elaboración propia tomada de la entrevista dirigida a madres. Enero-febrero 2017

Análisis.

En el gráfico n°11 muestra si el niño llora es tranquilizado por la madre cuando lo arrulla: el 67 % Siempre y el 33 % Frecuentemente.

Al fomentar el apego del neonato con la madre se crean vínculos de protección y seguridad que al poder estar en contacto con la madre crea seguridad en el bebé por lo que deja de llorar. El llanto es el primer lenguaje que las madres entienden de sus hijos por lo que se establece que cuando el niño llora es porque tiene algún tipo de necesidad que se debe de cumplir y al poder cumplirla al escuchar la voz de la madre, sentir su calor y seguridad de sus brazos sentir la protección de ella.

Tabla n° 16: Los hijos que tocan a la madre cuando está cerca

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	30
Frecuentemente	7	35
A veces	6	30
Nunca	1	5
Total	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la entrevista dirigida a hijos. Enero-febrero 2017

Análisis.

La tabla n°16 indica si toca a la madre cuando está cerca: el 30% Siempre, el 35% Frecuentemente, el 30% A veces y el 5% nunca.

El contacto físico con la madre ayuda a crear lazos emocionales de seguridad, calor corporal y al mantener a su hijo en los brazos es una expresión de apego que determina las experiencias físicas y sensoriales de convivencia además de la manifestación de conductas de empatía con la madre.

Tabla n° 17: Los niños que arquean el cuerpo al de la madre y se aferra a ella

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	25
Frecuentemente	8	40
A veces	6	30
Nunca	1	5
Total	20	100

Fuente: elaboración propia tomado de la entrevista dirigida a madres. Enero-febrero 2017

Análisis.

La tabla n° 17 concluye el porcentaje de niños que arquean el cuerpo al de la madre y se aferra a ella: el 25 % Siempre, el 40 % Frecuentemente, el 30 % A veces, el 5 % Nunca.

Al realizar esta acción permite al recién nacido poder tener seguridad del contacto materno y amoldar el cuerpo junto con el de la madre el cual refleja que el niño se mantiene cómodo con la cercanía de la madre.

Tabla n° 18: Porcentaje de niños que sonrían cuando esta con la madre

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	15.0
Frecuentemente	7	35.0
A veces	9	45.0
Nunca	1	5.0
Tot al	20	100.0

Fuente: elaboración propia tomado de la entrevista dirigida a madres. Enero-febrero 2017

Análisis.

La tabla n° 18 verifica porcentaje del niño que sonrío cuando esta con la madre: el 15 % Siempre, el 35 % Frecuentemente, el 45 % A veces y el 5 % Nunca.

Esta acción es realizada como parte de los primeros sistemas de comunicación del recién nacido al poder reconocer nuevos sonidos y nuevos objetos y al poder realizar esta acción junto a la madre es poder reconocerla y tratar de imitar las expresiones faciales. Las expresiones emocionales se demuestran desde el nacimiento y se manifiestan en señal de aprobación a la interacción con el ambiente exterior.

- **Guía de observación de Enfermeras**

Tabla n° 19: Porcentaje de Enfermeras que motivan a las madres acerca la lactancia materna

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	80
Frecuentemente	1	20
Tot al	5	100

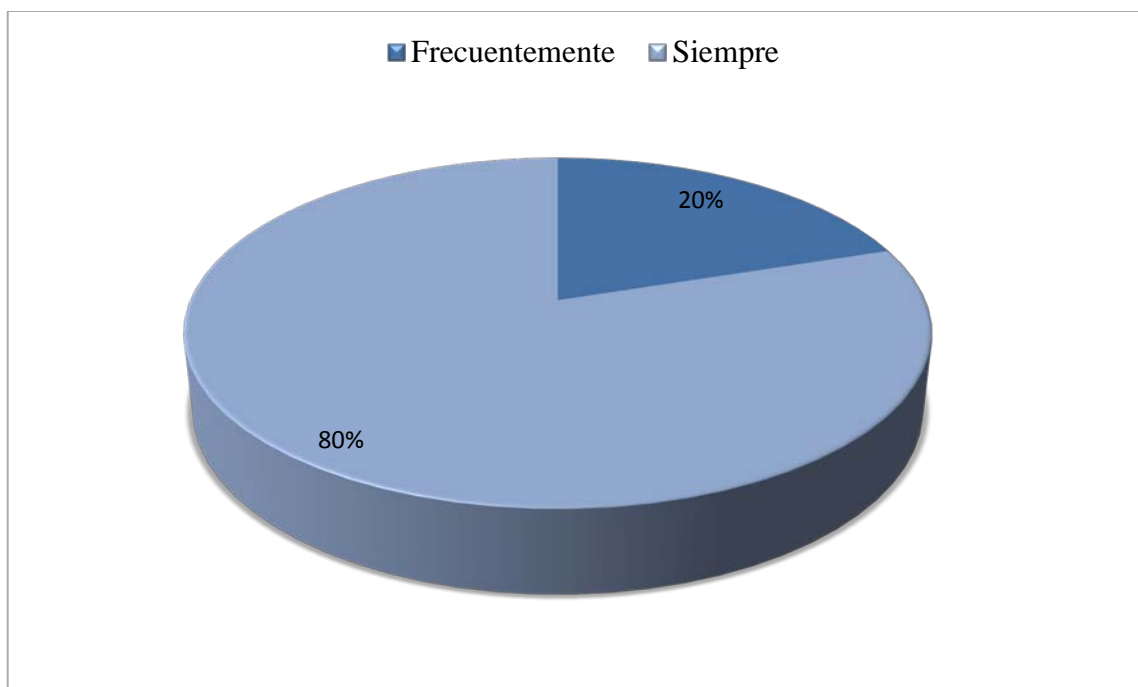
Fuente: elaboración propia tomado de guía de observación a enfermería. Enero-febrero 2017

