



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

TEMA:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE
RAMONA MERCER EN EL LACTARIO DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE
BOLÍVAR, PERIODO ENERO – ABRIL 2020”**

AUTORAS:

KARLA ESTEFANIA GAVILEMA TAPIA

ARIANA LISBED VELASCO GAIBOR

TUTORA:

LCDA: MERY REA

GUARANDA – ECUADOR

2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Himelda Gaibor, por ser el pilar más importante y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi padre Pedro Velasco, quien me ha brindado consejos y apoyo y sé que este momento sería tan importante para él como lo es para mí. A mi hermana María Velasco, quien siempre ha estado dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento. A mi esposo Anderson Valverde y mi hija Maite Valverde, por ser mi inspiración y fortaleza en los momentos en los que las cosas se ponían más difíciles. A toda mi familia en general ya que siempre tuvieron una palabra de aliento para no declinar en el camino hacia mi profesión. A mi compañera de tesis Karla Gavilema por haber formado un buen equipo y una linda amistad que nos ha permitido llegar hasta este valioso momento.

Ariana Velasco

A Dios por protegerme y darme fuerzas para superar cada obstáculo de mi vida. A mi abuelita Rosa Jara que ha velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional. A mi madre Mayda Tapia por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de mi vida. A mi padre Gilbert Gavilema que con su apoyo incondicional y sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mi compañera de tesis Ariana Velasco ya que con su ayuda y esfuerzo en equipo logramos culminar esta investigación.

Karla Gavilema

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a Dios por permitirnos llegar a este momento tan especial de nuestras vidas.

A nuestros padres por habernos apoyado a lo largo de la carrera

De igual forma a la Universidad Estatal de Bolívar por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.

Al Cuerpo Docente que integran la escuela de enfermería por su dedicación y comprensión durante todo el tiempo de aprendizaje.

Agradecemos a nuestra Directora de tesis Licenciada Mery Rea quien con su experiencia, conocimiento y motivación nos orientó a lo largo de esta investigación y sobre todo la amistad brindada.

Así mismo, deseamos expresar nuestro reconocimiento al Lactario Institucional de la Universidad Estatal de Bolívar por todas las atenciones e información brindada a lo largo de esta investigación.

Ariana y Karla

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Licenciada Mery Rea

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación denominado: "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE RAMONA MERCER EN EL LACTARIO DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR, PERIODO ENERO – ABRIL 2020". Previo a la obtención del título Licenciado/a en Ciencias de la Enfermería realizado por: las estudiantes; KARLA ESTEFANIA GAVILEMA TAPIA con cedula de identidad: 020254687-5 y ARIANA LISBED VELASCO GAIBOR con cedula de identidad 020209444-7, ha sido realizado mediante tutorías continuas y cumple con los requerimientos establecidos en el Reglamento de la Unidad de Titulación de la Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano, por lo que autorizo la presentación en las instancias respectivas para su evaluación y calificación.

Guaranda, 30 de junio del 2020



Licenciada Mery Rea

Tutor de proyecto

ÍNDICE

TEMA:.....	
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	III
ÍNDICE.....	IV
Índice de tablas.....	VIII
Índice de figuras	X
Índice de gráficos	X
Índice de anexos	X
TEMA:.....	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	17
1. EL PROBLEMA.....	17
1.1. Planteamiento del problema	17
1.1.1. <i>Contextualización</i>	17
1.2. Formulación del problema.....	24
1.3. Objetivos	24
1.3.1. Objetivo general.....	24
1.3.2. Objetivos específicos.....	24
1.4. Justificación.....	25

1.5.	Alcance, limitaciones y delimitaciones	28
1.5.1.	Alcance.....	28
1.5.2.	Limitaciones.....	28
1.5.3.	Delimitaciones	28
CAPÍTULO II		29
2.	MARCO TEÓRICO.....	29
2.1.	Antecedentes de la investigación	29
2.2.	Bases teóricas.....	38
2.2.1.	La enfermería	38
2.2.2.	Proceso de atención de enfermería (PAE)	39
2.2.3.	Valoración.....	40
2.2.4.	Tipos de valoración	41
2.2.5.	Fases de la valoración	42
2.2.6.	Estrategias para la recolección de datos.....	43
2.2.7.	Validación de datos	44
2.2.8.	Organización de datos.....	45
2.2.9.	Agrupación de datos	46
2.2.10.	Documentación y comunicación.....	47
2.2.11.	Diagnóstico.....	48
2.2.12.	Componentes del diagnóstico.....	49
2.2.13.	Taxonomía I	50
2.2.14.	Taxonomía II.....	51
2.2.15.	Ejes de la taxonomía II.....	55

2.2.16.	Fases de la Taxonomía.....	59
2.2.17.	Directrices para escribir las formulaciones diagnósticas	63
2.2.18.	Consideraciones en la redacción de diagnósticos enfermeros	64
2.2.19.	Planeación	65
2.2.20.	Elección de intervenciones de enfermería.....	66
2.2.21.	Tipos de intervenciones	70
2.2.22.	Desarrollo de planes de cuidados	72
2.2.23.	Tipos de planes de cuidado	73
2.2.24.	Elaboración de un juicio sobre la evolución del paciente	83
2.2.25.	Teoría de Ramona Mercer.....	91
2.2.26.	Hipótesis del modelo de Ramona Mercer	93
2.2.27.	Características del modelo de Ramona Mercer	95
2.2.28.	Estadios para la adquisición del rol maternal	99
2.2.29.	Lactancia Materna	100
2.2.30.	Indicadores del tipo de lactancia materna	101
2.2.31.	Pasos para la lactancia materna	102
2.2.32.	Composición de la leche materna	102
2.2.33.	Lactarios.....	104
2.2.34.	La enfermera y la lactancia materna	105
2.2.35.	Lactario institucional	106
2.2.36.	Lactario institucional Universidad Estatal de Bolívar	115
2.3.	Marco legal	120
2.4.	Sistema de variables	123

2.4.1. Variable dependiente	123
2.4.2. Variable independiente	123
2.4.3. Variable interviniente	123
2.4.4. Operacionalización de las variables.....	123
2.5. Definición de términos	127
CAPÍTULO III.....	130
3. MARCO METODOLÓGICO.....	130
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	130
3.2. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos.....	131
3.3. Población y muestra	131
3.4. Análisis de resultados	133
CAPÍTULO IV.....	170
4. RESULTADOS	170
4.1. Resultados por objetivos.....	170
4.2. Desarrollo de la propuesta	172
5. CONCLUSIONES	182
6. RECOMENDACIONES	183
7. Bibliografía.....	184
8. ANEXOS.....	197

Índice de tablas

Tabla 1 Dominios y clases de la taxonomía II	52
Tabla 2: Intervenciones sugeridas por la NIC según las clases y niveles	68
Tabla 3 Clasificación de resultados de enfermería NOC	85
Tabla 4 Técnicas e instrumentos aplicados	131
Tabla 5 Universo muestral	132
Tabla 6 Edad de las usuarias	133
Tabla 7 Etnia de las usuarias	134
Tabla 8 Estado civil	135
Tabla 9 Número de hijos	136
Tabla 10 Características de la vivienda	137
Tabla 11 Vinculo con la universidad	138
Tabla 12 Carrera en curso en caso de ser estudiante	139
Tabla 13 Ciclo académico.....	141
Tabla 14 Género y edad	142
Tabla 15 Apoyo familiar	145
Tabla 16 Planificación del niño.....	146
Tabla 17 Participación del padre en la crianza del niño	147
Tabla 18 Apoyo emocional	148
Tabla 19 Apoyo informativo sobre la importancia de la lactancia	149
Tabla 20 Estrés por lactancia	150
Tabla 21 Mantenimiento del apego emocional gracias al lactario de la UEB.....	151
Tabla 22 Seguro médico del niño	152
Tabla 23 Niños con discapacidad o enfermedad	153
Tabla 24 Cumplimiento del esquema de vacunación según su edad	154
Tabla 25 Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses del niño.....	155
Tabla 26 Alimentación complementaria o suplementaria antes de los 6 meses de vida.....	157

Tabla 27 Tipo de alimentación complementaria o supletoria suministrada.....	158
Tabla 28 Conocimiento de la existencia del lactario	159
Tabla 29 Cuidados recibidos en el lactario de la UEB	160
Tabla 30 Inconvenientes con la atención del niño en el lactario	161
Tabla 31 Equipamiento del lactario para cumplir con la alimentación y lactancia	162
Tabla 32 Disponibilidad de espacios adecuados en el lactario.....	163
Tabla 33 Disponibilidad en el lactario de espacios para la higiene de las mamas	164
Tabla 34 Existencia de un sistema de manejo de desechos.....	165
Tabla 35 Frecuencia y tiempo de uso del lactario a la semana	166
Tabla 36 Horas de uso del lactario alimentando al niño	167
Tabla 37 Acompañamiento y orientación sobre la lactancia recibida en el lactario.....	168

Índice de figuras

Figura 1: Proceso de Atención de Enfermería	40
Figura 2 Clasificación de resultados de enfermería (NOC).....	85
Figura 3 Modelo de rol materno de Ramona Mercer	98

Índice de gráficos

Gráfico 1 Estatus de desarrollo y crecimiento de los niños según su edad	143
--	-----

Índice de anexos

Anexo A Recursos	197
Anexo B Cronograma	198
Anexo C Presupuesto.....	199
Anexo D Instrumentos aplicados	200
Anexo E Validación del instrumento.....	202
Anexo F Registros fotográficos.....	205

TEMA:

Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020.

RESUMEN

Los Lactarios son áreas físicas adecuadas para brindar a las madres y niños lactantes espacios para la lactancia y alimentación del niño, permitiéndole a la madre cumplir con sus responsabilidades académicas o laborales, favoreciendo así el desarrollo del niño y del vínculo madre-hijo. En los Lactarios resulta necesaria la intervención del personal de enfermería, siendo este el encargado de cuidar a la madre y al hijo holísticamente. En tal sentido la presente investigación tiene como propósito proponer un Plan de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer para el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar. Para lograr el diagnóstico preciso de la situación actual del lactario se procedió a establecer las características socio demográficas, fisiológicas y psicológicas de los usuarios. El estudio fue realizado con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo transversal, el cual permitió recolectar la información empleando como técnica la encuesta, por medio de un cuestionario cerrado, sobre una población de 34 usuarias del lactario. Dichos resultados fueron valorados empleando la estadística descriptiva, arrojando como resultado las tendencias poblacionales generales que permitieron establecer el diagnóstico general. Los resultados más significativos fueron que; la población de madres presentaba disfunciones familiares e inestabilidad económica que acarrea ciertos niveles de ansiedad y estrés, en cuanto a los lactantes el diagnóstico principal fue un Índice de Masa Corporal superior al correspondiente para la edad en algunos casos, además de patrones de alimentación discordes a las necesidades nutritivas de cada grupo etario. Para subsanar tal situación se estructuró una propuesta de Proceso de Atención de Enfermería con un enfoque a los sistemas del modelo de Ramona Mercer, con el fin de fortalecer la vinculación madre-hijo y fomentando la lactancia materna en los primeros 24 meses de vida.

Palabras clave: Lactario, proceso de atención de enfermería, Ramona Mercer

ABSTRACT

A lactation room are adequate physical areas to provide nursing mothers and children spaces for breastfeeding and feeding the child, allowing the mother to fulfill her academic or work responsibilities, thus promoting the development of the child and the mother-child bond. Nursing staff require the intervention of nursing personnel, who are in charge of caring for the mother and the child holistically. In this sense, the purpose of this research is to propose a Nursing Care Plan based on the Ramona Mercer model for the lactating population of the Bolívar State University. In order to achieve an accurate diagnosis of the current situation of the lactating population, the socio-demographic, physiological and psychological characteristics of the users were established. The study was carried out with a quantitative approach of descriptive cross-sectional scope, which allowed the collection of information using the survey technique, through a closed questionnaire, on a population of 34 lactation users. These results were evaluated using descriptive statistics, resulting in general population trends that allowed establishing the general diagnosis. The most significant results were what; The population of mothers presented family dysfunctions and economic instability that brought about certain levels of anxiety and stress. Regarding infants, the main diagnosis was a Body Mass Index higher than that corresponding to age in some cases, in addition to discordant eating patterns. the nutritional needs of each age group. To correct this situation, a proposal for the Nursing Care Process was structured with a focus on the systems of the Ramona Mercer model, in order to strengthen the mother-child bond and promote breastfeeding in the first 24 months of life.

Key words: Breastfeeding, nursing care process, Ramona Mercer

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una actividad natural que contribuye a desarrollar los nexos emocionales entre la madre y el niño, además contribuye significativamente en la salud del niño fortaleciendo su sistema inmunológico, aporta la cantidad de nutrientes necesarios para el crecimiento, no produce reacciones alérgicas y es digerible por el niño lactante y en la madre disminuyendo el riesgo de desarrollar cáncer mamario y ovárico, además contribuye a la involución del útero.

Según explica la Organización Mundial de la Salud, “La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres”. (OMS, 2020)

En muchos casos las obligaciones y responsabilidades laborales o académicas de las madres hacen que se interrumpa el proceso de lactancia materna, llevando a un destete antes de los 24 meses de vida del niño o inclusive a la introducción de alimentos a la dieta del niño antes de cumplir los seis meses contraviniendo a las recomendaciones médicas sobre la lactancia exclusiva en ese período.

En tal sentido, muchas instituciones instauran en sus instalaciones espacios destinados a favorecer el cumplimiento del rol materno sin interferir con las responsabilidades de la madre. Dichas áreas son denominadas Lactarios y deben cumplir con ciertos parámetros de adecuación referentes a los equipos, instalaciones físicas y condiciones higiénicas, que permitan asegurar la lactancia materna de una manera correcta e inocua, resguardando la salud del lactante y de la madre.

Otro aspecto primordial de los lactarios es que deben contar con la supervisión y cuidados brindados por los profesionales de enfermería, los cuales desempeñan un rol de educación, cuidado, apoyo y soporte a la madre y al niño.

En la investigación presentada a continuación, se describe la función de los profesionales de enfermería en los lactarios con un enfoque en el modelo de cuidado de Ramona Mercer, el proceso de diagnóstico y atención según las taxonomías NANDA, NIC y NOC, combinando efectivamente la metodología científica y el apoyo emocional y psicológico necesario para brindar una atención integral en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

Para dar consecución a la investigación se procedió a estructurar el presente documento bajo la siguiente metodología científica;

Capítulo I: se definió la problemática de estudio desde un enfoque macro, meso y micro lo cual permitió establecer los objetivos de la investigación, los aspectos que justificaron su ejecución y a delimitar el alcance de la misma considerando las limitaciones posibles presentadas durante su ejecución.

Capítulo II: En este apartado se establecieron los conceptos, teorías e investigaciones realizadas bajo el mismo enfoque que permitieron conocer a profundidad la problemática de investigación y la perspectiva de análisis para poder presentar una solución efectiva.

Capítulo III: Se diseñaron las condiciones metodológicas, el enfoque investigativo, la población de estudio, las técnicas de recolección de información y el análisis descriptivo de los resultados obtenidos necesarios para el diagnóstico de la situación vivida en el Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

Capítulo IV: Con la información ya analizada, se procedió a establecer los resultados en base a cada objetivo de la investigación, determinando así su cumplimiento y

principales hallazgos encontrados Así mismo, se presentó la propuesta técnica de estudio, la cual comprendía el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer, según el diagnóstico del lactario de la UEB.

Capítulo V: Finalmente con los diagnósticos y aportes de la investigación se presentaron las conclusiones y recomendaciones relevantes de la investigación.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

La lactancia materna en los niños desde las primeras horas de su nacimiento hasta los dos años de edad representa para los lactantes una mayor posibilidad de supervivencia, puesto que al alimentar al niño con la leche materna se le suministran anticuerpos y nutrientes esenciales para su desarrollo.

Se conoce por estudios realizados por diferentes organismos internacionales, que la lactancia puede prevenir la muerte de 1,4 millones de niños cuyas edades oscilan entre 0 a 5 años, por los datos suministrados por estos entes, los niños que han sido amamantados por sus madres tienen seis veces más probabilidad de sobrevivir en los primeros seis meses de vida, que los niños que no fueron amamantados. Los niños que han sido amamantados sufren significativamente menos enfermedades de tipo respiratorias y diarreas, que las principales causas de muerte infantil, junto con las enfermedades infecciosas (Unicef, 2017)

En estudios practicados en los Estados Unidos sobre las causas de la mortalidad pos-neonatal, indicaron que ha habido un aumento de 25% de muertes en niños lactantes que no fueron amamantados por sus madres, igualmente el Reino Unido, realizó un estudio llamado “estudio de la cohorte del milenio” sobre la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, arrojó que habían disminuido en un 53% los casos de niños ingresados a los hospitales por diarreas y 27% por infecciones respiratorias. En información recaudada por la UNICEF entre los años 2000 y 2006, solo un 38% de los niños a nivel mundial en sus primeros seis meses de vida son alimentados únicamente con leche materna y un 39% es amamantado hasta aproximadamente hasta los 23 meses (Unicef, 2017)

América Latina presenta en general un bajo porcentaje de madres que amamantan a sus hijos desde los primeros años de vida. Entre el 2004 y 2010 se recopilaron datos estadísticos relacionados con la lactancia materna, que fueron publicados en la semana mundial de la lactancia, indicando que existen países como República Dominicana que es el país que tiene el porcentaje más bajo de práctica de lactancia materna de 0 a seis meses de edad, con solo un 7.7% de niños que son exclusivamente amamantados por sus madres, seguido por México con un 22,3%, honduras, Venezuela, Panamá, Cuba y Paraguay están por debajo del 30%, Guatemala, Costa Rica, Argentina, Uruguay, Bolivia y Perú se ubican entre 49,6% y 68,3%, siendo este último el de mayor porcentaje (Mazariegos, 2014).

En Ecuador, el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos señala que un 54,6 % de los niños menores de seis meses fueron alimentados sólo con leche materna en sus primeros seis meses de vida y sólo un solo 40,6% fue amantado en las primeras 24 horas, solo el 34,7% llegan amantar sus hijos hasta los 4 a 5 meses. En base a esta información sólo uno de cada dos niños se alimenta exclusivamente de leche materna, se observó además que a medida que el nivel de instrucción de la madre es mayor, el porcentaje de madres que amanta a sus hijos es menor (Heredia, 2020).