Análisis.

En la tabla 19 muestra que en un 80% el personal de enfermería siempre motiva a las madres a darles sus hijos la lactancia materna y 20% lo hace con frecuencia.

Las intervenciones del personal de enfermería están basadas en promover y educar las acciones de la madre en el cuidado del niño de realizarlo de forma independiente como lo es la lactancia materna exclusiva por lo que esta acción propicia que madres con su hijo puedan fortalecer el vínculo entre ambos y así poder cumplir las necesidades de alimentación, protección y seguridad.

Gráfico n° 12. Enfermeras que brindan educación a las madres entrevistadas acerca de la forma correcta de la lactancia materna.



Fuente: elaboración propia tomada de guía de observación a enfermería. Enero-febrero

Análisis.

El gráfico n° 12 ostenta en un 80 % que el personal de enfermería siempre educa acerca la forma correcta de la lactancia materna y un 20 % lo hace realizan con frecuencia la educación a la madre.

Esta intervención es fundamental para el personal de enfermería debido a que por la complejidad del servicio de neonatos ya que por la hospitalización del recién nacido las madres deben de conocer los beneficios y ventajas que tiene la lactancia materna para su hijo y para sí misma como lo son la involución uterina, prevención de cáncer de mama como método de planificación familiar y para el niño proporciona los nutrientes necesarios para su desarrollo y crecimiento así como transfiere las defensas maternas y prevención de la muerte súbita además de fortalecer el vínculo madre-hijo.

Tabla n° 20: Enfermeras que explican a las madres investigadas cuando el niño llora y ayuda a identificar la causa del llanto.

Categorías	Se acerca a la madre cuando el niño o ella llora		Ayuda a la madre a identificar la causa del llanto del niño	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	60	2	40
Frecuentemente	2	40	3	60
Total	5	100	5	100

Fuente: elaboración propia tomado de guía de observación a enfermería. Enero-febrero 2017

Análisis.

En la tabla n° 20 muestra que en un 60 % la enfermera se acerca siempre cuando el niño llora y ayuda siempre a la madre en un 40 % a identificar su causa y en un 40 % muestra que cuando el niño llora la enfermera se acerca a la madre y un 60 % ayudar a identificar la causa del llanto del bebe.

Las funciones del personal de enfermería son complejas dentro de las cuales están el cuidado integral de la madre y del niño de los cuales integra la educación su comportamiento al logra tener empatía y educar mejor en el cuidado del recién nacido, orientar a identificar las causas del llanto como lo podría ser deseo de alimentarse, cólicos, frío o cuando ha defecado u orinado y como poder satisfacer las distintas necesidades.

Tabla n°21: Explica a la madre a identificar la causa de llanto del niño

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	80
Frecuentemente	1	20
Total	5	100

Fuente: elaboración propia tomado de guía de observación a enfermería. Enero-febrero 2017
Análisis.

La tabla n°21 muestra en un 80 % que enfermería siempre explica a las madres a identificar la causa de llanto del niño y un 20 % explica con frecuencia esta acción.

Al dar una educación continua a la madre ayuda a fortalecer el cuidado que se le dará al recién nacido como para identificar algún signo de alarma.

Tabla n°22: Enfermeras que se acercan a las madres investigadas cuando no están al momento sensorialmente a su hijo y apoyan a la madre a que sea independiente del cuidado de su hijo

Categorías	Se acerca a la madre cuando no está al momento sensorialmente a su bebe		Apoya a la madre a que sea independiente del cuidado de su bebé	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	100	5	100

Fuente: elaboración propia tomado de guía de observación a enfermería. Enero-febrero 2017