En año 2015 se realizó en Ecuador una actividad con la finalidad de realizar una evaluación de las debilidades y fortalezas de los programas y políticas gubernamentales relacionadas con lactancia en los primeros meses del niño y la alimentación de los niños pequeños, la cual se realizó a través de la “Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia”(WBTi), lo cual dio como resultado una puntuación de 3/10 en la escala de valoración en cuanto a programas y políticas del estado orientadas a la alimentación de todos los niños menores de 5 años.

El Código del Trabajo de Ecuador señala entre su articulado (Art. 155) que las madres en los 12 meses posteriores al parto dispondrán de un horario de trabajo sólo de seis horas diarias, para que puedan lactar a sus hijos durante ese tiempo, pero al aplicar este horario las madres se ven en la necesidad de buscar una alimentación alternativa para las horas que se encuentran laborando, dejando de ser una alimentación exclusivamente materna

Según explica (Herrera, 2016), reportes de la Encuesta Nacional y Nutrición indicaban que cerca del 50% de las madres de Ecuador iniciaban el proceso de lactancia materna exclusiva, sin embargo, el período de lactancia exclusiva solo alcanzaba un promedio de 2.4 meses, pese a que la recomendación es que el neonato reciba lactancia materna exclusiva mínimo hasta los 6 meses de vida.

En ese mismo documento refiere que la causa primordial de estadísticas tan bajas resulta de la inserción laboral materna a los 3 meses de vida del niño, a pesar de ley del trabajo. En tal sentido expresa la autora que se promueva la existencia de salas de apoyo a la lactancia materna en aquellos centros de trabajo o educacionales donde se encuentren números considerables de mujeres en estado fértil, esto con el objetivo de no truncar con la alimentación neonatal y el desarrollo profesional o académico de las madres.

En la provincia Bolívar, se observa que del total de niños lactantes, solo el 52% de los niños recibe una lactancia materna exclusiva quedando una población de 48% de niños que no reciben lactancia materna exclusiva, esto en gran parte se origina por ser una zona rural del país y la mayoría de las mujeres desconocen la importancia de la alimentación del niño con leche materna exclusivamente y alimentan a sus hijos lactantes solo en base al biberón elaborado, en la mayoría de los caso con productos que no cubren las necesidades básicas de alimentación de los niños menores de dos años. (Ramírez, 2010)

El abril del año 2019 fue firmado un acuerdo entre las empresas, industrias, instituciones públicas y privadas y los ministerios de Salud y Trabajo de Ecuador para implementar lactarios dentro de las áreas de estas organizaciones, con el propósito que las madres lactantes puedan extraer su leche materna y tener sitios acondicionados para almacenarla de forma segura para luego poder administrarla a sus hijos al retornar al hogar. Los empleadores deberán permitir a las madres realizar este procedimiento durante las seis horas laborables y por un período de un año. Todo esto con la finalidad de que los hijos menores de 12 meses de madres trabajadoras o estudiantes puedan tener las mismas condiciones de aquellos que están con su mamá la mayor cantidad de tiempo. (Heredia, 2019)

En Ecuador existen un número aproximado de 67 establecimientos públicos y privados que ya cuentan con un lactario. Este avance, han contribuido a que hoy muchas mujeres que estudian y son trabajadoras en distintos organismos e instituciones, cuenten un sistema con condiciones laborales dignas, que les permiten el ejercicio de sus derechos y el de sus hijos a ser amamantados, en condiciones de equidad. Sin embargo, existe un gran número de instituciones públicas y privadas que aún no cuentan con el servicio pese a estar obligadas a su implementación, haciendo caso omiso de esta obligación (Heredia, 2019).

La lactancia materna es un derecho y un deber que tienen todas las madres lactantes para alimentar a sus hijos, con este propósito se deben acondicionar espacios cómodos, privados, higiénicos y seguros donde las madres trabajadoras sin distinción de rango o status de una organización o las estudiantes puedan acceder a extraer su leche materna para sus hijos pequeños, pues los niños también tienen el derecho a ser alimentados adecuadamente

El objetivo primordial para la creación de los lactarios fue implementar una táctica para la promoción de la lactancia materna en las madres, en especial en las madres primerizas, práctica que está siendo remplazada por la alimentación con productos que tratan de imitar

los componentes de la leche materna, a pesar de que es del conocimiento de médicos y científicos que la leche materna es el alimento más saludable y apropiado para los niños desde las primeras horas de su nacimiento por su contenido proteico y de anticuerpos que le pasa la madre a su hijo, además el contacto del niño con la madre al momento de ser lactado crea lazos entre ambos y le proporciona seguridad al niño ayudándolo en su desarrollo emocional y afectivo.

En otro orden de ideas, el Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento que guía al personal de enfermería al momento de planificar los cuidados que se le van brindar a los pacientes. Estos instrumentos son una herramienta que agiliza el trabajo prestando un servicio a los pacientes de calidad y ayuda al personal a comprender mejor los términos médicos utilizados en su día a día (Gálvez, 2018).

El no contar con un Plan de Atención de Enfermería (PAE) dificulta a los enfermeros a que se mantenga una continuidad de los tratamientos y cuidados que se deben prestar a los pacientes, ya que, sí el personal de enfermería no comprenden claramente las condiciones en cuanto a la enfermedad de los pacientes, puede ocasionar un sin número de consecuencias a los mismos, que en algunas ocasiones pueden ser graves e irreversibles (Gálvez, 2018)

Por consiguiente, la deficiente elaboración e integración del plan de cuidados donde se valore, diagnostique y planifique, puede afectar la calidad de la atención y el seguimiento de la evolución del paciente, trayendo como consecuencia un deficiente tratamiento. El plan de cuidados es una herramienta de trabajo de gran valor, su aplicación puede determinar la rehabilitación del paciente, sin embargo, la realidad de la enfermera es otra, pues la enfermera pasa la mayor parte del tiempo del ejercicio de su profesión, ejecutando cuidados básicos de enfermería relacionados o no con la enfermedad del paciente, lo que origina un plan de atención de cuidados muy incompleto por falta de tiempo para su elaboración

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal propone en una parte el rol de las enfermeras en la adopción del rol de madre, para ello debe tener presente el entorno familiar, el trabajo que desempeña la madre, sus creencias religiosas y otras entidades que puedan influir en el desarrollo de este rol. Para Enriquez (2015)

Esta situación expone la importancia de desarrollar el rol maternal, para poseer la competencia de cuidado e identificación con ella misma como madre y con su hijo; porque todas las intervenciones anteriores es probable que no las ejecute si no ha adoptado el rol maternal. (pág. 13)

Esta teoría implica un proceso bidireccional y evolutivo que se realiza por un periodo de tiempo, durante el cual la madre sufre un proceso de transformación dinámica y un desarrollo de su personalidad donde evoluciona como persona y mujer, lo que significa el logro de su rol maternal, al sentirse cada vez más vinculada con su hijo, adquiriendo habilidades relacionadas con los cuidados de su nuevo rol de madre, experimentando nuevos sentimientos y gratificación al ejercerlo, igualmente hay cambio en sus emociones al experimentar una sensación de armonía e intimidad constituyendo de esta forma su identidad de madre.

El modelo de la adopción planteado por Mercer gira alrededor de sistemas relacionados con su entorno llamados “círculos concéntricos de Bronfenbrenner”, estos círculos comprenden:

- El microsistema que comprende el entorno próximo a la madre donde se encuentra la familia y los factores relacionados con el funcionamiento de la familia, las interacciones entre la madre y el padre, el respaldo del entorno social y el estrés generado por el nuevo rol. Mercer incluyó en este círculo a el padre al ser un apoyo para disminuir las tensiones originadas en la relación madre-hijo (Enriquez, 2015) .
- El mesosistema el círculo donde interactúan todas las personas que conforman el microsistema. Estas interacciones como el sitio de trabajo, las relaciones con los

miembros de la comunidad, los cuidados diarios del niño, pueden influir en el desarrollo del rol de madre y en desarrollo del niño (Enriquez, 2015) .

- El macrosistema que conforma este círculo implica las repercusiones a nivel social, las influencias políticas y culturales que actúan sobre los otros dos sistemas. Las condiciones de los servicios de salud y los impactos de estos sobre la salud de la madre y el hijo, junto con las leyes de protección a las madres influyen significativa en la aceptación del rol de madre (Enriquez, 2015)

La Universidad Estatal de Bolívar entre sus dependencias destinó un área para que los niños de estudiantes y personal que allí laboran jueguen mientras sus madres estudian o trabajan, dentro de este mismo espacio las madres lactantes acuden alimentar a sus hijos dando en cierta forma cumplimiento a la normativa laboral emanada del Ministerio del Trabajo y Salud Pública. Este espacio no cumple con las condiciones higiénicas necesarias para que las madres lacten a los niños recién nacidos o extraigan su leche, además no cuenta con espacios de almacenamiento que estén acordes con las normas establecidas.

Además, los niños que son dejados por sus madres en este espacio son atendidos por enfermeras que se encargan de supervisarlos y cuidarlos, pero este personal no cuenta con un Plan de Atención de Enfermería que esté acorde a las necesidades y seguridad de las madres y sus hijos lactantes, donde se establezcan medidas preventivas y acciones en caso de ocurrir una eventualidad.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Ramona Mercer beneficia los cuidados ofrecidos en el Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Diseñar un Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Realizar la caracterización sociodemográfica de la población de usuarias del Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.
2. Diagnosticar las necesidades de las usuarias del Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar a través de una encuesta basada en el modelo de Ramona Mercer.
3. Proponer un Plan de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer ajustado a las necesidades del Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

1.4. Justificación

Los enfermeros tienen que estar capacitados para apoyar a sus pacientes en diferentes circunstancias y satisfacer sus necesidades médicas y emocionales. El proceso de atención de enfermería es la base en el proceso de curación de un enfermo, por lo que se necesita la capacitación constante de los profesionales de enfermería para adaptarse a los nuevos avances de la medicina. Partiendo de esta realidad Ramona Mercer, enfermera norteamericana planteó un modelo para la atención de las madres en 1980, tomando en cuenta las relaciones de la madre con el entorno y cómo influyen en la adopción del rol de maternal (Alligod & Tomey, 2018).

El cuidado de la madre en su período perinatal, comprendido desde las 22 semanas de embarazo aproximadamente hasta un mes después del parto, es una etapa donde el personal de enfermería ejerce un rol que es fundamental para la madre y el niño, los enfermeros brindan a las mujeres embarazadas ayuda profesional y emocional durante la gestación, el parto y en posparto, colaborando y enseñando a la madre al cuidado integral de ella y del niño, fomentando la relación madre-hijo (Alligod & Tomey, 2018).

En la actualidad, muchas mujeres deben dar continuidad a sus obligaciones laborales o a su formación académica, desmejorando en algunos aspectos la atención que brindan a sus hijos, en especial si estos se encuentran en edad lactante. Es por ello que en el Ecuador resulta indispensable ofrecer a las madres en etapa estudiantil o laboral, espacios donde se brinden cuidados y la opción de continuar con la lactancia materna sin interrumpir los estudios académicos.

La Universidad Estatal de Bolívar actualmente presenta una población de madres lactantes provenientes de diferentes lugares de la provincia, que se ven en la necesidad de dejar a sus hijos al cuidado de otras personas, lo que implica dejarlos de amantar o combinar con

biberones la alimentación del niño, en vista a esta situación la Universidad cuenta con un lactario que sirve a toda la población infantil hijos de trabajadoras y estudiantes, sin embargo, la gestión de este espacio, carece de un Plan de Atención de Enfermería que permita ofrecer cuidados apropiados a los niños, acordes con las necesidades particulares de la población usuaria del lactario, siendo esta situación la razón por la cual el presente estudio surge como una motivación para satisfacer dicha **necesidad**, postulando un Plan de Atención de Enfermería basado en el Modelo de Ramona Mercer.

En ese orden de ideas, la propuesta de un Plan de Atención de Enfermería, resulta **importante** puesto que permitirá al profesional de enfermería encargado de los lactarios, conocer y aplicar un proceso de atención especializados, de acuerdo a las necesidades de cada madre y niño lactante, ayudándolos a cumplir con etapa tan importante de la vida como lo es la lactancia materna. Así mismo facilita y capacita a dicho profesional a reaccionar ante situaciones no deseadas promoviendo así la seguridad de cada niño y madre usuaria del servicio.

En cuanto a su **utilidad**, el Plan de Atención de Enfermería ayudará a identificar las necesidades de cada madre, detallar las características sociales, económicas y geográficas de las madres y su familia, identificar el objetivo primordial del lactario y en base a estas observaciones realizar un diagnóstico holístico que promueva las condiciones saludables de la madre y el niño, contribuyendo a mejorar su la calidad de vida. De igual forma, con un plan enfocado en el modelo de Ramona Mercer, contribuirá a la adopción de rol maternal y a la promoción de la lactancia materna.

Esta investigación es trascendental por su **pertinencia**, relevancia e importancia ya que promueve la lactancia materna, previene cuadros diarreicos y enfermedades infecciosas, ayuda en diferentes aspectos en el desarrollo psicológico, físico e intelectual de los niños al

fortalecer el vínculo madre-hijo. De igual forma, con esta investigación se espera visibilizar esta problemática existente mediante la recolección de evidencias y de esta manera, formular estrategias conjuntas orientadas a mejorar la calidad de vida de la población del lactario de la “Universidad Estatal de Bolívar” de la provincia Bolívar de Ecuador.

En relación a la **factibilidad** de desarrollar el estudio, la investigación cuenta con el apoyo técnico e informativo por parte de las autoridades de la Universidad Estatal de Bolívar y del personal de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Carrera de Enfermería, así mismo cuenta con la disposición y motivación de las investigadoras, ya que por medio del mismo se aplicarán los conocimientos adquiridos durante la formación académica y los resultados obtenidos serán un aporte significativo a toda la comunidad de la provincia Bolívar y a la universidad.

Con la propuesta de un Plan de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer se buscará **beneficiar** de manera directa a las madres trabajadoras y estudiantes lactantes de la Universidad Estatal de Bolívar y a sus hijos que acuden al lactario, contribuyendo a mejorar su la calidad de vida al permitir continuar con sus estudios profesionales y cumplir con el rol de madres que es tan importante en la primera infancia, así mismo se beneficiarán el grupo familiar, al ofrecer cuidados y diagnósticos acordes a las necesidades de cada usuaria, promoviendo la unificación de la familia y los valores familiares. De manera directa se beneficia a la Universidad Estatal de Bolívar, puesto que se mejoran las condiciones ofrecidas a las trabajadoras y estudiantes lactantes, influyendo de forma positiva en su calidad de vida de las diferentes usuarias en la actualidad y en el futuro. De manera indirecta se beneficia a la comunidad estudiantil de la carrera de enfermería sentando un precedente de la estructuración de un Plan de Atención de Enfermería basado en el Modelo de Ramona Mercer al ser aplicado en las propias instalaciones, lo que le permitirá

conocer y concientizar la importancia de la metodología científica durante los cuidados ofrecidos por los profesionales de enfermería

1.5. Alcance, limitaciones y delimitaciones

1.5.1. Alcance

La presente investigación tendrá como alcance a la población de usuarios y responsables del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

1.5.2. Limitaciones

La presente investigación no presenta limitaciones significativas puesto que cuenta con la disposición de las autoridades, usuarios y de las autoras para su ejecución.

1.5.3. Delimitaciones

La presente investigación se realizará en el período académico Enero-Mayo 2020

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

La lactancia materna desde las primeras horas del nacimiento hasta los seis meses, es fundamental para el desarrollo del lactante, existen diferentes estudios anteriores a esta investigación sobre la lactancia y las diferentes formas de mantener esta alimentación exclusiva en los niños recién nacidos, para lo cual es necesario fomentar entre las madres, empresas y universidades la creación de lactarios para disminuir el abandono de la lactancia durante este período.

Los siguientes antecedentes Nacionales e Internacionales, sirven como base para desarrollar la presente investigación.

Nacionales

“La utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica preprofesional de internos de enfermería de la Universidad de Cuenca” fue el título de la investigación realizada en la ciudad de Cuenca en el año 2019 por Campoverde y Chuquimarca, con la finalidad de “Determinar la utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica preprofesional de los internos de enfermería de la Universidad de Cuenca”, para lo cual desarrollaron un estudio con un enfoque cuantitativo y descriptivo.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está orientado a fomentar el cuidado suministrado por el personal de enfermería de una forma organizada e individualizada, en busca de obtener un resultado satisfactorio en la aplicación de las diferentes intervenciones realizadas. Para estudiar como funcionan las taxonomías NANDA, NOC y NIC se trabajó con una población de 106 Internos de la carrera de Enfermería y con una muestra de 97 Internos de Enfermería, a los que se les pidió elaborar un Plan de cuidados utilizando las

taxonomías previamente explicadas por los investigadores debidamente documentados, este plan debía ser enfocado para un caso en particular y posteriormente se aplicó una encuesta a los Internos de Enfermería para verificar si fueron utilizadas correcta o incorrectamente. Posterior al análisis de las respuestas suministradas, los resultados indicaron que el 63,9% de los Internos de Enfermería tienen los conocimientos teóricos básicos de las taxonomías, el 64,9% de los Internos de Enfermería saben cómo elaborar un Plan de Cuidados utilizando las taxonomías, pero un 66,1% no las utiliza. En conclusión, los Internos de Enfermería en su mayoría no usan las taxonomías en su práctica diaria en parte por no darle mucha importancia a la aplicación de las mismas (Campoverde & Chuquimarca, 2019).

En la Universidad de Sn Francisco de Quito, en el año 2017, se elaboró un “Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Lactancia Materna, en Beneficiarias de las Salas de Apoyo a Lactancia Materna de Corporación GPF y personal de limpieza de la USFQ” por Dassum, motivada por la importancia de la lactancia materna y los beneficios que trae consigo el amamantar a los niños recién nacidos.

Las madres ecuatorianas en muchas ocasiones se ven obligadas por sus trabajos y estudios a abandonar la lactancia exclusiva de sus hijos a partir de los cuatro meses de vida, es por ello que se propuso entre los objetivos de la investigación “Identificar las temáticas de mayor impacto al momento de educar para desarrollar un módulo de educación en lactancia materna para las beneficiarias de las salas de apoyo a la lactancia de ambas instituciones”. Las salas de lactancia son espacios en los centros de trabajo o centros de estudio, que se encuentran diseñados especialmente para que las madres lactantes puedan extraer su leche materna de una forma segura e higiénica, para ser suministrada posteriormente al bebe y de esta forma no interrumpir el período de lactancia exclusiva con leche materna.

La investigación se fundamentó en un estudio cualitativo, tipo transversal, en el cual participaron 26 mujeres de 21 a 44 años de edad, de un grupo de 27 mujeres trabajadoras, este grupo de mujeres fueron seleccionadas por criterios de inclusión. Para iniciar la investigación se le aplicó al grupo seleccionado un cuestionario para averiguar el nivel de conocimiento sobre la lactancia y los lactarios, posteriormente a ello, recibieron capacitación sobre la lactancia materna, para lo cual se desarrollaron cuatro módulos teórico-práctico basados en técnicas de amamantamiento y la importancia de los lactarios. Posterior a ellos se les aplicaron otros cuestionarios, cuyas respuestas se analizaron y compararon utilizando un programa de Microsoft Excel, arrojando como resultado que el 34,6% mejoró su nivel de conocimiento sobre cómo se debe alimentar a los niños recién nacidos, en relación a extraer y almacenar la leche materna, además el 20% desconoce los procedimientos y más del 80% no siente confianza que otra persona alimente a su bebe. En conclusión, la utilización de salas de apoyo para la lactancia materna dentro de las instituciones, contribuyen a disminuir el grado de desnutrición infantil y a prevenir el desarrollo de enfermedades en los niños recién nacidos, pero existe un gran desconocimiento del uso de estas salas y no son prioritarias para las instituciones (Dassun, 2017).

Durante el año 2019, Ruiz y Ubidia, realizaron un estudio titulado “Conocimiento y Práctica de Lactancia Materna en Adolescentes” en la ciudad de Riobamba, de Ecuador, para realizar la investigación se basaron en un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Para la Organización Mundial de la Salud la lactancia materna es insustituible en los primeros seis meses de vida del niño, la alimentación del recién nacido con leche materna debe ser exclusiva para obtener mayores beneficios en cuanto a inmunidad, enfermedades y desarrollo, la madre al amantar a su hijo disminuye además los riesgos de mortalidad infantil.

Como objetivo se plantearon “Describir el conocimiento y práctica de la lactancia materna en adolescentes en función de la interactividad madre-hijo, para la estructuración de un plan

de cuidados en base a la NANDA y los conceptos de la Teoría Interactiva de Lactancia, mediante seguimiento a la población en estudio en el área de influencia de 3 centros de salud de la ciudad de Riobamba”, para alcanzar este objetivo trabajaron con 63 madres cuyas edades oscilaban entre los 10 años y 19 años con las que trabajó con un método empírico utilizando la “Escala Interactiva de Lactancia Materna”, que contempla diferentes aspectos, como son los relacionados con la percepción de la madre de su hijo, ambiente para amantar al bebe, desarrollo del rol materno, formas de extracción de la leche materna, entre otros tópicos. Posterior al análisis de los datos obtenidos los resultados indicaron que, el 83% de las madres considera que los bebes extraen correctamente la leche materna, el 74,6% cree producir la suficiente leche materna, el 77,78% se sienten cómodas amamantando, el 90,48% están conscientes de que amamantar es beneficiosos para él bebe. En conclusión, la conformación de un plan de cuidados basado en NANDA y en los conceptos de la Teoría Interactiva de Lactancia, por las enfermeras, puede contribuir a mejorar el proceso de amamantamiento y aumentar el nivel de conocimiento de las madres lactantes (Ruiz & Ubidia, 2019).

En la Universidad de Guayaquil de Ecuador se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo, sustentándose en un estudio descriptivo, de campo sobre la “Importancia del mantenimiento del banco de leche materno domiciliario a madres en periodo de lactancia asistidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús” durante el año 2015. Para realizar la investigación, Velasco y Vera se plantearon como objetivo, “Establecer la importancia del mantenimiento del banco de leche materno domiciliario a madres en periodo de lactancia que asisten al Hospital Especializado “Mariana de Jesús”. La leche materna es considerada como el alimento que tiene la capacidad de satisfacer todas las necesidades alimenticias del niño en sus primeros seis meses de vida, al aportar los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse y fortalecer el sistema nervioso central. Los lactarios son espacios creados con

la finalidad de que las madres dispongan dentro de un centro de trabajo o dentro de su hogar de un lugar donde puedan extraer y almacenar en una forma higiénica la leche materna.

Las investigadoras trabajaron con una población de 1800 madres lactantes y una muestra conformada por 91 madres seleccionadas con la fórmula de muestreo probabilístico, las cuales fueron observadas durante el proceso por un período de dos meses, al cabo de este tiempo se le aplicaron una encuesta para recaudar la información necesaria para ser tratados luego con un programa Excel, arrojando como resultados que el 55% de las madres son menores de 18 años, el 44% son estudiante, el 23% son trabajadoras y el 97% considera que es necesario disponer de un banco de leche materna. Llegaron a las siguientes conclusiones, la mayoría de las madres no extraen su leche y no utilizan ningún método para conservarlo, a pesar de tener conocimiento de los lactarios no les dan importancia debida, a pesar de disponer de un lactario en el Hospital y las enfermeras/os no les enseñaron en su permanencia en el Hospital las técnicas para extraer y conservar la leche materna (Velasco & Vera, 2015).

Internacionales

Durante el año 2018, en Chiclayo, Perú, Sánchez desarrolló una investigación sobre las “Percepciones de las enfermeras en la manipulación y conservación de la leche materna en la Maternidad Mariana de Jesús-Guayaquil” motivada por las observaciones realizadas por la autora en relación a los procedimientos que realizan las enfermeras para preservar la leche materna. Las estadísticas manejadas por diferentes organismos mundiales como la OMS indican la existencia de 15 millones de nacimientos prematuros en un año a nivel mundial, lo que trae como consecuencia un cuidado extremo y alimentación por amamantamiento adecuada de los neonatos.

El personal de enfermería son los encargados de suministrar los cuidados a los neonatos y tienen la obligación de vigilar los procedimientos utilizados para manipular y almacenar la

leche materna que van a suministrar a estos niños prematuros, tienen que supervisar continuamente que no se contamine con agentes externos como microbios o bacterias, que no se dañe por un mal almacenamiento. Surgiendo en base a estas necesidades el estudio cuyo objetivo fue “Identificar, analizar y comprender las percepciones de las enfermeras sobre la manipulación y conservación de la leche materna. Maternidad Mariana de Jesús”.

Para lo cual se desarrolló una investigación de tipo cualitativa con la finalidad de estudiar la percepción de las enfermeras de la maternidad, con un estudio de caso estructurado en cinco fases, se contó para el desarrollo del estudio se contó con la colaboración de 23 enfermeras licenciadas con las que se recogieron los datos primarios utilizando una entrevista semiestructurada, que posteriormente fueron analizados por la investigadora, indicando que, existen beneficios significativos relacionados con el procesamiento de la leche materna, observó que la infraestructura y los equipos para mantener la leche materna son insuficientes y deficientes, además existe falta de compromiso por parte del personal de enfermería para el manejo correcto de la leche materna (Sanchez, 2018)

En el año 2017, en San Cristóbal, Venezuela, fue publicado un trabajo de investigación por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría sobre el “Impacto del lactario domiciliario en madres trabajadoras del Hospital Central de San Cristóbal” , esta investigación la ejecutaron Núñez, Franco y Labrador, quienes se plantearon como objetivo “Evaluar la presencia de lactarios domiciliarios y la reducción en el porcentaje de abandono de la lactancia materna por parte de las madres trabajadoras que fueron atendidas en el Hospital Central de San Cristóbal durante el año 2015”.

Lactar a un recién nacido desde las primeras horas de vida, es contribuir a disminuir en él bebe la adquisición de enfermedades infecciosas, al suministrarle a través de la leche materna anticuerpos que favorecen su protección inmunológica, además cuando la madre

amamanta al recién nacido crea lazos afectivos entre ellos y le da seguridad emocional a su hijo, pero en la actualidad en Venezuela las madres en su mayoría trabajan o estudian y se ven en la imperiosa necesidad de suspender la lactancia a su hijo y sustituir la leche materna por alimentos elaborados. Para estudiar esta situación se desarrolló una investigación de tipo experimental, transversal, prospectiva, se contó con la colaboración de una población de 285 madres, las cuales se dividieron en dos grupos, uno control formado por 150 madres que no recibieron ningún tipo de formación y un grupo objeto de estudio formado por 135 madres, ambos grupos fueron consultados con un cuestionario sobre los conocimientos de la lactancia materna antes de realizar las actividades propuestas y, el nivel socio-económico y educativo. Posterior a esta actividad se procedió con el grupo experimental a suministrarles la información sobre la creación y funcionamiento de lactarios domiciliarios, se les explicó como extraer y como conservar la leche materna en sus hogares, a las cuales se les hizo el seguimiento por dos meses y registrando las observaciones relacionadas con el funcionamiento del lactario en sus hogares.

Los resultados indicaron que, las madres que no recibieron formación dejaron de amantar en un 67%, en comparación a un 25% de las madres que realizaron el lactario domiciliario, la causa de abandono de amantar fue el trabajo en un 66% de las madres sin lactarios y un 25% de las madres con lactarios. En conclusión, la promoción de lactancia exclusiva en las madres lactantes y la utilización de lactarios domiciliarios contribuyen significativamente a que las madres amamenten por mayor tiempo a sus hijos (Núñez, Franco, & Labrador, 2017).

Rodríguez llevó a cabo una investigación en España, relacionada con “El papel de enfermería en los planes de promoción de Lactancia Materna” durante el año 2015, al observar que cada día las madres recurren a la alimentación de sus hijos con biberones con alimentos sustitutos de la leche materna. Organismos Internacionales como la UNICEF y OMS realizaron en 1990 una declaración conocida como la Declaración de Innocentil donde

se invita a los gobiernos a nivel mundial a aplicar medidas para promover entre las madres la lactancia materna desde las primeras horas del nacimiento y mínimo hasta los seis meses de edad, destacando los beneficios para el recién nacido y para la madre lactante. Para realizar la investigación se propuso alcanzar el objetivo de “Describir las intervenciones y actividades que desempeña el profesional de enfermería, dirigidas a favorecer y apoyar el inicio y continuidad del amamantamiento, y que se encuentran recogidas en las Guías y Planes de promoción de la Lactancia Materna”.

Para alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio descriptivo, utilizando una investigación cualitativa y comparativa. Utilizando los Procesos de Atención de Enfermería aplicados en la taxonomía de NANDA, se procedió a la elaboración de planes y guías, donde se abarcaron las diferentes necesidades de las madres lactantes desde las primeras horas posteriores al alumbramiento y contribuyendo, además, a aumentar el nivel de conocimientos relacionados con el proceso de amamantamiento, tanto de la madre como del personal de enfermería.

En el desarrollo del estudio se procedió a realizar una revisión bibliográfica utilizando palabras claves relacionadas con el tema de estudio, para ellos se utilizaron las bases de datos Dialnet, Cochrane plus, el Índice Médico Español, la Iniciativa para la Humanización de Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, entre otros. Llegando a la conclusión, que a partir del cuarto mes las madres disminuyen la lactancia exclusiva y la combinan con alimentos para bebés, debido a la incorporación de estas al trabajo o al estudio, el personal de enfermería debe motivar e informar más a las madres desde la primera consulta pregestacional, sobre la importancia de amamantar a sus hijos mínimo hasta los seis meses de edad (Rodríguez V. , El papel de enfermera en los planes de promoción de la lactancia materna, 2015).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La enfermería

La enfermería remonta sus orígenes a la época de la Guerra de Crimea, en la década de 1850, donde Florence Nightingale planteó que las enfermeras eran un grupo de mujeres que poseían un cierto nivel de preparación y que prestaban sus servicios en la atención de heridos, planteando la creación de una escuela de enfermería dentro del Hospital Santo Tomás de Londres, con una formación diferente a la de los médicos y sirviendo como base para la creación de las Escuelas de Enfermería en diferentes partes del mundo, a partir de 1950 se comienza a considerar como una profesión.

La enfermería es una profesión que tiene un campo especializado para su ejecución, basada en estructuras científicas teóricas y habilidades prácticas. Para la Organización Mundial de la Salud la enfermería comprende:

La atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (OMS, 2020)

La enfermería es una práctica donde el profesional analiza, organiza y aplica sus conocimientos teóricos relacionados con la salud con la finalidad de alcanzar el bienestar de los pacientes.

La enfermería tiene como objetivo “mantener y restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a conseguir un nivel más óptimo de equilibrio y funcionamiento”. (Alligod & Tomey, pág. 371)

La práctica de la enfermería además de una ciencia es un arte para proporcionar ayuda a los pacientes cuando presentan situaciones de estrés y angustia, sirviendo de mediadores entre el paciente, la familia y el personal médico.

2.2.2. Proceso de atención de enfermería (PAE)

La práctica de la enfermería desde sus tiempos iniciales fue considerada como una ayuda para los médicos, las primeras enfermeras solo se limitaban a curar heridas, asear los pacientes y la limpieza de los centros de salud, no se les permitía tomar decisiones médicas, pero con la evolución de la medicina, se abren facultades en las Escuelas de Medicina y comienza la Enfermería como una profesión académica y con procedimientos de ejecución debidamente estructurados.

El proceso de atención de enfermería, se inicia por el año 1955, con Linda Hall con la teoría “Cuidado, Corazón, Cura” donde se percibe a la enfermera como un profesional, al paciente como un ser integral y le da importancia a la familia, plantea que las enfermeras se desenvuelven en tres círculos, uno donde está el paciente como persona, otro que corresponde a la patología de la enfermedad y otro donde se ubican los sentimientos del paciente y su familia y todos están entrelazados entre sí y la enfermera debe intervenir en mayor o menor medida en cada una de esos círculos, ella consideró la práctica de enfermería como un proceso organizado, que tiene que ser sistemático e individual. En 1963 se conceptualiza el proceso de cuidado del paciente en tres etapas, para 1967 las enfermeras Yura y Walsh establecen en cuatro etapas el Programa de Atención de Enfermería: valoración, planificación, realización y evaluación del paciente (Alligod & Tomey, 2018)

La optimización del proceso de atención de enfermería fue realizada entre 1974 y 1975 por las enfermeras Bloody y Roy al incorporar la fase de diagnóstico quedando formado por tres etapas, parte de la valoración, continúa con el diagnóstico, planificación, ejecución y termina con la evaluación.

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Ejecución	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Toma de información 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de objetivos • Definición de las intervenciones y actividades • Registro del plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de las actividades • Registro de ejecución 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la situación del paciente • Comparación de las metas con los resultados

Figura 1: Proceso de Atención de Enfermería
Fuente: Información extraída de (Vega, 2017)

El Programa de Atención de Enfermería es el método científico por medio del cual los profesionales de enfermería tratan de resolver las diferentes situaciones que se le presentan durante el ejercicio de su profesión, poniendo en práctica todos sus conocimientos, habilidades y técnicas aprendidas, cubriendo las diferentes necesidades médicas de los pacientes y sus familiares próximos, el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería. (Guadalupe, 2018)

El PAE según sus siglas, lo define Rodríguez (2017) como:

Es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familia. (pág. 41).

El proceso de atención de enfermería en la actualidad es un método sistemático de planificación, estructurado por cinco etapas secuenciales: valoración del paciente, diagnóstico de enfermería, planeación del cuidado, ejecución del mismo y evaluación de los resultados.

2.2.3. Valoración

La valoración, es la primera etapa del Programa de Atención de Enfermería (PAE), donde se traza el plan de cuidados al paciente, este es un proceso que tiene que ser organizado y

metódico, orientado a recaudar toda la información proveniente de diferentes fuentes, verificando los datos obtenidos, analizándolos y comunicar la información recaudada con la finalidad de identificar el estado de salud del paciente. La valoración se considera la base del plan sistemático con el cual se busca recaudar toda la información de una forma completa y exacta (López & Guadalupe, 2018)

La valoración está subdividida en:

- Recolección de datos de forma directa o indirecta la cual puede obtenerse a través de la observación y examen físico del paciente por los enfermeros.
- Validación de la información suministrada por el paciente con la información que puedan suministrar los familiares más cercanos, con la finalidad de validar su veracidad.
- Organización de los datos obtenidos en el proceso de recaudación de información es ordenada y clasificada, según las necesidades del personal de enfermería.
- Identificación de datos obtenidos es el proceso en el cual los datos obtenidos son ubicados conforme a un patrón donde se priorizan las necesidades médicas del paciente en base al diagnóstico de los enfermeros.
- Documentación de los datos en una hoja de registro, donde se asienta los resultados de la valoración, los datos suministrados por el paciente y familiares (Rodríguez H. , 2017)

Los profesionales de enfermería al realizar una valoración deben ser críticos al momento de analizar al paciente aplicando sus conocimientos, la experiencia adquirida, sus habilidades y destrezas al tratar de recaudar toda la información necesaria para realizar el diagnóstico.

2.2.4. Tipos de valoración

La valoración que realiza el personal de enfermería va a depender de las condiciones y estado de salud que presente el paciente al momento de hacerla, esta valoración puede ser:

- Valoración inicial o básica: es la entrevista inicial que efectúan los enfermeros al recibir un paciente con la finalidad de recoger toda la información sobre los diferentes aspectos, que puedan ser utilizados para realizar un diagnóstico, utilizando para ello una guía debidamente estructurada. Los enfermeros indagan sobre las condiciones de salud previas al acontecimiento para luego hacer una comparación con las condiciones actuales.
- Valoración continua o focalizada: se realiza con la finalidad de recaudar una información precisa y detallada de las condiciones del paciente, relacionada con los signos vitales, problemas específicos sobre la condición física, riesgos potenciales, entre otros. Para realizarla se hacen preguntas cortas y relevantes de acuerdo al patrón de afrontamiento del problema que presente el paciente.
- Valoración de urgencia: esta valoración es hecha a pacientes en un estado crítico, se debe realizar en forma rápida y muy precisa para obtener la mayor información posible en un tiempo muy corto para poder realizar una intervención de urgencia (Vele & Veletanga, 2015)

2.2.5. Fases de la valoración

El proceso de valoración de los pacientes se realiza en tres fases:

- Fase de recolección de datos: esta fase se lleva a cabo para definir las condiciones del paciente, historia clínica. La recolección de datos se puede hacer de forma:
 - a. Objetiva: son los datos que son perceptibles por los enfermeros, como fiebre, sangrados, color de la piel, entre otros.
 - b. Subjetivos: son los datos que suministra el paciente, como: dolor, ubicación del dolor, nivel del dolor, náuseas, molestias, entre otras.