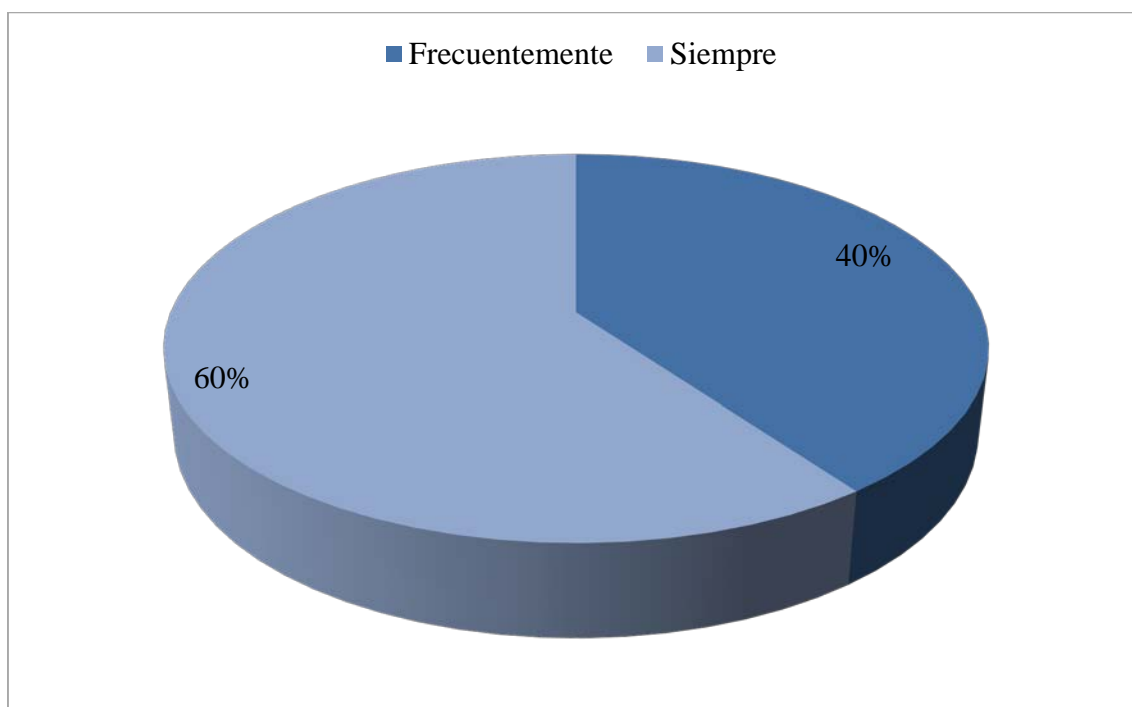
Análisis.

En la tabla n°22 ostenta que el 100 % de enfermeras siempre se acerca a las madres cuando no están al momento sensorialmente a su hijo al igual que el 100 % de las enfermeras siempre apoyan a las madres a que sean independientes del cuidado de su bebe.

La educación a la madre en esta etapa ayude a que el niño puede crecer y desarrollarse mejor explicándole el tipo de estímulo que se le debe de dar al recién nacido además de los cuidados

que debe de realizarle al su hijo por si sola y poder ayudarle a identificar algún signo de alarma para asistir a un centro de salud

Gráfica n° 13 Permite a que la madre exprese sus emociones y sentimientos



Fuente: elaboración propia tomado de guía de observación a enfermería. Enero-febrero 2017

Análisis.

En la gráfica n° 13 muestra en un 60 % que las enfermeras permiten que las madres expresen sus emociones y sentimientos y un 40 % el personal permite que las pacientes expresen lo que sienten.

La enfermera debe de proporcionar a la madre la posibilidad de comentar temas que le preocupan como lo son los miedos, preguntas relativas a los cuidados del niño, sentimientos de cansancio, tratamiento y formas de interactuar con el lactante y responderle así poder contribuir a crear un lazos afectivos con el recién nacido.

Estimación de las categorías

Interpretación de la Escala Masie- Campbell

Escala cualitativa	Escala Cuantitativa	Interpretación
Vínculo madre-hijo complicado/ apego inseguro ambivalente.	5	Es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de sobre-estimulación (madre angustiada, tensa e intrusiva).
Vínculo madre-hijo normal/ apego seguro	3 – 4	Es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo adecuado (calmado, positivo y alegre), y por la misma razón es que suele tener un contacto físico, visual, y vocalizaciones frecuentes y positivas.
Vínculo madre-hijo deteriorado/ apego inseguro evitante.	1 – 2	Es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de la indiferencia y frialdad (puede ser apática, angustiada y/o temerosa).

Determinación de la categoría de la Escala Masie- Campbell

Nº de caso	Experiencia materna	Puntaje obtenido	Categoría
1	Pri migesta	4	Apego Seguro
2	Multípara	5	Apego inseguro Ambivalente
3	Pri migesta	4	Apego Seguro
4	Pri migesta	5	Apego inseguro Ambivalente
5	Pri migesta	5	Apego inseguro Ambivalente
6	Multípara	4	Apego Seguro
7	Pri migesta	5	Apego inseguro Ambivalente
8	Pri migesta	4	Apego Seguro
9	Pri migesta	5	Apego inseguro Ambivalente
10	Multípara	4	Apego Seguro
11	Pri migesta	3	Apego Seguro
12	Pri migesta	4	Apego Seguro
13	Pri migesta	5	Apego inseguro Ambivalente
14	Multípara	3	Apego Seguro
15	Pri migesta	4	Apego Seguro
16	Multípara	4	Apego Seguro
17	Pri migesta	3	Apego Seguro
18	Multípara	5	Apego inseguro Ambivalente
19	Pri migesta	4	Apego Seguro
20	Multípara	5	Apego inseguro Ambivalente

Tabla 1: Relación experiencia materna previa con el vínculo madre-hijo

Categorías	Vínculo madre-hijo normal/ apego seguro	Vínculo madre-hijo deteriorado/ apego inseguro ambivalente	Total
Mujeres sin experiencia materna previa	8	5	13
Mujeres con experiencia materna previa	4	3	7
Total	12	8	20

Tabla 2 Chi-square Contingency Table Test for Independence

		Vínculo madre-hijo normal	Vínculo madre-hijo deteriorado	Total
Mujeres sin experiencia materna previa	Observed	8	5	13
	O - E	0.20	-0.20	0.00
Mujeres con experiencia materna previa	Observed	4	3	7
	O - E	-0.20	0.20	0.00
Total	Observed	12	8	20
	O - E	0.00	0.00	0.00

.04 chi-square
1 Df
.8482 p-value

El valor de p (.8482) es mayor que el valor de alpha (.05), por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, en donde se afirma que:

“El deterioro en el vínculo madre-hijo es más notable en las madres de los niños menores de 10 días por sepsis hospitalizados con antecedentes de infección de vías urinarias y/o ruptura prematura de membranas en el último trimestre del embarazo, que no tienen experiencia materna previa”.

IX CONCLUSIONES

El vínculo madre-hijo se desarrolla desde el momento de la concepción si se construye mediante la estimulación sensorial de la madre su hijo y cualquier otro miembro familiar hasta llegar al momento del parto donde intervienen múltiples factores para solidificar esos lazos afectivos como lo son el apego precoz, alojamiento conjunto y lactancia materna.

La presente investigación se enfocó en descubrir cómo afecta el vínculo madre-hijo en la hospitalización del niño por la cual en relación a los resultados obtenidos se concluye que:

- De acuerdo a los datos obtenidos un 35 % de las madres encuestadas reflejan que poseen una experiencia materna, de más de 2 hijos con lo que poseen mayor madurez ante las circunstancias estresantes causadas por múltiples factores ajenos al vínculo afectivo; de las cuales un 65 % es su primer experiencia, en las que en su mayor porcentaje se reflejó un apego seguro, el cual es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo adecuado, dando a demostrar la aptitud de las madres al convivir con sus hijos hospitalizados en el área de neonatos, evidenciando muestras de cariño tales como: el contacto visual por largos periodos de tiempo, vocalizaciones afectivas, contacto piel con la piel al permanecer juntos a ellos, arrullando entre sus brazos propiciando un ambiente de protección y seguridad para el neonato.
- El vínculo se ve interrumpido desde el instante en que el niño nace y es separado de su madre al momento de la hospitalización para cumplir tratamiento profiláctico por alguna patología materna, que puede llegar a afectar la salud del recién nacido como sepsis, aumentando así su estancia en el centro de salud, mostrando un porcentaje de 40 % de madres investigadas que reflejaron un apego inseguro ambivalente, siendo un estilo que refleja una madre con tono afectivo inadecuado que se expresa bajo sobre estimulación, quiere decir un vínculo materno muy exagerado.
- Las madres investigadas en su mayor porcentaje desearon y planearon su embarazo por lo que se muestra una etapa en que la madre se reconoce como una sola y no en función del otro, siendo óptimo para el inicio de un vínculo materno exitoso, por lo que fue se observa el impacto de las estrategias del ministerio de salud en el control de morbi-mortalidad de las mujeres embarazadas las cuales en si cumplen con su asistencia a sus controles prenatales en su totalidad, siendo así una etapa en la que la madre se educa y ayuda a su hijo en la estimulación temprana guiada por el personal de salud del primer nivel o segundo nivel de atención en salud.

- Las intervenciones de enfermería en el proceso del vínculo madre-hijo están relacionados debido a que la enfermera juega un papel importante en la consolidación de este vínculo por un seguimiento específico de cada madre y la orientación del cuidado del niño dentro de las cuales cabe mencionar: la promoción de lactancia materna exclusiva, mediante charlas por personal capacitado del tema; dando énfasis en los beneficios para el niño como; la aportación de nutrientes esenciales a su edad de la leche materna, la duración y frecuencia de la alimentación, también se les explica la técnica adecuada de la lactancia materna. Por lo que se evidenció la implementación de estas medidas para fortalecer el vínculo por medio de guía de observación al personal de enfermería teniendo resultados positivos tanto a la madre como al niño.