- c. Históricos: son los datos de enfermedades anteriores, operaciones, hospitalizaciones, entre otras.
- d. Actuales: son los datos sobre la condición actual del paciente, estos datos pueden ser objetivos o subjetivos.

Las fuentes para la recolección de los datos pueden ser primarias cuando son suministradas directamente por el paciente si este se encuentra en condiciones para suminístrala o secundarias cuando los datos son suministrados por los familiares más próximos al paciente o cuando son extraídos de la historia clínica, donde se encuentran los medicamentos que se le han prescrito, exámenes de laboratorio, etc. (Vele & Veletanga, 2015).

2.2.6. Estrategias para la recolección de datos

Los profesionales de enfermería necesitan aplicar una serie de estrategias y herramientas al momento de la recolección de datos para garantizar en la mayor medida posible que estos sean confiables y verídicos. A continuación, se explican algunas de estas estrategias:

- Crear una relación de confianza entre el paciente, la familia próxima y el profesional de enfermería que va realizar la entrevista, para ello deben ubicar en un ambiente reservado, donde no sean interrumpidos por otras personas, al iniciar la conversación se debe explicar al paciente o sus familiares el motivo de la entrevista para recibir su consentimiento, al momento de realizarla utilizar los nombres propios, empleando un tono de voz agradable, hablar pausadamente y en forma clara, siempre viéndose de frente y la cabeza en alto, antes de iniciarla explicar al paciente el motivo de la entrevista (Lastra, Diz, & López, 2015).

- Desde el inicio de la entrevista el profesional de enfermería debe agudizar sus sentidos para observar y valorar aspectos generales del paciente y leer su lenguaje corporal al momento de responder cada una de las preguntas (Lastra, Diz, & López, 2015).
- Durante el interrogatorio, el profesional de enfermería debe realizar preguntas de tipo abiertas de tal forma que el paciente exprese libremente la información requerida y no responda con monosílabos y centralizadas en la información que se indaga, las palabras empleadas deben estar acordes con el status del enfermo para que pueda comprender la pregunta (Lastra, Diz, & López, 2015).
- Aplicar las normas del buen oyente, no interrumpiendo al paciente cuando responde y sólo limitarse a asentir con la cabeza, tener la paciencia necesaria para oír y darle tiempo para que se exprese. Las respuestas se deben resumir y repreguntar en aquella información importante para confirmar lo expresado (Lastra, Diz, & López, 2015).
- En relación al examen físico, el enfermero debe ser prudente al realizarlo, primero pedir el consentimiento de paciente para tocarlo al momento de examinarlo, siempre de frente si es posible de acuerdo al examen, asegurándose de mantener la privacidad e iluminación necesaria (Lastra, Diz, & López, 2015).

2.2.7. Validación de datos

La validación de datos corresponde a la segunda etapa de la valoración para confirmar que los datos sean correctos y genuinos, cuando sobre la información recaudada existan dudas razonables.

Los datos que han sido suministrados por el paciente o en su defecto por sus familiares deben ser validados para asegurarse de la veracidad de los mismos, esta validación es necesaria realizarla tanto a los datos objetivos como a los subjetivos.

Para Kerlinger (2002), citado por Bakieva (2016), considera que:

La validación de contenido busca garantizar que los ítems son representativos, tienen afinidad y miden en forma adecuada las dimensiones establecidas. La utilidad de este tipo de instrumentos debe ser apoyada en un diseño y elaboración adecuados: comenzando por la descripción del modelo explicativo de referencia, pasando por la definición de constructos implicados, hasta la selección de los indicadores que hacen operativos estos constructos en forma de medida. (pág. 137)

La validez de datos tiene que estar avalada por muchas evidencias, para poder afirmar que los datos suministrados por los pacientes son válidos y que tipo de evidencias son importantes y cuales decisiones se van a tomar en base a la validez de estas.

Para tener una mayor confiabilidad de los datos se sugiere en muchos casos corroborar mínimo dos veces los datos objetivos y subjetivos. En algunas ocasiones un paciente suministra una información subjetiva cuando le indica al profesional de enfermería que siente que su corazón está muy acelerado con palpitaciones muy fuertes, este debe corroborar objetivamente con un estetoscopio oyendo los latidos del corazón del paciente, la veracidad o falsedad de la información, en otras ocasiones el profesional de enfermería que observa una situación de cansancio y falta de aire en el paciente y se lo indica, el paciente en este caso afirmará o negará esta observación. (Alfaro, 2015) indica que “validar o verificar los datos es un paso esencial en el pensamiento crítico y ayuda a evitar omisión de información importante, errores en la interpretación de situaciones y precipitarse en las conclusiones o centrar la atención en una dirección equivocada”.

2.2.8. Organización de datos

La organización corresponde a la tercera etapa de la valoración. Los datos obtenidos subjetivamente como los síntomas que son indicados directamente por el paciente o sus familiares o los objetivos recogidos directamente por el personal de enfermería, ya bien sea por auscultación, palpación o percusión, debe ser organizados y clasificados para realizar un

diagnóstico y tratamiento certero. Esta etapa es relativamente sencilla si se utiliza un marco de referencia específico para ordenar y clasificar rápidamente los datos obtenidos.

Las enfermeras Orem, Roy, Henderson y Gordon durante sus diferentes ejercicios profesionales se preocuparon por la valoración y clasificación de la información de cada paciente. Los resultados de las valoraciones sirven a las enfermeras para juzgar con éxito la información obtenida y realizar un diagnóstico, uno de los procedimientos para la organización de datos es la taxonomía de NOC (Nursing Outcomes Classification) la cual “se trata de una organización sistemática de resultados sensibles a las intervenciones enfermeras en una estructura taxonómica de tres niveles de abstracción: Dominio-Clases-Resultados” (SAS; Servicio Andaluz de Salud , 2016, pág. 136)

La organización de los datos proporciona un sistema estructurado a largo plazo con la clasificación de la información del paciente, permite incorporar nueva información o realizar modificaciones a la ya existente, además facilita la selección de resultados para la realización de diagnósticos por las enfermeras.

2.2.9. Agrupación de datos

La información que ha sido recaudada deber ser agrupada según las conductas y respuestas reales o irreales que manifieste el paciente, como situaciones normales o anormales. Esta etapa cuarta es muy importante en la valoración, porque dependiendo del tipo de conducta que presente el paciente, definirá la intervención requerida por las enfermeras y la estructuración de un plan de acción.

Según la Metodología Enfermera “Organizar implica agrupar información según ciertas categorías específicas que nos permitan buscar patrones de normalidad o anormalidad. Y esto tiene que ver con la disciplina enfermera, con los modelos de enfermería; porque las

categorías clasificatorias son reflejo de la forma en la que pensamos como enfermeros”. (Lastra, Diz, & López, 2015, pág. 38)

Las mediaciones en las conductas de salud y bienestar de los pacientes con respuestas adaptadas a la realidad, se orientan principalmente a fomentar un estilo de vida más saludable; mientras que las intervenciones de las conductas que no se adaptan a la realidad, que son de riesgo, que tergiversan la salud del paciente, se enfocan principalmente a eliminar o disminuir el factor que causa la enfermedad, o bien, en algunos casos son mediaciones de carácter preventivo, es decir, orientadas a reducir el o los factores de riesgo, para de esta forma evitar la desviación de la salud.

2.2.10. Documentación y comunicación

Comprende la quinta y última etapa del proceso de valoración donde se procede a informar al resto del personal médico y enfermeras las condiciones de salud del paciente y los hallazgos que pueden comprometer los signos vitales en un período de tiempo muy corto.

Para Urquhart, Currell, Grant, Hardiker, (2009), citado por Mateos (2017), “La documentación de enfermería se define como el registro de los cuidados de enfermería que se planifican para administrar a pacientes de forma individualizada, por enfermeras calificadas o por otros cuidadores bajo la dirección de una enfermera calificada”. (pág. 24)

El registro de información del paciente es una parte importante de todas las fases del ejercicio de la profesión de enfermería; este constituye un elemento básico y muy importante, ya que es un canal de comunicación entre los distintos profesionales que conforman el equipo de salud donde se indican las evaluaciones y los cuidados individualizados en cada persona. Estos registros deben ser preferiblemente escritos, contener los datos del paciente exactos y actualizados y estar a la disposición de todo el equipo de trabajo, además esta documentación

permite realizar una evaluación de los servicios de enfermería, donde se evalúe entre otras cosas la calidad y conocimientos. (López & Guadalupe, 2018).

2.2.11. Diagnóstico

Esta segunda etapa del PAE, fue definido en 1990 por la Asociación Norteamericana de Diagnostico de Enfermería (NANDA) como “juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”. (NANDA, 2014) el diagnóstico proporciona al personal de enfermería las bases para realizar la selección de las posibles actuaciones para tratar los problemas detectados.

El diagnóstico es la fase que abarca un proceso de análisis de los resultados obtenidos en las pruebas de valoración del paciente, para posteriormente realizar una síntesis y emitir un diagnóstico sobre las condiciones de la salud del paciente, concentrando la atención en el problema real y en los problemas potenciales. Esta fase es la base para planificar, ejecutar y tomar decisiones específicas relacionadas con los cuidados del personal de enfermería, el cual debe proceder con un pensamiento crítico y científico, acorde con sus propias experiencias tanto como profesional de salud como persona, para de esta forma lograr una atención integral y de calidad. (López & Guadalupe, 2018)

Para comprender en que consiste el diagnóstico es relevante indagar sobre sus orígenes y establecer cuáles son las ventajas tanto para el personal de enfermería como para los pacientes.

La Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería tiene sus inicios en el año 1963 y desde sus orígenes se centró en desarrollar una taxonomía diagnóstica, entendiendo por taxonomía según la RAE “se aplica en particular, dentro de la biología, para la ordenación jerarquizada y sistemática”. (RAE, 2014) La taxonomía permite al personal de enfermería unificar los diagnósticos y sus intervenciones, para comunicarlo con un lenguaje

fácil de comprender a su paciente y a los otros profesionales de la salud con los que comparte la atención del paciente. NANDA se estructura en tres términos:

- Eje: comprende la capacidad de respuesta de las personas que se considera en el diagnóstico.
- Dominio: consiste en unificar el significado del diagnóstico agrupándolo en solo dominio.
- Clase: contiene los diagnósticos y su relación su relación con los conceptos, que son la parte fundamental (Espinoza & Virhuez, 2018).

Los diagnósticos suministrados por el personal de enfermería, así como sus intervenciones y resultados, deben ser presentados utilizando una terminología concreta y bajo una estructura común.

2.2.12. Componentes del diagnóstico

En las conferencias realizadas en 1980 y 1982 de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería se estableció que cada diagnóstico debe presentar los siguientes componentes:

- Etiqueta: consiste en enunciado del problema o diagnóstico, en el cual se indica el nombre del diagnóstico o en su defecto un enunciado muy corto o frase con palabras que se relacionen con el diagnóstico.
- Definición: es el apartado donde se describe el diagnóstico de una manera concisa y clara, en el cual se esquematiza su significación para así diferenciarlo de otros diagnósticos con características similares.
- Características definitorias: comprenden un conjunto de signos o síntomas observables, que son agrupadas y contribuyen a inferir el diagnóstico.

- Factores relacionados: son los factores o elementos que muestran algún tipo de patrón y pueden estar relacionados con el diagnóstico.
- Factores de riesgo: son los factores fisiológicos, genéticos, emocionales, familiares e incluso sociales que pueden hacer al paciente más vulnerable ante la enfermedad (NANDA, 2014).

2.2.13. Taxonomía I

En la quinta reunión de NANDA, realizada en el año 1982, la enfermera Callista Roy, presenta la taxonomía, cuyo objetivo era perfeccionar los diagnósticos del personal de enfermería, en esa asamblea se plantearon y aprobaron nueve patrones para las respuestas a las personas o patrones de respuesta humana y la clasificación del diagnóstico del personal de los profesionales de enfermería acorde a estos patrones. Estos patrones son:

- Intercambio mutuo consiste en dar y recibir
- Comunicación centrada en hablar con el paciente en forma clara y precisa
- Relaciones con el paciente al entablar un vínculo con el paciente y su entorno familiar
- Valores consiste en la construcción de valores
- Elección de alternativas en los diagnósticos
- Movimiento implica las actividades que se realizan
- Percepción para recibir la información para realizar el diagnóstico
- Conocimiento para comprender la información y su significado
- Sentimientos es identificar los sentimientos y emociones implícitas en las informaciones suministradas por el paciente (Servicio Andaluz de Salud., 2016) .

Estos patrones son utilizados en NANDA I sirven para organizar la taxonomía, sin embargo, en la práctica diaria no son consideradas fáciles de aplicar, por lo que el personal de enfermería con más experiencia las revisa y las adaptan a propia su taxonomía.

2.2.14. Taxonomía II

En abril del año 2000, en la catorceava conferencia de la NANDA, se diseñó la Taxonomía II, con la finalidad de flexibilizar la nomenclatura, facilitando su inclusión en los diferentes sistemas informáticos, se cambia la palabra patrón por dominio y fue diseñada de una forma multiaxial. Entendiendo como dominio “una esfera de actividad o estudio de interés”. (Servicio Andaluz de Salud., 2016, pág. 447)

Los nueve patrones de la Taxonomía I fueron sustituidos en una revisión realizada entre los años 2009 y 2011 por los trece dominios en la taxonomía II, con los cuales están relacionados con:

- Promoción de la salud en busca del bienestar
- Nutrición orientada a mejorar los hábitos alimenticios
- Eliminación de secreciones y excreciones
- Actividades orientadas a mantener el equilibrio de las energías
- Percepción y conocimiento del cuerpo humano
- Autopercepción de su propio ser
- Sexualidad conocer las funciones sexuales y reproductivas
- Afrontamiento de las situaciones estresantes
- Principios vitales relacionados con la conducta, sentimientos y costumbres
- Seguridad y protección al evitar riesgos y lesiones
- Confort relacionado con el bienestar físico y mental

- Crecimiento al aumentar las dimensiones del cuerpo de acuerdo con la edad (Servicio Andaluz de Salud., 2016).

Dominios y clases de la taxonomía II

Una de las modificaciones de la taxonomía I que se reflejaron en la taxonomía II, se basaron en la “Topología de los Patrones Funcionales de M. Gordon”, que se determinan por los dominios. El siguiente cuadro se explican los trece dominios y la clase

Tabla 1 Dominios y clases de la taxonomía II

DOMINIOS	CLASES
Dominio 1. Promoción de la salud Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.	Clase 1. Toma de conciencia de la salud Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal Clase 2. Gestión de salud Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.
Dominio 2. Nutrición Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.	Clase 1. Ingestión Introducir alimentos o nutrientes en el cuerpo Clase 2. Digestión Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para la absorción y asimilación Clase 3. Absorción Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales Clase 4. Metabolismo Procesos físicos y químicos que se producen en el organismo y células vivas para el desarrollo y uso de su protoplasma; elaboración de productos de desecho, con liberaciones de energía para todos los procesos vitales. Clase 5. Hidratación Captación y absorción de los líquidos y electrolitos
Dominio 3. Eliminación e intercambio Secreción y excreción de los productos corporales de desecho	Clase 1. Función urinaria Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina. Clase 2. Función gastrointestinal Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión Clase 3. Función tegumentaria Proceso de secreción y excreción a través de la piel Clase 4. Función respiratoria Proceso de intercambio de gases y eliminación de los productos finales del metabolismo

<p>Dominio 4. Actividad-reposo Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos</p>	<p>Clase 1. Reposo-sueño Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad Clase 2. Actividad-ejercicio Movimiento de partes del cuerpo Hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentes contra resistencia Clase 3. Equilibrio de la energía Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares Clase 5. Autocuidado Habilidad para realizar las actividades del cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales</p>
<p>Dominio 5. Percepción/cognición Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.</p>	<p>Clase 1. Atención Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar Clase 2. Orientación Conciencia del tiempo, el espacio y las personas Clase 3. Sensación-percepción Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia, y la comprensión de los datos sensoriales que conducen a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento Clase 4. Cognición Uso de la memoria, aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, calculo y lenguaje Clase 5. Comunicación Enviar y recibir información verbal y no verbal</p>
<p>Dominio 6. Autopercepción Conciencia del propio ser.</p>	<p>Clase 1. Autoconcepto Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser Clase 2. Autoestima Valoración de la propia valía, capacidad de trascendencia y éxito Clase 3. Imagen corporal Imagen mental del propio cuerpo</p>
<p>Dominio 7. Rol-relaciones Conexiones y asociaciones, positivas o negativas, entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestra tales conexiones.</p>	<p>Clase 1. Roles de cuidador Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de salud Clase 2. Relaciones familiares Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia Clase 3. Desempeño del rol Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados</p>
<p>Dominio 8. Sexualidad Identidad sexual, función sexual y reproducción</p>	<p>Clase 1. Identidad sexual Estado de ser una persona específica con respecto a la sexualidad y/o género Clase 2. Función sexual Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales</p>

	<p>Clase 3. Reproducción Cualquier proceso por el que se producen seres humanos</p>
<p>Dominio 9. Afrontamiento-tolerancia al estrés Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.</p>	<p>Clase 1. Respuestas postraumáticas Reacciones tras un trauma físico o psicológico Clase 2. Respuestas de afrontamiento El proceso de gestionar el estrés del entorno Clase 3. Estrés neurocomportamental Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral</p>
<p>Dominio 10. Principios vitales Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones, contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco</p>	<p>Clase 1. Valores Identificaciones u jerarquización de los modos de conducta preferidos o estados finales Clase 2. Creencias Opciones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones considerados verdaderos o poseedores de un valor intrínseco Clase 3. Valores/creencias/congruencia de las acciones La congruencia o equilibrio logrado entre los valores, las creencias y las acciones</p>
<p>Dominio 11. Seguridad-protección Ausencia del peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, preservación de la protección y seguridad</p>	<p>Clase 1. Infección Respuesta del huésped tras una invasión por gérmenes patógenos Clase 2. Lesión física Lesión o daño corporal Clase 3. Violencia Empleo de una fuerza o poder excesivos, de modo que provoque lesión o abuso Clase 4. Peligros del entorno Fuentes de peligro en el medio ambiente Clase 5. Procesos defensivos Procesos mediante los que la persona se autoprotege frente a agentes externos Clase 6. Termorregulación Proceso fisiológico de regulación del calor y la energía dentro del cuerpo con objeto de proteger el organismo</p>
<p>Dominio 12. Confort Sensación de bienestar o comodidad física, mental y social</p>	<p>Clase 1. Confort físico Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor Clase 2. Confort del entorno Sensación de bienestar o comodidad en el propio medio Clase 3. Confort social Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales</p>
<p>Dominio 13. Crecimiento-desarrollo Aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas o logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad</p>	<p>Clase 1. Crecimiento Aumento de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales Clase 2. Desarrollo Progresión o regresión a través de una secuencia de hitos reconocidos en la vida</p>

2.2.15. Ejes de la taxonomía II

La taxonomía II es un sistema diseñado para obtener información del paciente desde varios enfoques y está formado por 7 ejes; este sistema está estructurado por ejes que representan las “dimensiones de la respuesta humana” que se combinan con la finalidad de obtener un diagnóstico que pueda ser utilizado en la historia clínica, considerando la dimensión de la respuesta humana que se valore como real en el proceso diagnóstico, mejora significativamente la flexibilidad al permitir hacer modificaciones o anexar información y la nomenclatura, pero, principalmente, aplicarlo con un paciente específico. Los ejes son los siguientes:

Eje 1. El núcleo diagnóstico

Es considerado como la parte principal, es el componente fundamental y central del diagnóstico donde se delinea la respuesta humana. En el núcleo de diagnóstico se expresa sin añadir algún significado a la abstracción, “se toman basándose en lo que ayuda en la identificación de las implicaciones para la práctica enfermera y en si el término indica una respuesta humana o no”. (NANDA, 2014, pág. 56)

La perspectiva del diagnóstico puede contener de uno o más sustantivos, pero es necesario tener presente que cuando se emplean más de dos sustantivos cada uno ellos, le aporta un significado único diagnóstico, en su caso, el personal de enfermería debe dar concepción de un solo significado. También se puede utilizar un término combinado, un sustantivo y adjetivo, para dar el enfoque por ejemplo “sufrimiento espiritual”. En la taxonomía II existen 108 conceptos de diagnóstico (NANDA, 2014).