X RECOMENDACIONES

El equipo investigador, recomienda:

- Una propuesta para realizar talleres en primer nivel de atención en salud de motivación familiar para fortalecer el vínculo afectivo en las madres.
- Realizar planes de asesoría a madres desde el momento de la concepción en el primer nivel de salud mediante la estimulación temprana hasta el proceso del parto, puerperio en madres adolescentes y adulta joven fomentando bases para un apego seguro exitoso en el centro hospitalario.
- Realizar plan de apoyo psicológico a madres de albergue que lo ameriten.
- Desarrollar programa educativo al personal de enfermería sobre la utilización e importancia de la escala Missie Campbell para realizar intervenciones propias de enfermería; así mismo realizar el mismo estudio basado en otras edades del hijo y patologías, aplicando en su totalidad la Escala Missie Campbell, ya que dicha escala permite su estudio en el apego hasta 9 meses de vida.
- Concientizar al personal de enfermería en la importancia de la utilización de Escala Missie Campbell para realizar intervenciones propias de enfermería.
- Seguimiento del personal de enfermería en actividades de educación, promoción sobre la política de lactancia materna y vínculo madre-hijo.
- Fomentar a madre el cuidado del albergue materno para su mismo beneficio durante la estancia hospitalaria del neonato.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Gómez, P. S., y Andía Bustos, R. E. (2009). *Relación entre los tipos de apego según escala Masie-Campbell y perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural Niebla* (tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Austral de Chile, Valdivia. Disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fma283r/doc/fma283r.pdf>
- Alhusen, J. (2008). A literature update on Maternal-Fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 5(7), pp. 315 – 328. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x>
- Álvarez, G. L. y otros (2006). Infección urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica. *Revista de posgrado de la Cátedra de Medicina*, (155), pp. 20-23. Recuperado de http://kinesiomed.unne.edu.ar/revista/revista155/6_155.pdf
- Arias Mirga, H. E. (2007). *Factores determinantes de sepsis neonatal temprana en Prematuros del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé* (tesis de Médico-Grujano). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3037/1/Arias_nh.pdf
- Armaza V. y Esprella R. (2008). *Apego Precoz*. [Archivos del Hospital de La Paz, Artículo de Revisión] 6(1), pp. 28 – 38. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/textocompletobvsp/boxp21/v6n1/v6n1a05.pdf>
- Betancourt M. y otros. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel

- comportamiento alimentario *Universitas Medica*, 48 (3), pp. 261 -276). Recuperado de <http://med.javeriana.edu.co/public/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>
- Bogantes, J. y Solano D (2010). Infecciones Urinarias en el Embarazo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXVII (593), pp. 233-236. Recuperado de <http://www.binnass.sa.cr/revistas/rnc/593/art3.pdf>
- Botero H (2012). Relación madre hijo el amor en el desarrollo del cerebro del bebé, separación temprana, patrón de relaciones y salud mental. *Psicoanálisis XXI V* (Nº 2), pp. 133-175. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4491842.pdf>
- Bowlby J. (1990). *La pérdida afectiva, Tristeza y depresión*. Primera edición. Buenos Aires, Paidós Ibérica.
- Bulechek, M y otros. (2016). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NOC)*. (7ª ed). España: Elsevier.
- Cobo, T y otros (2016). Rotura Prematura de Membranas a Término y pre término. *Centro de Medicina Fetal, Neonatal de Barcelona*, 1 (1), pp. 1-12. Recuperado de https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/procolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematu%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf
- Coordinación Médica. (2014). *Colombiana de salud S A Guía de manejo de IVU en embarazo* [Documento electrónico]. Recuperado de http://www.colombianadesalud.org/GUIAS_ATENCION_MEDICINA/Infeccion%20Urinaria%20en%20el%20Embarazo%20GUIA%20DE%20REFERENCIA%20CDS%202014.pdf

- Condon, J. T. (1985). The parental foetal relationship a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4 (1), pp. 271-284. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3109/01674828509016729>.
- Coronell W y otros. (2009). Sepsis Neonatal. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, XXIII (90), pp. 57 – 68. Recuperado por <http://www.medigraphic.com/pdfs/revenf/infped/eip-2009/eip094f.pdf>
- Romero, A (2015). Infección urinaria en el embarazo, un riesgo para el feto. *Cuidate plus*. Recuperado de <http://www.dedicina.com/familia-y-embarazo/mi-bebe/2015/11/19/infeccion-urinaria-embarazo-riesgo-bebe-97272.html>
- Soto V., M (2014). *Enfermería como mediador del apego madre-bebé* [en SlideShare]. Recuperado de <http://es.slideshare.net/nsovercher/apego-41873944>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2009). *Estado Mundial de la Infancia EE UU Blossoming*
- Koch, M y otros. (2008). Ruptura Prematura de Membranas. *Revista de Posgrado de la Vicedecanatura de Medicina*, 182 (1), pp. 13-14. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista182/4_182.pdf
- Ministerio de Salud. (2012a). *Guías Clínicas para la atención hospitalaria del neonato. Dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria El Salvador*. San Salvador: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (2012b). *Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia El Salvador*. San Salvador: Ministerio de Salud

- Ministerio de Salud (2011). *Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo concepcional parto puerperio y recién nacido*. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud
- Orfali J. (2004). Sepsis Neonatal. Nuevas estrategias terapéuticas. *Revista Pediátrica Electrónica*, 1 (1), pp. 25-31. Recuperado por <http://www.enfermerias.com/portal/download/NEONATOLOGIA/Sepsis%20Neonatal.%20Nuevas%20estrategias%20terapeuticas.pdf>
- Ortiz, C (9 de diciembre del 2010). Inauguran el Hospital de San Vicente. *La Prensa Gráfica* Recuperado de <http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/departamentos/157160-inauguran-el-hospital-de-san-vicente>
- Pérez, R y otros. (2015). Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgos asociados en un hospital público del occidente de México. *Revista Chilena Infectología* 32 (4), pp. 387 – 392. Recuperado de <http://www.scieloacl/pdf/rci/v32n4/art03.pdf>
- Pimentá, J. (2014). *La importancia del vínculo temprano: Dada Madre e Hijo* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de http://sifp1.psicologia.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_fi nal_de_grado_3_laura_rey_2.pdf
- Poblote, J. y Carvagal, J. (2004). Rotura Prematura de Membranas. *Obstetricia The American College of Obstetricians And Gynecologists (ACOG)*, 1 (1), pp. 279 - 286. Recuperado de: <http://www.acogcl.com/descargar.php?48a8c1baf3d3d1faff04ebd7f555dfe>
- Ricardo Carzón, A N y Restrepo Montoya, D E (2013). *Influencia del vínculo afectivo madre/hijo en el desarrollo de la autonomía de los niños en situación de discapacidad* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Abierta y a Distancia

- Ibagué, Colombia*. Recuperado de <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2286/1/110505939.pdf>
- Rodríguez, C (2009). *Vademecum Académico de Medicamentos*. (5ª ed.). México: McGraw Hills
- Rodríguez E y Trigueros L (2012). Hapas de la vida: Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia. *Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Cantabria*, 1(1), pp. 1-45. Recuperado por <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguez%20E.pdf?sequence=1>
- Safrany K (2005). *Vnculo y Desarrollo Psicológico: La importancia de las Relaciones Temprana*. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), pp. 2-15. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num1/art105/nov_art105.pdf
- Vallejos y otros. (2010). Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla, *Enfermedades Infecciosas y microbiología*, 30(4), pp. 118 – 122. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104b.pdf>
- Ventura, J., Zelaya J. y Zelaya, E (2013). *Incidencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas de 15 a 35 años inscritas en el control prenatal, que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Llano Los Patos, Conchagua, La Unión; Las Marías, Nueva esparta, La Unión*, año 2013 (Tesis doctoral, inédita Universidad de El Salvador, El Salvador). Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/7292/1/50108049.pdf>
- Villanueva D, Pérez V y Ramírez, A (2012). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Sépticos del Recién Nacido, en el Segundo y Tercer Nivel de

Atención. *Guía de Práctica Clínica*, centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México pp. 1 - 107. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMiestro/283_GPC_SepsisNeonatal/SS-283-12_RER_SEPSIS_Y_CHOQUE_SxPTICO_RN.pdf

Vigil P. y otros (2011). Ruptura Prematura de Membranas. *Guía Clínica de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FLASOG* 1(1), pp. 1-19. Recuperado de <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GCIRPM.pdf>

Zuluet a, A. I. (s. f.). La relación madre-hijo. *Fundación de Down de Madrid*. 1(1), pp. 1-3. Recuperado de <http://psicopsi.com/LA-RELACION-MADRE-HIJO-Bowlby-Winnicott-Brazelton-Spitz>

ANEXOS

Anexo n° 1: Instrumento de recolección de Datos

EFFECTOS EN EL VÍNCULO MADRE-HIJO POR LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE DIEZ DÍAS DE NACIDO CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS, A CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y/O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Nombre del encuestador: _____

Fecha de administración: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____

Objetivo: Recolectar información sobre el vínculo madre-hijo consecuente a infección de vías urinarias a realizarse en madre de niños ingresados en el área de neonatología.

Indicaciones: observaciones

- Este instrumento será totalmente confidencial
- La información se utilizará únicamente con fines de aprendizaje, sin revelar su identidad

GUIA DE ENTREVISTA

I. Generalidades:

- Edad: _____
- Nivel académico: _____
- Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Unión libre

- Número de Embarazos: _____
- Número de hijos: _____
- Lugar de procedencia:
 - a) Área rural
 - b) Área urbana
- Edad: _____
- Nivel académico: _____

- Condición económica:
 - a) Baja
 - b) Media
 - c) Alta

- Su hijo fue:
 - a) Deseado
 - b) Planeado
 - c) Ambas
 - d) Ninguna de las anteriores
- Asistió a sus controles prenatales.
 - a) Sí
 - b) No

Si su respuesta fue sí, cuántos controles prenatales recibió: _____

- Respecto a la interacción con su hijo, ¿realizó el contacto piel a piel con su hijo al momento a su nacimiento?
 - a) Sí
 - b) No

- ¿Cómo actúa ante la hospitalización?
 - a) Ansiosa b) Preocupada c) Triste d) Indiferente e) Tranquila
 - ¿Cómo reaccionó su familia, al momento de la hospitalización de su hijo?
 - a) Triste b) Preocupados c) Indiferentes
 - ¿Se frustraba cuando no podía atender las demandas de su hijo?
 - a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca
 - ¿Detecta cuando su hijo tiene hambre o está lleno
 - a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca
 - ¿Sabe cuántas veces tiene que alimentar a su hijo?
 - c) Sí d) No
 - ¿Cómo ve la conducta de su hijo?
 - a) Llanto incontrolable b) Hipactivo c) Problemas para alimentación d) Ninguna de las anteriores
 - ¿Qué recomendaría a otras madres cuando tienen a sus hijos hospitalizados?
-