Eje 2. Sujeto del diagnóstico

Se entiende como sujeto de diagnóstico a la persona o a el paciente al cual se le realizó el diagnóstico, tomando en cuenta los siguientes valores:

- Persona o individuo: es el paciente tomado en forma ser humano tomado como un ser único e independiente de las demás personas.
- Familiar: comprende al conjunto de personas próximas al paciente que integran su grupo familiar, con las cuales se relaciona permanentemente y comparte sentimientos y obligaciones, tengan o no lazos de consanguinidad y el diagnóstico es aplicado a dos o más miembros de la familia.
- Grupo: es el conjunto de personas con las se comparten ciertas características comunes y el diagnóstico es aplicado al conjunto en general.
- Comunidad: está relacionado directamente con el lugar de habitación, este grupo de personas viven en la misma área, población o vecindario, comparte el mismo sistema de gobierno y estructura social, en este caso no se aplica ningún diagnóstico y se considera la unidad individual.

Algunos diagnósticos se pueden aplicar al grupo familiar, social o incluso a la comunidad cuando se trata de situaciones que afectan a los diferentes grupos. Como la pérdida de un familiar, una epidemia, un evento natural, entre otras situaciones (NANDA, 2014).

Eje 3. Juicio

El juicio está relacionado con la opinión del enfermero y su capacidad de discernir sobre un diagnóstico. El juicio es considerado como un elemento descriptor, que puede modificar, limitar el significado del diagnóstico, este eje comprende los siguientes valores:

Eje 4. Localización

Define las partes o regiones del cuerpo como órganos, tejidos, estructuras, sistemas, así como las funciones relacionadas con cada uno de ellos. Algunos de los valores indicativos de este eje son:

- Auditivo.
- Cardíaco.
- Cerebral.
- Corneal.
- Gastrointestinal.
- Intestino.
- Intracraneal.
- Neurovascular.
- Periférico.
- Renal.
- Tracto urinario.
- Vascular.
- Vejiga. (NANDA, 2014)

Eje 5. Edad

Este eje hace referencia a la edad que tenga la persona a la cual se le va a realizar el diagnóstico; este eje comprende los siguientes valores:

- Feto.
- Neonato.
- Lactante menor.
- Niño pequeño.
- Preescolar.

- Escolar.
- Adolescente.
- Adulto joven.
- Adulto maduro.
- Anciano (NANDA, 2014)

Eje 6. Tiempo

Comprende la duración o tiempo de validez de un diagnóstico, enfocándose en el diagnóstico realizado en el eje 1; los valores indicativos de este eje son:

- Agudo: cuando la persistencia del diagnóstico es menos de 6 meses
- Crónico: si la persistencia del diagnóstico es más de 3 meses.
- Continuo: el problema diagnosticado nunca se interrumpe o no tiene ninguna pausa.
- Intermitente: el evento cesa por un tiempo y empieza de nuevo, el diagnóstico se presenta a intervalos periódicos o cíclicos.
- Perioperatorio: que sucede alrededor de la cirugía, este evento comprende el proceso: perioperatorio, transoperatorio y posoperatorio.
- Situacional: el diagnóstico está asociado con el conglomerado de circunstancias en las que la persona se encuentra (NANDA, 2014).

Eje 7. Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico o potencialidad, está relacionado con la existencia o potencialidad de la sintomatología o la tipificación del diagnóstico como una diagnosis que promocióne la salud.

Los valores representativos de este eje son:

- Real: que existan en realidad la sintomatología en el momento de realizar el diagnóstico.
- Enfocado al problema: el diagnóstico tiene que ser centrado en las condiciones de salud, sin dar una respuesta indeseable inherente al estado de salud del paciente o proceso de la vida que existe en ese momento.
- Promoción de la salud: el diagnóstico debe contemplar la parte emocional, tiene que ser motivacional, orientado a aumentar el deseo de bienestar y activando la energía latente para potenciar la salud del paciente que existe en ese momento.
- Riesgo: vulnerabilidad del paciente a sufrir una lesión o pérdida de la salud y a desarrollar una respuesta humana indeseable que amenaza su salud.
- Síndrome: es un juicio a nivel clínico donde se describen un conglomerado de diagnósticos que ocurren al mismo tiempo y que deben ser tratados conjuntamente (NANDA, 2014).

2.2.16. Fases de la Taxonomía

Fases de la Taxonomía II

Esta etapa del diagnóstico se refiere al conjunto de operaciones cognitivas, aplicada en el procesamiento de datos que se generen en la valoración. Este proceso está estructurado por los pasos que a continuación se explican.

1. Clasificación de datos

Se arranca con el análisis y la selección de los datos que más sobresalgan o sean más relevantes; posteriormente, se realiza una clasificación en base a los indicadores que se utilicen acorde al marco de referencia. Realizar este análisis ayuda al personal de

enfermería a constatar si se ha recaudado la información suficiente para realizar el diagnóstico.

Al clasificar los datos se busca “Definir el receptor de los cuidados; pormenorizar que describen los resultados; en qué niveles de abstracción se deben desarrollar y cómo deben plantearse; describir resultados que procedan de acciones de cuidados enfermeros” (Del Rey, Ferrer, & Benavent, pág. 22)

Cuando se empiezan el proceso de clasificación de los datos obtenidos, es conveniente plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles datos son importantes?
- ¿Todos los datos obtenidos se pueden agrupar?
- ¿La cantidad de datos reunidos son suficientes para un diagnóstico?

Los datos obtenidos durante la recaudación de información son clasificados en datos objetivos o subjetivos y datos de antecedentes.

2. Agrupación de la información

Radica en reconocer las características definitorias de un diagnóstico, como son los síntomas y signos característicos de una patología, la información obtenida determina la existencia o no de un problema, luego se procede a comparar la información recaudada con el patrón normal o habitual de la persona; también puede ser dirigida a obtener datos que complementen la información.

Los indicios y deducciones desplegadas partiendo de los conocimientos médico-científico y la propia experiencia profesional de enfermería, contribuyen a interpretar la información a los enfermeros, la cual puede ser reforzada con informaciones adicionales.

Es conveniente que el enfermero se formule las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles datos obtenidos están relacionados?
- ¿Se necesita recaudar datos adicionales?
- ¿Qué deducciones se pueden realizar a partir de estos datos?
- ¿La cantidad de datos reunidos son suficientes para un diagnóstico?

Posterior a la agrupación de los datos se procede al análisis en base a la taxonomía II, puesto que, esta primera fase de deducción permitirá al personal de enfermería indicar el dominio y la clase, que servirán de guía al momento de elaborar un diagnóstico entendiendo por dominio una fase que corresponde al nivel donde se unifica el significado del diagnóstico, es lo más abstracto y la clase, que representa lo más concreto del diagnóstico, los cuales se emplearán de guía para la construcción del diagnóstico. por ejemplo, los datos se agrupan para un paciente herido u operado con una incisión, el dominio es la seguridad del paciente y la clase las infecciones (Del Rey, Ferrer, & Benavent, 2009).

En el análisis se utilizan los diferentes ejes de diagnóstico, siguiendo el ejemplo del paciente con una incisión, los siete ejes aplicados a este caso en cuestión, serían:

- Primer eje: infección que corresponde al núcleo del diagnóstico.
- Segundo eje: la persona o enfermo que será objeto del diagnóstico.
- Tercer eje: el juicio, para este caso de estudio no aplica.
- Cuarto eje: la localización, para este caso de estudio no aplica.
- Quinto eje: la edad de la persona, para este caso de estudio no aplica.
- Sexto eje: el tiempo, para este caso de estudio no aplica.
- Séptimo eje: estado del diagnóstico, presenta un estado de riesgo.

3. Nominación del diagnóstico

En esta fase corresponde al diagnóstico de enfermería, para la cual hace la diagnosis en base a los conocimientos de enfermería y los propios; para llevarlo en el año 1976, Marjory Gordon planteó que el enunciado del diagnóstico debe estar compuesto por tres partes usando el formato PES (P, problema que corresponde a una etiqueta o respuesta humana; E, etiología que corresponde a los factores de riesgo y S, síntomas o signo que corresponde a las características que definen el diagnóstico), cuando el diagnóstico es real; y cuando el diagnóstico es de riesgo usar el PF (P, problema y F, factor de riesgo), en cada uno de estos diagnóstico se establecen conexiones para unir el problema con la etiología se utiliza “en relación con” (r/c) y para unir etiología con síntomas se utiliza “manifestado por” (m/p), por ejemplo:

Para un enunciado de tres partes;

1. Problema r/c Etiología m/p Signos.
2. Para un enunciado de dos partes.
3. Problema r/c Etiología.

En el diagnóstico real se utiliza el enunciado completo de tres partes y en diagnóstico de riesgo se utiliza el de dos partes debido a que el problema puede ser posible y no se presenta en el momento del diagnóstico (Lastra, Diz, & López, 2015).

Continuando con el ejemplo de la infección, la nominación del diagnóstico:

- Problema: riesgo de infección.
- Factores de riesgo: herida en el abdomen, tratamiento invasivo y hemoglobina en 10g/dl.

4. Verificación del diagnóstico

Verificar un diagnóstico consiste en validar los datos con fuentes primarias y secundarias, siempre que sea posible. Esta fase del diagnóstico es muy importante debido a que, si no se verifican los datos obtenidos o son validados por el paciente, el plan de atención diseñado no podrá tener éxito. Es recomendable realizar la validación con el paciente y una validación teórica mediante una revisión y análisis de conceptos.

En la validación teórica se examinará la etiqueta (se examina el estado cognitivo y los procesos del pensamiento), los factores relacionados (factores incompletos de desarrollo) y las características definitorias, con el libro de diagnóstico de enfermería de la NANDA. En algunos casos es probable que el profesional de enfermería observe que falta alguna información relevante y necesite entrevistar de nuevo al paciente para recaudar la información faltante.

La verificación del diagnóstico directamente con el paciente es muy importante la participación activa del paciente, el profesional de enfermería debe ser informado de los hallazgos con palabras claras y entendibles, además es preciso tener su consentimiento para efectuar los procedimientos indicados. (López & Guadalupe, 2018).

2.2.17. Directrices para escribir las formulaciones diagnósticas

En un diagnóstico de enfermería (DeE) se deben analizar los datos suministrados, identificando los problemas que pueden ser potenciales y los reales y en base a ellos realizar un plan de cuidados. Para el diagnóstico hay tres componentes esenciales que cumplen con el formato PES (Problema, Etiología y Síntomas) el cual fue diseñado por Marjory Gordon fundadora de NANDA I con el objetivo de realizar un diagnóstico preciso por parte del personal de enfermería (Gordon, 2017) o el PRS de (Alfaro, 2015).

Es de hacer notar que partiendo de los problemas detectados se formulan los objetivos a lograr con el diagnóstico, para ello es necesario tener presente los factores etiológicos.

Los factores etiológicos o relacionados comprenden el segundo elemento del diagnóstico, abarca el factor que probablemente ocasiona la enfermedad o preserva el problema de salud del paciente. Entre estos factores se destacan los comportamientos, componentes ambientales del entorno o la interacción que se pueda presentar entre ambos factores. Estos factores son considerados como los sedimentos donde se construye un diagnóstico.

Los síntomas y los signos son características que pueden indicar una situación, indicando las posibles causas u origen del problema de salud del paciente.

Según (Lastra, Diz, & López, 2015) El enunciado del diagnóstico real se puede presentar en tres partes teniendo presente que el problema esté activo cuando se realiza, es decir:

“Etiqueta (P) r/c Factores relacionados (E) m/p Característica definatorias (S)”. (pág. 65)

El enunciado de riesgo se realiza en dos partes, puesto que el problema es una posibilidad al no tener manifestaciones clínicas, es decir:

“Etiqueta (P) r/c Factores de riesgo” (E) (pág. 65).

El enunciado de promoción de la salud, se realiza sólo con una etiqueta de la clasificación y se entiende desde un sentido teórico, es decir:

“Disposición para mejorar + Etiqueta (P)” (pág. 65).

2.2.18. Consideraciones en la redacción de diagnósticos enfermeros

Al momento de realizar un diagnóstico los profesionales de enfermería tienen que tener presente ciertas consideraciones

- Etiquetar por categorías según los patrones de disfuncionalidad presentes o según su potencialidad de disfuncionalidad, acorde con las categorías aceptadas, sin describir o

incluir dentro de esta etiqueta el diagnóstico médico, los posibles tratamientos o terapias.

- Establecer una relación entre la categoría diagnóstica con la cual se describe el problema y los factores causantes de la enfermedad o posibles causas que la originan. Un ejemplo podría ser una persona que presenta un déficit de autocuidado está relacionado con la intolerancia a realizar una actividad.
- Tener presente que el problema y la etiología pertenecen a distintos grupos de síntomas y signos, por ejemplo, un paciente presenta estreñimiento está relacionado directamente con una menor frecuencia de evacuaciones o con heces secas y duras.
- Estructurar el problema que presenta el paciente y el conjunto de factores etiológicos en forma concreta, específica y que contenga las clasificaciones indicadas, sin indicar el diagnóstico de enfermería como un diagnóstico médico.
- Las intervenciones del personal de enfermería son pautadas por los factores relacionados y no deben usar diagnósticos médicos, por ejemplo, un dolor crítico en las articulaciones, debe ser un crónico con incompetencia de procedimientos no farmacológicos.
- Realizar la escritura del diagnóstico con letra legible, utilizando terminología legal, debe ser objetiva y, sin emitir ningún juicio de valor, por ejemplo, presenta un patrón de sueño pobre.
- El diagnóstico debe señalar la respuesta del paciente y no debe indicar la ejecución que ha de realizar el personal de enfermería, por ejemplo, el paciente debe cambiar su postura, activando su movilidad, para no comprometer su movilidad o una amputación. (Guadalupe, 2018).

2.2.19. Planeación

La tercera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE) es la planeación; en esta etapa se procede a seleccionar, elaborar diferentes estrategias de las intervenciones de enfermería, para potenciar la respuesta del paciente, posterior a los análisis obtenidos en la valoración y realizado el diagnóstico de enfermería, se procede a establecer las prioridades, se trazan los objetivos y se planifica.

Con la planificación se busca establecer las intervenciones de los enfermeros que conduzcan al personal a prevenir posibles complicaciones, reducir al mínimo los problemas que han sido detectados o eliminarlos. Según Arteaga (2016) la planificación es “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados” (Arteaga, 2016) durante esta etapa se estructuran los objetivos y las posibles intervenciones que deben realizar el personal de enfermería.

Para (Alfaro, 2015) señala que “la planeación es el momento en que se determina como brindar cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a objetivos” esta planificación se realiza por etapas y respetando el orden cronológico, desde la etapa inicial donde se hace el primer contacto con el paciente hasta que lo dan de alta.

2.2.20. Elección de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de las enfermeras se refieren a los procedimientos y actividades que realizan los profesionales de enfermería con la finalidad de ayudar a los pacientes a reestablecer su salud y bienestar, aplicando sus conocimientos, su juicio y habilidades.

Según McCloskey Bulechek (2000) citado por Arévalo, Celis y García (2018);

Las intervenciones de enfermería NIC, es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades, una intervención de enfermería es cualquier

tratamiento basado en el conocimiento, juicio clínico, que realiza la enfermera quirúrgica para obtener resultados sobre la persona. (pág. 22)

Las intervenciones de las enfermeras han ido aumentando debido a la necesidad de los pacientes de ser asistidos, de una forma segura y responsable; estas estrategias están relacionadas directamente con el diagnóstico realizado y orientadas a conseguir los objetivos propuestos, modificando los factores etiológicos para que el paciente recupere su salud, aunque en algunas intervenciones de las enfermeras están orientadas a minimizar los factores de riesgos, en situaciones de diagnósticos de alto riesgo.

La utilización de la NIC en la clasificación de las intervenciones para enfermeras permite documentar, etiquetar, codificar y determinar cuál sería el impacto producido por los cuidados siniestrados en un paciente en los resultados obtenidos, todas las intervenciones tienen que ser especificadas con antelación.

Escoger una intervención aplicando la taxonomía NIC se debe contar con la aprobación del paciente, debe tener un soporte de carácter científico, se deben poseer las habilidades y los conocimientos para realizarlo y ser factible de realizar.