➤ Guía de observación de la madre

CONDUCTA A OBSERVAR A LA MADRE	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	X
MIRADA	Siempre evita mirar la cara del niño	Rara vez mira al niño a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño	Ocasional mente mira al niño a la cara	Frecuentes miradas largas y cortas a la cara del niño	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	No observado
VOCALIZACIÓN	Callada, nunca vocaliza	Palabras escasas murmuradas	Ocasional mente vocaliza al niño	Frecuentemente habla, murmurada y hace sonidos	Vocalizaciones intensas todo el tiempo	No observado
TOCANDO	Nunca toca al niño	Rara vez toca el niño	Ocasional mente toca al niño	Frecuentemente toca al niño	Si el niño está cerca siempre lo toca	No observado
SOSTENENDO	Rechaza al niño alterado o lo toma alejado de su cuerpo	Sostiene al niño en forma relajada	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente	Moldea su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldando a su cuerpo	No observado
AFECTO	Siempre está inmensamente angustiada y temerosa	Frecuentemente irritable, temerosa y apática	Ansiiedad moderada y/o agrandada o poco clara	Tensión ocasional, en general sonríe	Siempre sonríe	No observado
PROXIMIDAD O CERCANÍA	Se va del cuarto	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón del cuarto	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño	Contacto físico frecuente con el niño	Siempre en contacto físico con el niño	No observado

EFFECTOS EN EL VÍNCULO MADRE- HIJO POR LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE DIEZ DÍAS DE NACIDO CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS, A CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y/O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

> GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO MENOR DE DIEZ DÍAS

ITEMS			
• ¿Siempre da de lactar al niño?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Realiza buena técnica de lactancia materna?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Cuándo el niño llora incontrolable, se tranquiliza cuando la madre lo arrulla?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Si está cerca toca a la madre?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Activamente arquea el cuerpo al de la madre, se aferra a ella, nunca la evita?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿El niño Siempre está sonriente cuando está con la madre?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca

EFFECTOS EN EL VÍNCULO MADRE- HIJO POR LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE DIEZ DÍAS DE NACIDO CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS, A CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y/O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

> GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ITEMS			
• ¿Motiva constantemente la lactancia materna?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Educa lo suficiente sobre la forma correcta de la lactancia materna?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Se acerca a la madre cuando el niño o está llorando?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Le ayuda a la madre a identificar la causa del llanto del niño?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Le explica a la madre qué hacer cuando el niño está irritable?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Se acerca cuando la madre no estimula sensorialmente a su bebé y le explica cómo hacerlo?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Supervisa y apoya para que la madre sea independiente en el cuidado del bebé?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca
• ¿Permite que la madre exprese sus emociones y sentimientos, y ayuda a resolverlos?			
a) Siempre	b) Frecuentemente	c) A veces	d) Nunca

Anexo n° 2: Consentimiento Informado.

Universidad Dr. José Matías Delgado
Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Luis Edmundo Vásquez
Escuela Superior de Enfermería

“EFECTOS EN EL VÍNCULO MADRE-HIJO POR LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO MENOR DE DIEZ DÍAS DE NACIDO CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS, A CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y/O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO”

Estefany Barrientos, Jocelyn Madrid, Rogoberto Pineda.

Tel: 25166822

Nosotros como egresados de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Dr. José Matías Delgado, actualmente estamos realizando un estudio para conocer cuáles son los cambios que se dan cuando usted se separa de su hijo en los primeros días de nacido, por sepsis a consecuencia de una infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas en los último trimestre de embarazo, a la misma vez ver cómo su bebé ha reaccionado al estar sin usted durante esta ingresado en el hospital.

La participación consiste en una entrevista a las madres que están en el albergue, en la cual cada una podrá expresar su situación al permanecer separada de su hijo y sus experiencias anteriores, además utilizaremos una guía de observación para valorar la conducta del bebé y la madre al momento de la visita.

Su colaboración en la investigación es voluntaria, es decir, es su decisión si participa o no en el estudio. También es importante que sepa que si en un momento dado ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quiere responder o le ofende una pregunta en particular, tampoco habrá problema. Si tiene una pregunta acerca de la entrevista la puede hacer saber.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no le diremos a nadie sus respuestas, solamente sabrán las personas que forman parte de este estudio.

Si acepta participar le pido de favor coloque una (x) en el cuadro de abajo que dice “si quiero participar” y escriba tu nombre.

Si no quiere participar, no ponga ninguna (x) ni escriba su nombre.