La taxonomía NIC está constituida por 542 intervenciones, dentro de que se incluyen:

- Los cuidados directos al paciente, que comprenden los cuidados tanto fisiológicos como psicosociales.
- Los cuidados indirectos al paciente, están dirigidos al paciente como persona, a su entorno familiar y a la comunidad donde interactúa.
- Los tratamientos dependientes, son las indicaciones suministradas por el personal médico y otros profesionales de la salud que son proveedores de cuidados.
- Los tratamientos independientes, son procedimientos aplicados por los profesionales de enfermería, que han sido seleccionados acorde con los diagnósticos realizados por este personal de enfermería.

Las 542 intervenciones sugeridas por la NIC están organizadas en siete campos o dominios, 30 clases y tres niveles: el nivel 1 corresponde a los campos, el nivel 2, a las clases ordenadas alfabéticamente y el nivel 3 son las intervenciones ordenadas con números de cuatro dígitos.

Tabla 2: Intervenciones sugeridas por la NIC según las clases y niveles

Nivel 1 (campos)	Nivel 2 (clases)
Campo 1	A. Control de actividad y ejercicio
1. Fisiológico: básico	Organiza o ayuda en las actividades físicas y en la conservación de gasto cardiaco.
Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	B. Control de la eliminación
	Establecer o mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria, y controlar las alteradas.
	C. Control de inmovilidad
	Para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.
	D. Apoyo nutricional
	Para modificar y mantener el estado nutricional.
	E. Fomento de la comodidad física
	Fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.
	F. Facilitación de los autocuidados
	Proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.
Campo 2	G. Control de electrolitos y acido base
2. Fisiológico: complejo	Regular el equilibrio de electrolitos y acido base y prevenir complicaciones.
Cuidados que apoyan la regulación homeostática.	H. Control de fármacos
	Facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.
	I. Control neurológico
	Optimizar las funciones neurológicas.
	J. Cuidados perioperatorios
	Proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.
	K. Control respiratorio
	Fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.
	L. Control de la piel/heridas
	Mantener o restablecer la integridad de la piel.
	M. Termorregulación
	Mantener la temperatura dentro de los limites normales.
	N. Control de la perfusión tisular
	Optimizar la regulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
Campo 3	O. Terapia conductual
3. Conductual	Reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.
Cuidados que apoyan el funcionamiento	P. Terapia cognitiva

psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.	Para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable.
	Q. Potenciación de la comunicación Facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.
	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Ayudar a otros a crear sus propias resistencias para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.
	S. Educación de los pacientes Facilitar el aprendizaje.
	T. Fomento de la comodidad psicológica Fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.
Campo 4	U. Control en caso de crisis
4. Seguridad	Proporcionar ayuda inmediata a corto plazo en caso de crisis psicológicas o fisiológicas.
Cuidados que apoyan la protección contra peligros.	V. Control de riesgos Iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.
Campo 5	W. Cuidado de un nuevo bebé
5. Familia	Ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos u fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto.
Cuidados que apoyan la protección contra peligros.	X. Cuidado para la crianza de un nuevo bebé Para ayudar a la crianza de los niños.
	Y. Cuidado de la vida Facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.
Campo 6	Z. Mediación del sistema sanitario
6. Sistema sanitario	Facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria.
Cuidados que apoyan el uso eficaz dl sistema de prestación se asistencia sanitaria.	a. Gestión del sistema sanitario Proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de cuidados.
	b. Control de la información Facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.
Campo 7	c. Fomento de la salud de la comunidad
7. Comunidad	Fomentar la salud de toda la comunidad.
Cuidados que apoyan la salud de la comunidad	d. Control d riesgos para la comunidad Ayudar a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.

Información extraída de: (Butcher, 2018).

El nivel 3 se refiere a las intervenciones aplicables en cada campo, estas intervenciones facilitan ser identificadas más rápidamente, además cada intervención tiene asignado un código y una definición para cada caso, así como las acciones que se originan de esta.

Las intervenciones desde la perspectiva funcional se refieren a los cuidados prácticos que realizan el personal de enfermería. Para McCloskey Bulecheck (2000) citado por (Arévalo, Celis, & García, 2018) “ una intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el conocimiento, juicio clínico, que realiza la enfermera quirúrgica para obtener resultados sobre la persona”, (pág. 22) entre los que se destacan:

- Promoción de la salud: se relaciona con las diferentes actividades orientadas a incrementar la salud de la población.
- Prevenir enfermedad: son todas las actividades enfocadas a evitar enfermedades y complicaciones médicas, mejorando las condiciones físicas de las personas y ambientales al disminuir los riesgos.
- Restablecer la salud: comprende los procedimientos de enfermería orientados a recuperar la salud de los pacientes.
- Rehabilitar: comprende el conjunto de técnicas aplicadas para restituir las habilidades perdidas por la persona por causa de una enfermedad o accidente.
- Favorecer una muerte digna: consiste en ayudar a los pacientes en su fase terminal a morir en forma honorable y digna, respetando sus principios y creencias.

2.2.21. Tipos de intervenciones

Las intervenciones corresponden a la práctica realizada por las enfermeras al momento de cuidar y aplicar diagnósticos a los pacientes, son:

Intervenciones dependientes

Comprende las intervenciones realizadas por el personal de enfermería bajo las indicaciones realizadas por los médicos en las que señalan la forma de proceder, corresponde a los problemas clínico-médico, la responsabilidad del personal de enfermería se limita a:

- Administración de medicamentos bajo un horario y dosis prescrito por el médico a cargo.
- Instalación de vías intravenosas y sondas a los pacientes.
- Realizar pruebas diagnósticas.
- Administrar y supervisar la dieta del paciente.

En esta intervención el personal de enfermería es responsable de cumplir correctamente las indicaciones del médico, aunque no puede limitarse a sólo ejecutarlas, pues al tener conocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos debe tomar las precauciones para evitar posibles complicaciones en los pacientes y responsabilidades penales (Aliaga, 2015).

Intervenciones independientes o autónomas

Las intervenciones independientes corresponden a las diferentes actividades que realizan los profesionales de enfermería en función de sus conocimientos y destrezas, incluye las situaciones que son responsabilidad directa de los enfermeros, en este tipo de intervención se basa en la información obtenida en la valoración y en la etiología.

Determinar las posibles intervenciones es fundamental para resolver y minimizar los problemas de salud de los pacientes, por lo que es necesario cumplir con los siguientes pasos:

- Definir el diagnóstico en función de los datos obtenidos en la valoración.
- Identificar las acciones alternativas posibles que pueden ser aplicadas en base al diagnóstico, teniendo presente las posibles complicaciones reales y potenciales.
- Seleccionar las alternativas factibles para resolver el problema.

En este tipo de intervención el personal de enfermería no requiere de la autorización del médico tratante, son responsables legalmente de sus actuaciones, pues están basadas en sus conocimientos aplicados en función de prevenir o reducir los problemas del paciente en busca su bienestar, por ejemplo, reanimar al paciente en una situación de emergencia (Aliaga, 2015) .

Intervenciones de colaboración o interdependientes

En este tipo de intervención las enfermeras pueden trabajar con otros profesionales de la salud, colaborando entre todos ellos, por ejemplo, participar en la atención de un herido con abdomen abierto donde participa un equipo interdisciplinario.

Los enfermeros en este tipo de intervención trabajan coordinadamente con los médicos, los nutricionistas, los fisioterapeutas, los psicólogos, entre otras disciplinas que participan en la toma de decisiones y tratamientos, por ejemplo, determinar la cantidad o equivalencia de alimentos indicados por el nutricionista (Aliaga, 2015).

2.2.22. Desarrollo de planes de cuidados

Planificación de cuidados de enfermería

Los planes de cuidado son la tercera etapa de los procesos de enfermería en la cual se establecen las protocolizaciones de los desempeños de los profesionales de enfermería acorde a las necesidades de los pacientes que comparten un mismo diagnóstico. Este plan es una guía donde se presenta en forma organizada la información referente a las intervenciones.

Para de Jesús, citado por Becerra (2010), Griffith-Kenney y Christensen definen, “El Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), es un instrumento para documentar y

comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación” (de Jesús, 2014, pág. 37).

La utilización de los planes de cuidado permite estandarizar las actuaciones del personal de enfermería, al establecer una guía con una metodología homogénea que ayuda a mejorar el desempeño de los enfermeros. Estas guías tienen como objetivos:

- Identificar las prioridades del paciente en los diagnósticos.
- Gestionar con eficiencia y calidad los recursos asistenciales.
- Aplicar los protocolos específicos de enfermería.
- Organizar los cuidados que se van a proporcionar al paciente y hacer su documentación.
- Establecer las responsabilidades de cada uno de los profesionales de enfermería diferenciándolas de las responsabilidades de los otros miembros del equipo de salud, incluso de otro enfermero.
- Enfocar las acciones del personal de enfermería a resolver los problemas de salud del paciente o prevenir futuras complicaciones.
- Suministrar cánones para la evaluación de los cuidados de los pacientes, ya que la información suministrada sirve para llevar un registro de las actividades realizadas (Aliaga, 2015).

2.2.23. Tipos de planes de cuidado

Existen diferentes tipos de planes de cuidado escritos que van a depender de las directrices y objetivos que se persigan. Los tipos de planes más utilizados:

- Plan de cuidado individualizado: son planes de cuidado estructurados de acuerdo a las necesidades de un paciente en particular, este tipo de plan permite tener la documentación de todos los diagnósticos y las intervenciones ejecutadas por el

personal de enfermería, además se pueden utilizar como fuente de referencia en el historial clínico del paciente (de Jesús, 2014).

- Plan de cuidados estandarizado: son planes de diagnóstico reales que se utilizan como referencia o soporte de información, según Becerra (2010) citado por (de Jesús, 2014) el plan estandarizado “Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles 41 relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”; este tipo de plan agrupa toda la información sobre diagnósticos, objetivos y las intervenciones en situaciones de alto riesgo principalmente, donde se indica el tipo de paciente y tratamientos.
- Plan de cuidados informatizados: son planes realizados utilizando aplicaciones informáticas y sistemas operativos como Windows o Linus, donde se diseñan planes estandarizados o individuales. La enfermera es la que decide cual utilizar acorde a las necesidades de cada paciente utilizando un equipo de computadora, estos pueden ser basados en el diagnóstico del médico, en de la enfermera o individual para el paciente (de Jesús, 2014).

Registros y documentación

Corresponde a la tercera etapa del proceso de atención de enfermería en el cual los diagnósticos realizados por los profesionales de enfermería deben ser registrados de una forma organizada, además deben documentar las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos. El registro debe contener:

- La fecha en la cual se realiza el procedimiento.
- El verbo de acción con el que indica al paciente que debe hacer y cómo hacerlo.
- Área de contenido indica al paciente el dónde aplicar el procedimiento.

- Tiempo indica al paciente durante cuánto tiempo va aplicar el procedimiento, con que regularidad.
- Firma de la enfermera o enfermero. (López & Guadalupe, 2018).

Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en esta fase se realizan las intervenciones programadas desde el inicio en el plan de cuidados, hasta el final, en una forma organizada en busca de lograr los objetivos planteados, las ejecuciones que se realizan deben ser seguras y dentro de la ética profesional.

La OMS citado por Moreno (2016), señala: “la prestación de los cuidados durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida que pueden afectar a la salud, a la enfermedad, a la incapacidad y a la muerte”. (pág. 24).

(Phaneuf, 1999) recomienda que el personal de enfermería para realizar la ejecución, tiene que tomar en consideración lo siguiente:

- Las habilidades y preparación técnica del paciente para ejecutar las actividades propuestas.
- Los recursos económicos y humanos con los cuales se cuenta para llevar a cabo las actividades.
- La seguridad del ambiente donde se van a ejecutar los procedimientos.
- La necesidad de ejecutar las actividades.
- La edad del paciente.
- Las posibles complicaciones que se pueden presentar en la hospitalización y tratamiento.
- Las condiciones físicas y psicológicas preexistentes del paciente.

La ejecución a pesar de estar debidamente planificada por el personal de enfermería debe ser flexible, adaptándose a la evolución del paciente y a la disponibilidad de recursos del centro hospitalario, del hogar o del paciente.

El personal de enfermería debe poseer ciertas habilidades para ejecutar el plan de cuidados de una manera satisfactoria, como lo señala (Kozier, 2019) estas habilidades son:

- **Habilidades cognitivas:** el personal de enfermería debe contar con un vasto nivel de conocimientos para la identificar y resolver los problemas de salud, tiene que tener la capacidad para tomar decisiones, poseer un razonamiento crítico y ser creativo, para poder suministrar un cuidado a sus pacientes de forma segura.
- **Habilidades interpersonales:** comprenden las destrezas que deben tener el personal de enfermería para establecer una comunicación efectiva con el paciente y su entorno. Estas habilidades pueden ser verbales al utilizar la palabra o no verbales como gestos y acciones.
- **Habilidades técnicas:** corresponden a las destrezas manuales, motoras que deben poseer el personal de enfermería para manejar los equipos médicos, manipular al paciente, ejecutar procedimientos técnicos.

La ejecución del diagnóstico según (Iyer & Taptich, 2018) debe cumplir pasos: la preparación, la intervención y la documentación.

- **Primer paso:** en la preparación se deben considerar:
 - a. Revisar que las intervenciones que se vayan a realizar sean acordes con el plan de establecido y las actuaciones de otros profesionales.
 - b. Realizar un autoanálisis del nivel de sus conocimientos y destrezas requeridas para realizar la intervención.

- c. Identificar las posibles complicaciones del paciente al ser sometido a la intervención.
- d. Garantizar por medio de una buena organización los recursos necesarios y la disponibilidad de tiempo para ejecutar la intervención.
- e. Asegurarse de tener un ambiente adecuado para realizar la intervención.
- **Segundo paso:** la intervención, corresponde al conglomerado de actividades y procedimientos que se deben realizar para recuperar la salud del paciente, acorde con sus necesidades, la cual debe comprender:
 - a. Reforzar de las cualidades propias del paciente, como su motivación, su nivel educativo, el grupo familiar, etc.
 - b. Colaborar en las actividades diarias de los pacientes.
 - c. Fiscalizar las ejecuciones realizadas por los otros profesionales de enfermería, cuando se desempeñe como coordinador del grupo de trabajo.
 - d. Servir de canal de comunicación con los demás miembros del equipo de trabajo.
 - e. Facilitar al paciente la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.
 - f. Realizar los cuidados para cumplir con los objetivos de planteados.

En tal sentido (Alfaro, 2015) recomienda

Seguir con la siguiente regla: realice las intervenciones enfermeras con el pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando cuidadosamente las respuestas. Si no obtiene la respuesta deseada empiece a formular preguntas para averiguar que va mal antes de continuar. Cuando sepa que es lo que no funciona, haga los cambios requeridos y anótelos en el plan de cuidados según sean necesario.

En la ejecución el profesional de enfermería debe tener un razonamiento crítico al momento de realizar los cuidados, debe anticipar las posibles complicaciones, chequear

los objetivos de los cuidados y solucionar los problemas para obtener el resultado esperado.

Los profesionales de enfermería se pueden hacer estas preguntas al aplicar el razonamiento crítico:

- a. ¿Conozco el problema?
- b. ¿Cuál es la información que necesito y donde la puedo buscar?
- c. ¿Cuál es el significado de los datos obtenidos?
- d. ¿Qué puedo hacer en base a la información recaudada?
- e. ¿Es suficiente la información o hay que realizar nuevas preguntas?
- f. ¿Estoy haciendo el mejor enfoque al problema?

La utilización del modelo de razonamiento crítico favorece cuestionar si las intervenciones que se planificaron han sido las más adecuadas o si se necesitan cambiar o modificar de acuerdo a las necesidades del paciente.

- **Tercer paso:** la documentación corresponde al registro legal de todas las intervenciones realizadas, esta debe ser completa, clara y detallada, escrita en formatos, estos documentos son el registro de todas las intervenciones realizadas por los enfermeros y por los médicos tratantes (Iyer & Taptich, 2018).

El registro de las intervenciones facilita anotar de manera inmediata las intervenciones y tener mayor precisión al momento de escribir la ejecución, además tienen como propósito mantener informados a todo el equipo de trabajo relacionado con el tratamiento del paciente, suministra información para realizar una evaluación en busca de mejorar los cuidados proporcionados a los pacientes, e incluso son un respaldo legal en caso de presentarse algún tipo de problema con el paciente.

Tipos de registros

El personal de enfermería realiza diferentes tipos de registros dependiendo de su finalidad, estos registros pueden ser gráficos con los signos vitales del paciente, de medicamentos con los horarios y dosis, de líquidos con la cantidad de líquido ingerida y expulsada, entre otros.

Los enfermeros también realizan notas de enfermería en las cuales se escribe el estado evolutivo del paciente, los eventos ocurridos durante el turno en forma cronológica, estas notas narrativas contienen además las respuestas y reacciones del paciente ante el tratamiento.

Los tipos de registro son:

- Registros orientados a problemas SOVP (Subjetivo, Objetivo; Valoración, Planificación) o SOAP como también es conocido, es un sistema de información que se centra en los diagnósticos del personal de enfermería y los problemas del paciente, este sistema presenta un formato específico y estructurado para las notas.
- Registro orientado a problemas PIE (Problema, Intervención, Evaluación) es un sistema que se origina en el año de 1984 en Estados Unidos, específicamente en Carolina del Norte y se base en el proceso de enfermería.
- Formato DAR (Datos objetivos, Acciones, Respuestas, también es conocido como DIR (Daos, Intervención, Resultados), se base en las intervenciones específicas de las enfermeras y en las respuestas del paciente a estas. (López & Guadalupe, 2018)
- Modelo FOCUS o gráfica de FOCUS, es un modelo de organización de la información obtenida de las notas de los enfermeros, donde se incluyen los componentes y se organizan en columnas.

Evaluación

Corresponde a la quinta y última etapa del proceso de atención de enfermería, en esta según Alfaro (2003) citado por (de Jesús, 2014) la evaluación permite “Determinar si el plan de cuidados de enfermería se está poniendo en práctica tal como está prescrito e identificar los factores que puedan facilitar o dificultar el progreso”. (pág. 36).

La evaluación es un instrumento con el cual el personal de enfermería puede cuantificar la calidad de los servicios prestados a los pacientes, además valor si los planes de cuidado ejecutados han sido eficaces en su totalidad, si se necesitan realizar cambios dentro de los mismos o si han obtenido los resultados esperados y terminar con su aplicación.

La evaluación debe hacerse en forma diaria, para verificar la evolución del paciente acorde con la planificación, este grado de recuperación del paciente está íntimamente relacionado con nivel de satisfacción del paciente, es decir es importante en la evolución determinar la eficacia del tratamiento y la efectividad de los procedimientos.

Para Moorhead (2009) citado por (de Jesús, 2014), en la etapa de evaluación

Se debe verificar si los objetivos que se fijaron en la planificación se cumplieron utilizando el formato de clasificación de resultados de enfermería (NOC) que contiene medidas estandarizadas que describe los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones de enfermería el cual se evalúan según la puntuación diana final, evaluando cada uno de los objetivos planteados si fueron alcanzados o no. (pág. 37).

En esta última etapa se procede a realizar una evaluación de las cuatro etapas anteriores (valoración, diagnóstico, planificación y ejecución), si fueron realizadas adecuadamente, para ello, se plantean las siguientes interrogantes:

- ¿La valoración realizada al paciente estuvo completa y la información recaudada fue validada?
- ¿Las consideraciones realizadas en el diagnóstico fueron correctas?

- ¿El enunciado de los diagnósticos realizados por los enfermeros y la interdependencia con problemas detectados fue acertada?
- ¿Los planes de cuidados ejecutados proporcionaron una solución al problema y a la etiología de los problemas detectados? (de Jesús, 2014).

En el proceso de evaluación se comparan los datos obtenidos, se emiten juicios e incluso se pueden plantear cambios, para ello se tiene que cumplir con las fases de obtención de datos, de comparación de resultados y modificación del plan.

- Fase de obtención de datos: comprende conseguir toda la información relacionada con el estado de salud, los problemas y el diagnóstico que se pretende evaluar, para ser comparados con los objetivos establecidos, en este proceso se necesita la valuación de los diferentes aspectos relacionados con la salud del paciente, para (Iyer & Taptich, 2018) las áreas de evaluación de resultados que se deben tener presentes son:
 - a. El aspecto general del paciente y el funcionamiento general de su cuerpo, para ello se debe realizar la observación directa y la evaluación de la historia clínica.
 - b. Valorar los síntomas del paciente con una entrevista y con la observación del mismo.
 - c. Evaluar los conocimientos del paciente con una entrevista.
 - d. Valorar las habilidades y capacidades motoras del paciente.
 - e. Observar el estado emocional, la expresión corporal y verbal del paciente.
 - f. Observar la condición espiritual del paciente.
- Fase de comparación de resultados: en la etapa de evaluación de resultados es fundamental realizar valoraciones de los cuidados proporcionados a los pacientes para de esta forma establecer conclusiones, que servirán como base para proponer

correcciones con las diferentes áreas de estudios. Las conclusiones pueden ser enfocadas en base a los resultados obtenidos:

- a. El paciente logro alcanzar los resultados previstos en el diagnóstico.
 - b. El paciente aún se encuentra en el proceso de alcanzar los resultados previstos y aún no se pueden sugerir nuevas actividades.
 - c. El paciente no logró alcanzar los resultados previstos, lo cual indica que no podrá alcanzarlos (Vete & Veletanga, 2015).
- Fase de modificación del plan: en esta etapa del PAE se pueden cambiar o modificar el diagnóstico, para lograrlo se puede:
 - a. Eliminar diagnósticos que fueron resueltos.
 - b. Establecer nuevos diagnósticos e intervenciones.
 - c. Formular nuevos objetivos.
 - d. Modificar el tiempo que se estableció para alcanzar los resultados previstos (Vete & Veletanga, 2015).

Tipos de evaluación

La evaluación es una etapa compleja al realizar una comparación del estado de salud del paciente antes y después de aplicar todas las intervenciones de acuerdo a los objetivos planteados. Las evaluaciones pueden ser:

- Evaluación de resultados: es la evaluación en la cual se estudian los resultados obtenidos y objeto de los cuidados.
- Evaluación del proceso: es la parte de la evaluación donde se analizan las estrategias empleadas en el cuidado y cómo fueron brindadas.
- Evaluación de la estructura: corresponde a la evaluación del entorno en el cual fueron aplicados los cuidados al paciente (Moya, 2018).

2.2.24. Elaboración de un juicio sobre la evolución del paciente

El enfermero/a posterior a la obtención de los datos relacionados con la condición del paciente y realizar una comparación con los resultados, este/a puede emitir un juicio de donde indique si los resultados fueron o no logrados.

Para (Fernández, 2015) existen diferentes tipos de resultados tomando como base los objetivos propuestos, los cuales servirían de indicadores para clasificarlos, estos resultados pueden ser:

- a. Positivos: cuando los resultados que indican que los objetivos propuestos fueron alcanzados.
- b. Negativos: cuando los resultados obtenidos no fueron alcanzados y no concuerdan con los objetivos propuestos.
- c. Anticipados: cuando surge un nuevo problema, por lo tanto, los resultados son negativos.

La evaluación un proceso mediante el cual se miden los objetivos a través de los cambios obtenidos posterior a la aplicación de las actividades planteadas en la intervención de la enfermera y el resultado final.

Para realizar una evaluación del plan de cuidados, se tiene que determinar si hubo o no continuidad del plan, si se realizaron todos los pasos del proceso de enfermería, como:

- a. La valoración para poder determinar con exactitud si se presentaron cambios en las condiciones del paciente y de esta forma asegurarse que la información fue exacta y completa.
- b. El diagnóstico para verificar que los problemas y diagnósticos fueron resueltos, si existen nuevos problemas o solo han mejorados.
- c. La planificación para comprobar que los objetivos y las intervenciones de las enfermeras fueron acertadas en base a los resultados obtenidos.
- d. La ejecución es la fase donde se pueden realizar cambios acordes con los factores que originaron el problema o que afectaron su éxito.
- e. La evaluación en esta fase se toma la decisión de continuar o no con el plan inicial, modificarlo o terminar la intervención (Fernández, 2015).

La Nursing Outcomes Classification (NOC), presenta un sistema válido de clasificación de los resultados de enfermería (CRE), donde se nombran, se identifican y se miden con un lenguaje propio, además se clasifican los resultados que reflejan directamente las intervenciones de las enfermeras y se describe el estado del paciente y su conducta. La sexta edición de la NOC del año 2018, presenta 540 criterios de resultados, 7 dominios, 34 clases y 13 escalas de medición organizadas por especialidad (Moorhear, Swansom, Johnson, & Maas, 2018).

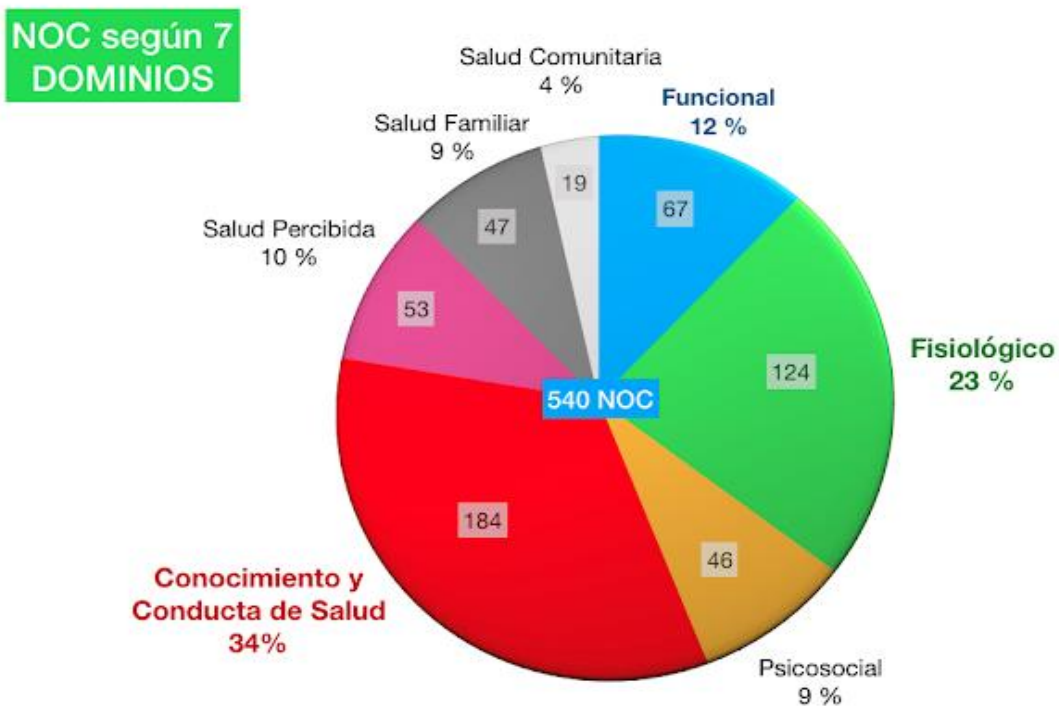


Figura 2 Clasificación de resultados de enfermería (NOC)
 Información extraída de: (Moorhead, Swanson, & et.al, El diagnóstico enfermero, 2018)

Tabla 3 Clasificación de resultados de enfermería NOC

Clasificación completa de Resultados de Enfermería NOC	
1300-Aceptación: estado de la salud	0108-Desarrollo infantil: segunda infancia
2302-Aclaración de toxinas sistémicas: diálisis	0109-Desarrollo infantil: adolescencia
1308-Adaptación a la discapacidad física	0003-Descanso
1311-Adaptación al traslado	1501-Desempeño del rol
2200-Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario	2211-Desempeño del rol de padres
1301-Adaptación del niño a la hospitalización	2903-Desempeño del rol de padres: adolescente
0117-Adaptación del prematuro	2904-Desempeño del rol de padres: lactante
0118-Adaptación del recién nacido	2907-Desempeño del rol de padres: niño pequeño
2600-Afrontamiento de los problemas de la familia	2906-Desempeño del rol de padres: preescolar
1302-Afrontamiento de problemas	2905-Desempeño del rol de padres: segunda infancia
2014 Alfabetización económica – <i>Nuevo</i>	2902-Desempeño del rol de padres: seguridad física del adolescente
2203-Alteración del estilo de vida del cuidador principal	2900-Desempeño del rol de padres: seguridad física del lactante y del niño pequeño
1910-Ambiente seguro del hogar – <i>Nuevo</i>	2901-Desempeño del rol de padres: seguridad física en la primera y segunda infancia
0200-Ambular	1901-Desempeño del rol de padres: seguridad psicosocial
0201-Ambular: silla de ruedas	1206-Deseo de vivir
1014-Apetito	1908-Detección del riesgo
2609-Apoyo familiar durante el tratamiento	2101-Dolor: efectos nocivos
0918-Atención al lado afectado	1306-Dolor: respuesta psicológica adversa
3123-Autocontrol: accidente cerebrovascular – <i>Nuevo</i>	0400-Efectividad de la bomba cardíaca
3120-Autocontrol: alergia conocida – <i>Nuevo</i>	
3116-Autocontrol: anemia crónica – <i>Nuevo</i>	

3105-Autocontrol: arritmia	2807-Efectividad de detección precoz sanitaria en la comunidad
3112-Autocontrol: artritis – <i>Nuevo</i>	2808-Efectividad del programa comunitario
0704-Autocontrol: asma	0907-Elaboración de la información
3114-Autocontrol: cáncer – <i>Nuevo</i>	0501-Eliminación intestinal
1619-Autocontrol: diabetes	0503-Eliminación urinaria
3100-Autocontrol: enfermedad aguda	0006-Energía psicomotora
3104-Autocontrol: enfermedad arterial coronaria	1934-Entorno seguro de asistencia sanitaria
3111-Autocontrol: enfermedad arterial periférica	0113-Envejecimiento físico
1617-Autocontrol: enfermedad cardíaca	0202-Equilibrio
3115-Autocontrol: enfermedad celiaca (celiaquía) – <i>Nuevo</i>	0606-Equilibrio electrolítico
3102-Autocontrol: enfermedad crónica	0600-Equilibrio electrolítico y ácido-base
3119-Autocontrol: enfermedad inflamatoria intestinal – <i>Nuevo</i>	1204-Equilibrio emocional
3103-Autocontrol: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2013-Equilibrio en el estilo de vida
3108-Autocontrol: enfermedad renal	0601-Equilibrio hídrico
1631-Autocontrol: esclerosis múltiple	1201-Esperanza
3124-Autocontrol: herida- <i>Nuevo</i>	1016-Establecimiento de la alimentación con biberón: lactante
3107-Autocontrol: hipertensión	1018-Establecimiento de la alimentación con taza: lactante
3118-Autocontrol: infección – <i>Nuevo</i>	1000-Establecimiento de la lactancia materna: lactante
3106-Autocontrol: insuficiencia cardíaca	1001-Establecimiento de la lactancia materna: madre
3121-Autocontrol: linfedema – <i>Nuevo</i>	0414-Estado cardiopulmonar
3122- Autocontrol: neumonía – <i>Nuevo</i>	0401-Estado circulatorio
3110-Autocontrol: osteoporosis	2008-Estado de comodidad
3113-Autocontrol: trastorno del espectro autista – <i>Nuevo</i>	2009-Estado de comodidad: entorno
3109-Autocontrol: trastorno lipídico	2010-Estado de comodidad: física
3101-Autocontrol: tratamiento anticoagulante	2011-Estado de comodidad: psicoespiritual
3117-Autocontrol: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) – <i>Nuevo</i>	2012-Estado de comodidad: sociocultural
1401-Autocontrol de la agresión	1010-Estado de deglución
1402-Autocontrol de la ansiedad	1011-Estado de deglución: fase esofágica
1400-Autocontrol de la conducta abusiva	1013-Estado de deglución: fase faríngea
1409-Autocontrol de la depresión	1012-Estado de deglución: fase oral
1410-Autocontrol de la ira	2800-Estado de inmunización de la comunidad
1406-Autocontrol de la mutilación	2606-Estado de salud de la familia
1620-Autocontrol de las convulsiones	2005-Estado de salud del estudiante
1405-Autocontrol de los impulsos	2006-Estado de salud personal
1408-Autocontrol del impulso suicida	0112-Estado fetal: durante el parto
1404-Autocontrol del miedo	0111-Estado fetal: prenatal
1412-Autocontrol del pánico – <i>Nuevo</i>	0702-Estado inmune
1403-Autocontrol del pensamiento distorsionado	2510-Estado materno: durante el parto
1411-Autocontrol del trastorno de la alimentación	2509-Estado materno: parto
1615-Autocuidado de la ostomía	2511-Estado materno: puerperio
0300-Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	0909-Estado neurológico
0306-Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	0910-Estado neurológico: autónomo
0301-Autocuidados: baño	0912-Estado neurológico: consciencia
0303-Autocuidados: comer	0911-Estado neurológico: control motor central
0305-Autocuidados: higiene	0913-Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales
0308-Autocuidados: higiene oral	0914-Estado neurológico: función sensitiva/motora medular
0307-Autocuidados: medicación no parenteral	0917-Estado neurológico: periférico
0309-Autocuidados: medicación parenteral	1004-Estado nutricional
0310-Autocuidados: uso del inodoro	1005-Estado nutricional: determinaciones bioquímicas
0302-Autocuidados: vestir	1007-Estado nutricional: energía
1205-Autoestima	1008-Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos
1639-Autogestión de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) – <i>Nuevo</i>	1009-Estado nutricional: ingestión de nutrientes
	1020-Estado nutricional del lactante
	0415-Estado respiratorio

1613-Autogestión de los cuidados	0402-Estado respiratorio: intercambio gaseoso
1614-Autonomía personal	0410-Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
2508-Bienestar del cuidador principal	0403-Estado respiratorio: ventilación
2002-Bienestar personal	2208-Factores estresantes del cuidado familiar
1912-Caídas	0008-Fatiga: efectos nocivos
2000-Calidad de vida	2004-Forma física
2513-Cese de la desatención	1919-Fugas
2500-Cese del abuso	0211-Función esquelética
2601-Clima social de la familia	1015-Función gastrointestinal
0409-Coagulación sanguínea	0803-Función hepática
0900-Cognición	0804-Función metabólica – <i>Nuevo</i>
2700-Competencia social	0504-Función renal
2015-Comportamiento de alfabetización en salud – <i>Nuevo</i>	2401-Función sensitiva: auditiva
1638-Compromiso del paciente – <i>Nuevo</i>	2403-Función sensitiva: gusto y olfato
0902-Comunicación	2402-Función sensitiva: propioceptiva
0903-Comunicación: expresiva	2400-Función sensitiva: táctil
0904-Comunicación: receptiva	2404-Función sensitiva: visión
0905-Concentración	2602-Funcionamiento de la familia
1215-Conciencia de uno mismo	2212-Funcionamiento de la familia: cuidado en la demencia – <i>Nuevo</i>
1629-Conducta de abandono del consumo de alcohol	0119-Funcionamiento sexual
1630-Conducta de abandono del consumo de drogas	1635-Gestión del tiempo personal
1625-Conducta de abandono del consumo de tabaco	2118-Gravedad de la convulsión – <i>Nuevo</i>
1600-Conducta de adhesión	1502-Habilidades de interacción social
1621-Conducta de adhesión: dieta saludable	0602-Hidratación
1626-Conducta de aumento de peso	1202-Identidad personal
1603-Conducta de búsqueda de la salud	1207-Identidad sexual
1610-Conducta de compensación auditiva	1200-Imagen corporal
1611-Conducta de compensación visual	1503-Implicación social
1601-Conducta de cumplimiento	2603-Integridad de la familia
1632-Conducta de cumplimiento: actividad prescrita	1105-Integridad del acceso para hemodiálisis
1622-Conducta de cumplimiento: dieta prescrita	1101-Integridad tisular: piel y membranas mucosas
1623-Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	1003-Lactancia materna: destete
1602-Conducta de fomento de la salud	1500-Lazos afectivos padres-hijo
1624-Conducta de la salud maternal en el postparto	0114-Maduración física: femenina
1628-Conducta de mantenimiento del peso	0115-Maduración física: masculina
1627-Conducta de pérdida de peso	1002-Mantenimiento de la lactancia materna
1909-Conducta de prevención de caídas	0222-Marcha
1634-Conducta personal de detección precoz de enfermedades	0908-Memoria
1607-Conducta sanitaria prenatal	1305-Modificación psicosocial: cambio de vida
1911-Conductas de seguridad personal	1209-Motivación
1900-Conductas de vacunación	0208-Movilidad
1811-Conocimiento: actividad prescrita	0206-Movimiento articular
1846-Conocimiento: alimentación con biberón	0216-Movimiento articular: cadera
1850-Conocimiento: alimentación con taza	0214-Movimiento articular: codo
1805-Conocimiento: conducta sanitaria	0220-Movimiento articular: columna vertebral
1804-Conocimiento: conservación de la energía	0218-Movimiento articular: cuello
1820-Conocimiento: control de la diabetes	0215-Movimiento articular: dedos
1830-Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca	0219-Movimiento articular: hombro
1837-Conocimiento: control de la hipertensión	0221-Movimiento articular: muñeca
1842-Conocimiento: control de la infección	0207-Movimiento articular: pasivo
1812-Conocimiento: control del consumo de sustancias	0217-Movimiento articular: rodilla
1826-Conocimiento: cuidado de los hijos	0213-Movimiento articular: tobillo
1829-Conocimiento: cuidados de la ostomía	0212-Movimiento coordinado
1819-Conocimiento: cuidados del lactante	2007-Muerte confortable
1840-Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino	1307-Muerte digna
	2106-Naúseas y vómitos: efectos nocivos
	1214-Nivel de agitación
	1211-Nivel de ansiedad