Si quiero participar

No nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Firma _____

Anexo n° 3: Presupuesto de la investigación

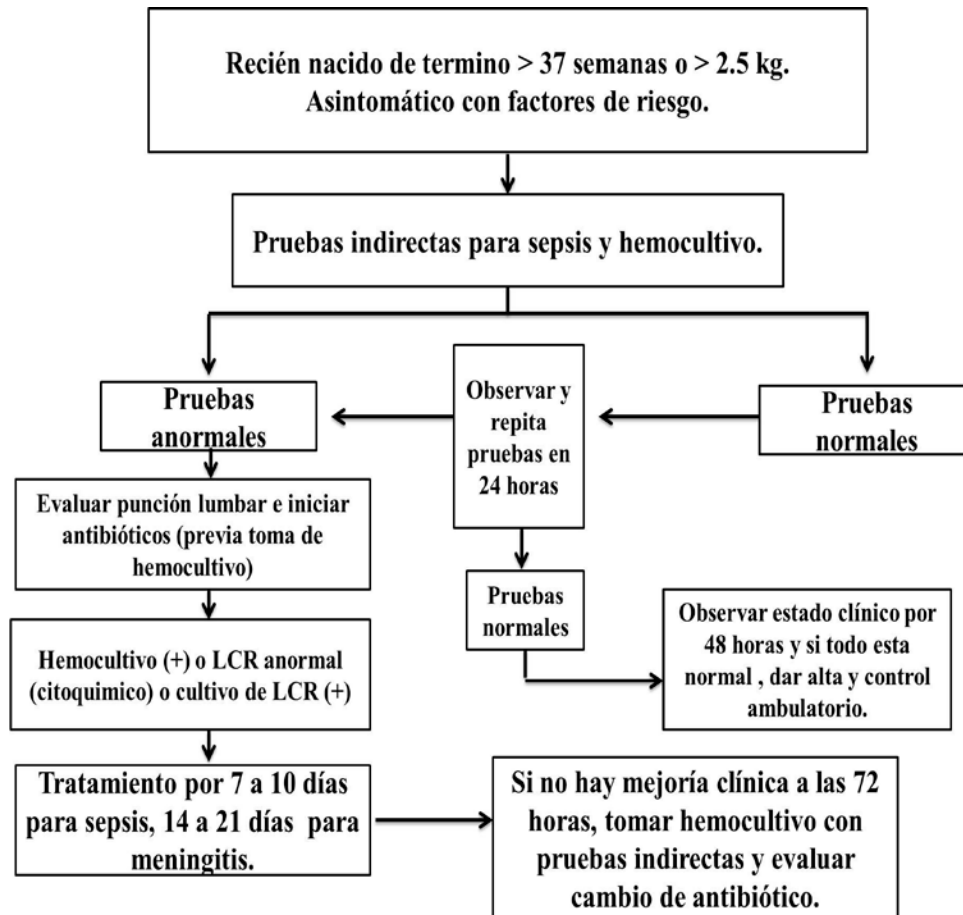
Rubro	Cantidad	Precio Unitario	Total
Res ma de Papel Bond	1	\$ 5.00	\$ 5.00
Lapi ceros	15	\$0.20	\$3.00
Lápi z	12	\$0.12	\$1.44
Int ernet	100 horas	\$1.00	\$100.00
I mpresi ones	750	\$0.10	\$75.00
Tr ansporte	20	\$3.70	\$74.00
Empast ado	3	\$8.00	\$24.00
Lapt op	1	\$ 400.00	\$400.00
Co mput adora	1	\$700.00	\$700.00
Tabl et	1	\$200.00	\$200.00
Cds	4	\$0.25	\$1.00
Tabl a de Apoyo	3	\$1.50	\$4.50
Copi as	600	\$0.03	\$18.00
Subt otal			\$1604.94
Imprevistos 10 %			\$160.4
Total			\$1765.34

Anexo n° 4: Cronograma de actividades.

Las actividades del proyecto de investigación, se calendarizan de la siguiente manera:

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Duración en días
Elcción del tema de investigación	13 de febrero del 2016	13 de febrero del 2016	1 día
Aprobación del tema de investigación	15 de febrero del 2016	19 de febrero del 2016	5 días
Elaboración del protocolo de investigación	11 de marzo del 2016	11 de noviembre del 2016	232 días
Aprobación del protocolo de investigación	14 de noviembre del 2016	18 de noviembre del 2016	5 días
Autorización de la ejecución del estudio	2 de diciembre del 2016	13 de enero del 2017	42 días
Levantamiento de datos (fase de campo).	16 de enero del 2017	1 de febrero del 2017	16 días
Procesamiento de la información	2 de febrero del 2017	3 de febrero del 2017	2 días
Elaboración del informe preliminar de resultados.	6 de febrero del 2017	8 de febrero del 2017	2 días
Entrega del informe final.	9 de febrero del 2017	9 de febrero del 2017	
Presentación y defensa de resultados.	15 de febrero del 2017	15 de febrero del 2017	

Anexo n° 5: Figura 1. Flujo grama de valoración y tratamiento del recién nacido de término asintomático con factores de riesgo para sepsis.



Fuente: Guías Clínicas para la atención hospitalaria del neonato. Dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria (MINSAL, 2012, p 161).