1802-Conocimiento: dieta prescrita	1216-Nivel de ansiedad social
1854-Conocimiento: dieta saludable	0313-Nivel de autocuidado
1855-Conocimiento: estilo de vida saludable	0916-Nivel de delirio
1816-Conocimiento: fomento de la fertilidad	0920-Nivel de demencia
1815-Conocimiento: funcionamiento sexual	1208-Nivel de depresión
1839-Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el postparto	1212-Nivel de estrés
1810-Conocimiento: gestación	0007-Nivel de fatiga
1866-Conocimiento: gestión del tiempo	2300-Nivel de glucemia
1800-Conocimiento: lactancia materna	0915-Nivel de hiperactividad
3209-Conocimiento: manejo de heridas – Nuevo	2109-Nivel de malestar
3200-Conocimiento: manejo de la alergia – Nuevo	1210-Nivel de miedo
3204-Conocimiento: manejo de la anemia crónica – Nuevo	1213-Nivel de miedo: infantil
1852-Conocimiento: manejo de la arritmia	1217-Nivel de pánico – Nuevo
1831-Conocimiento: manejo de la artritis	2702-Nivel de violencia social
1851-Conocimiento: manejo de la demencia	2102-Nivel del dolor
1836-Conocimiento: manejo de la depresión	2604-Normalización de la familia
1844-Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda	2611-Normalización de la familia: demencia – Nuevo
1849-Conocimiento: manejo de la enfermedad arterial coronaria	2613-Normalización de la familia: trastorno del espectro autista – Nuevo
1860-Conocimiento: manejo de la enfermedad arterial periférica	0901-Orientación cognitiva
3203-Conocimiento: manejo de la enfermedad celiaca – Nuevo	1705-Orientación sobre la salud
1863-Conocimiento: manejo de la enfermedad cerebrovascular	2605-Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional
1847-Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica	1604-Participación en actividades de ocio
1856-Conocimiento: manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal	1633-Participación en el ejercicio
1848-Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0116-Participación en juegos
1857-Conocimiento: manejo de la enfermedad renal	1636-Participación en la rehabilitación cardíaca – Nuevo
3205-Conocimiento: manejo de la epilepsia – Nuevo	1637-Participación en la rehabilitación musculoesquelética – Nuevo
1838-Conocimiento: manejo de la esclerosis múltiple	1606-Participación en las decisiones sobre la salud
1835-Conocimiento: manejo de la insuficiencia cardíaca	0919-Pensamiento abstracto
1861-Conocimiento: manejo de la neumonía	0422-Perfusión tisular
1859-Conocimiento: manejo de la osteoporosis	0405-Perfusión tisular: cardíaca
1832-Conocimiento: manejo del asma	0416-Perfusión tisular: celular
1833-Conocimiento: manejo del cáncer	0406-Perfusión tisular: cerebral
1843-Conocimiento: manejo del dolor	0404-Perfusión tisular: órganos abdominales
1862-Conocimiento: manejo del estrés	0407-Perfusión tisular: periférica
3207-Conocimiento: manejo de la linfedema – Nuevo	0408-Perfusión tisular: pulmonar
1841-Conocimiento: manejo del peso	1006-Peso: masa corporal
1853-Conocimiento: manejo del trastorno de la alimentación	0203-Posición corporal: autoiniciada
3201-Conocimiento: manejo del trastorno del espectro autista – Nuevo	1921-Preparación antes del procedimiento
1858-Conocimiento: manejo del trastorno lipídico	2202-Preparación del cuidador familiar domiciliario
1845-Conocimiento: manejo del tratamiento anticoagulante	0311-Preparación para el alta: vida independiente
3206-Conocimiento: manejo del virus de la inmunodeficiencia humana – Nuevo	0312-Preparación para el alta: vivir con apoyo
1827-Conocimiento: mecanismos corporales	2804-Preparación para un desastre en la comunidad
1808-Conocimiento: medicación	2501-Protección del abuso
1817-Conocimiento: parto y alumbramiento	2116-Quimioterapia: efectos físicos adversos – Nuevo
1828-Conocimiento: prevención de caídas	0700-Reacción transfusional sanguínea
1821-Conocimiento: prevención del embarazo	1017-Realización de la alimentación con biberón
1814-Conocimiento: procedimiento terapéutico	1019-Realización de la alimentación con taza
	0210-Realización de transferencia
	1107-Recuperación de las quemaduras
	1312-Recuperación del acoso infantil – Nuevo
	2303-Recuperación posterior al procedimiento
	2304-Recuperación quirúrgica: convalecencia
	2305-Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato
	2512-Recuperación tras abandono
	2514-Recuperación tras el abuso

1867-Conocimiento: procedimientos diagnósticos y terapéuticos – Nuevo	2503-Recuperación tras el abuso: económico
1803-Conocimiento: proceso de la enfermedad	2502-Recuperación tras el abuso: emocional
1806-Conocimiento: recursos sanitarios	2504-Recuperación tras el abuso: físico
1864-Conocimiento: reducción de la amenaza de accidente cerebrovascular	2505-Recuperación tras el abuso: sexual
1834-Conocimiento: reducción de la amenaza del cáncer	2204-Relación entre el cuidador principal y el paciente
1865-Conocimiento: reducción de la amenaza de trombo	1616-Rendimiento de los mecanismos corporales
1813-Conocimiento: régimen terapéutico	2205-Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos
3202-Conocimiento: rehabilitación cardiaca – Nuevo	2206-Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos
3208-Conocimiento: rehabilitación musculoesquelética – Nuevo	2704-Resiliencia de la comunidad
1818-Conocimiento: salud materna en el puerperio	2608-Resiliencia familiar
1822-Conocimiento: salud materna en la preconcepción	1309-Resiliencia personal
1801-Conocimiento: seguridad física infantil	0001-Resistencia
1809-Conocimiento: seguridad personal	2210-Resistencia del papel del cuidador
1407-Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas	1304-Resolución de la aflicción
0204-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	1310-Resolución de la culpa
0205-Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas	2703-Respuesta a la aflicción de la comunidad
0002-Conservación de la energía	2301-Respuesta a la medicación
0500-Continencia intestinal	0705-Respuesta alérgica: localizada
0502-Continencia urinaria	0706-Respuesta alérgica: sistémica
1618-Control de náuseas y vómitos	2806-Respuesta ante un desastre en la comunidad
1608-Control de síntomas	0707-Respuesta de hipersensibilidad inmunológica
1605-Control del dolor	0411-Respuesta de la ventilación mecánica: adulto
1902-Control del riesgo	1920-Riesgo de tendencia a las fugas
1931-Control del riesgo: accidente cerebrovascular	2506-Salud emocional del cuidador principal
1936-Control del riesgo: acoso infantil – Nuevo	2001-Salud espiritual
1940-Control del riesgo: alergias infantiles – Nuevo	2507-Salud física del cuidador principal
1935-Control del riesgo: aspiración – Nuevo	1100-Salud oral
1939-Control del riesgo: caídas – Nuevo	3014-Satisfacción del paciente/usuario
1917-Control del riesgo: cáncer	3000-Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales
1903-Control del riesgo: consumo de alcohol	3005-Satisfacción del paciente/usuario: asistencia funcional
1904-Control del riesgo: consumo de drogas	3013-Satisfacción del paciente/usuario: aspectos técnicos del cuidado
1906-Control del riesgo: consumo de tabaco	3002-Satisfacción del paciente/usuario: comunicación
1937-Control del riesgo: deshidratación – Nuevo	3003-Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados
1915-Control del riesgo: deterioro auditivo	3011-Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas
1916-Control del riesgo: deterioro visual	3006-Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico
1907-Control del riesgo: embarazo no deseado	3009-Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico
1914-Control del riesgo: enfermedad cardiovascular	3001-Satisfacción del paciente/usuario: cuidados
1905-Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS)	3004-Satisfacción del paciente/usuario: cumplimiento de las necesidades culturales
1925-Control del riesgo: exposición al sol	3012-Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza
1942-Control del riesgo: herida por presión (úlceras por presión) – Nuevo	3007-Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico
1928-Control del riesgo: hipertensión	3015-Satisfacción del paciente/usuario: gestión de casos
1922-Control del riesgo: hipertermia	3016-Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor
1933-Control del riesgo: hipotensión	3008-Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos
1923-Control del riesgo: hipotermia	3010-Satisfacción del paciente/usuario: seguridad
1941-Control del riesgo: obesidad – Nuevo	0619-Severidad de la acidosis metabólica
1927-Control del riesgo: ojo seco	0604-Severidad de la acidosis respiratoria aguda
1930-Control del riesgo: osteoporosis	0620-Severidad de la alcalosis metabólica
1938-Control del riesgo: peligros medioambientales – Nuevo	0605-Severidad de la alcalosis respiratoria aguda
1924-Control del riesgo: proceso infeccioso	

1929-Control del riesgo: trastorno lipídico	2115-Severidad de la enfermedad arterial periférica
1932-Control del riesgo: trombos	0607-Severidad de la hipercalcemia
2612-Control del riesgo familiar: acoso – <i>Nuevo</i>	0608-Severidad de la hipercloremia
2610-Control del riesgo familiar: obesidad	0612-Severidad de la hiperfosfatemia
2811-Control del riesgo social: acoso infantil – <i>Nuevo</i>	2111-Severidad de la hiperglucemia
2801-Control del riesgo social: enfermedad crónica	0610-Severidad de la hipermagnesemia
2802-Control del riesgo social: enfermedad transmisible	0611-Severidad de la hipernatremia
2803-Control del riesgo social: exposición al plomo	0609-Severidad de la hiperpotasemia
2809-Control del riesgo social: obesidad	2112-Severidad de la hipertensión
2812-Control del riesgo social: peligros medioambientales – <i>Nuevo</i>	0613-Severidad de la hipocalcemia
2813-Control del riesgo social: suicidio – <i>Nuevo</i>	0614-Severidad de la hipocloremia
2810-Control del riesgo social: tradiciones culturales no saludables	0618-Severidad de la hipofosfatemia
2805-Control del riesgo social: violencia	2113-Severidad de la hipoglucemia
0110-Crecimiento	0616-Severidad de la hipomagnesemia
1700-Creencias sobre la salud	0617-Severidad de la hiponatremia
1701-Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar	0615-Severidad de la hipopotasemia
1704-Creencias sobre la salud: percepción de amenaza	2114-Severidad de la hipotensión
1702-Creencias sobre la salud: percepción de control	0703-Severidad de la infección
1703-Creencias sobre la salud: percepción de recursos	0708-Severidad de la infección: recién nacido
1102-Curación de la herida: por primera intención	1913-Severidad de la lesión física
1103-Curación de la herida: por segunda intención	0413-Severidad de la pérdida de sangre
1106-Curación de las quemaduras	2108-Severidad de la retirada de sustancias
1104-Curación ósea	0603-Severidad de la sobrecarga de líquidos
1926-Deambulaci3n segura	1203-Severidad de la soledad
0122-Desarrollo: adulto de mediana edad	2107-Severidad de las náuseas y los v3mitos
0123-Desarrollo: adulto joven	2103-Severidad de los s3ntomas
0121-Desarrollo: adulto mayor	2104-Severidad de los s3ntomas de la perimenopausia
0120-Desarrollo infantil: 1 mes	2105-Severidad de los s3ntomas del s3ndrome premenstrual (SPM)
0100-Desarrollo infantil: 2 meses	2117-Severidad del linfedema – <i>Nuevo</i>
0101-Desarrollo infantil: 4 meses	2110-Severidad del ojo seco
0102-Desarrollo infantil: 6 meses	0417-Severidad del shock: anafil3ctico
0103-Desarrollo infantil: 12 meses	0418-Severidad del shock: cardiog3nico
0104-Desarrollo infantil: 2 a3os	0419-Severidad del shock: hipovol3mico
0105-Desarrollo infantil: 3 a3os	0420-Severidad del shock: neurog3nico
0106-Desarrollo infantil: 4 a3os	0421-Severidad del shock: s3ptico
0107-Desarrollo infantil: 5 a3os	2003-Severidad del sufrimiento
	0802-Signos vitales
	1504-Soporte social
	0004-Sueño
	0800-Termorregulaci3n
	0801-Termorregulaci3n: recién nacido
	0005-Tolerancia de la actividad
	0906-Toma de decisiones

Informaci3n extraída de: (Moorhead, Swanson, & et.al, 2018)

Cada uno de los resultados permiten al personal de enfermería determinar si los cuidados proporcionados a los pacientes fueron o no apropiados y eficientes, si el paciente presentó algún progreso o al contrario retrocedió en su condici3n, estos resultados tienen una definici3n, un indicador y una escala de medida de tipo Likert

donde se la asigna a cada indicador una puntuación que va del 1 al 5, posteriormente se procede a comparar las puntuaciones entre ellas, un ejemplo sería:

1. Extremadamente comprometido.
2. Muy comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

El análisis de los resultados obtenidos permite dar garantía de la calidad del estudio realizado, con ellos se determina si los cuidados fueron satisfactorios, si los cuidados brindados por el personal de enfermería fueron apropiados o no, si fueron eficaces o no; hacer una evaluación de calidad es fundamental para un profesional de enfermería responsable.

2.2.25. Teoría de Ramona Mercer

Antecedentes y acreditaciones

Ramona Thieme Mercer nace el 4 de octubre de 1929 comienza la carrera de enfermería en la escuela de enfermería de Santa Margaret en la ciudad de Montgomery de Alabama, Estados Unidos, donde obtiene su título de enfermera con honores al serle otorgado el premio I.I. Hill por su excelencia. Ejerce su profesión como enfermera de planta, posterior asciende a jefe e instructora en el área de pediatría y obstetricia. Posteriormente estudia en la Universidad de México para obtener el título de enfermera en 1962, luego en la Emory University en 1964 se gradúa de licenciada superior de enfermería materno infantil y en 1973 se le otorga la beca Bixter en la Universidad de Pittsburgh obtiene el doctorado en enfermería maternal (Alligod & Tomey, 2018).

En enfoca su carrera hacia la docencia, iniciando en la Universidad de California donde se desempeña como docente asistente en el Departamento de Enfermería en el área de la salud familiar, para 1977 es ascendida a profesora asociada y en 1983 a profesora titular hasta 1987 cuando es jubilada, pero sigue trabajando como profesora emérita en la misma Universidad (Alligod & Tomey, 2018).

Durante su ejercicio profesional ha recibido numerosos reconocimientos, en 1963 le otorga el premio del departamento de la salud de la Universidad de Emory, en 1982 la National Foundation of the March of Dimes y la American Nurses Association, le otorga el premio de la enfermera del año de la salud materno-infantil, en 1984 recibe el premio anual Helen Nahm Lecturer Award, entre otros premios y reconocimientos. Además de su ejercicio como docente ha sido miembro de distintas organizaciones relacionadas con la educación y la enfermería (Alligod & Tomey, 2018).

La Dra Mercer también ha escrito varias publicaciones y seis libros en los que expone sus investigaciones sobre las conductas de las madres lactantes, madres con enfermedades, madres adolescentes, e incluso madres con hijos con discapacidades, así como sus necesidades, además se ha interesado en el estudio de las relaciones intrafamiliares, como incide el estrés pre y post parto en las relaciones familiares, el rol materno, etc. En base a estas investigaciones escribe sus libros; su primer libro lo publica en 1977, *Nursing Care for Parents at Risk*, el cual fue premiado como el libro del año 1978 de la *American Journal of Nursing*, su sexto libro publicado en 1995 lo tituló *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, donde hace una descripción de su teoría de adopción del rol materno (Alligod & Tomey, 2018).

Fundamentación Teórica

La teoría de Ramona Mercer está enfocada en la relación madre-hijo, convirtiéndose en un pilar para los profesionales de enfermería. Mercer en su modelo trata de explicar los cambios que experimenta la mujer para convertirse en madre, desde el momento de la concepción hasta un año después del nacimiento del bebé.

Los trabajos investigativos de Mercer parten en 1960 de los trabajos sobre el rol materno y la relación de la madre con el niño, realizados por la profesora Reva Rubin de la Universidad de Pittsburgh, utilizó la teoría de Mead de la representación del rol, además se fundamentó en estudios y teorías de Thornton, Nardi, Burr, Wener, Von Bertalanffy, entre otros. Todos estos autores influyeron significativamente en la concepción de su teoría, contribuyendo a determinar las variables que inciden en el desarrollo del rol materno como un proceso de unión entre la madre y el niño, y como sentirse bien al desempeñar este nuevo rol (Alligod & Tomey, 2018).

Mercer observó la presencia de factores y variables que pueden influir en el desarrollo del rol materno, entre los cuales destacó entre otros la edad de la madre al momento de dar a luz su primer hijo, su nivel social, económico y profesional, el tipo de personalidad, condición física y mental, también planteó las características del padre en el desarrollo del rol de padre. Sustentándose en todas estas observaciones propone cambiar la frase “rol materno” por “convertirse en madre” por describir con más exactitud toda la evolución que experimenta la madre a lo largo de la vida y usar los nuevos descubrimientos en el campo de la enfermería relacionados con convertirse en madre.

2.2.26. Hipótesis del modelo de Ramona Mercer

Desde el año 1981 hasta el año 1995, Ramona Mercer se planteó diferentes suposiciones sobre su modelo de adopción del rol materno, estableciendo que:

- En 1981, el niño es considerado como un acompañante que participa activamente e influye en la adquisición del rol materno.
- En 1986, el niño será un reflejo de su desempeño de las competencias del rol materno a medida que crece y se desarrolla.
- En 1986, el núcleo estable que se ha adquirido por medio de la socialización va a determinar cómo la madre percibe los acontecimientos, las respuestas del hijo y de la sociedad en relación a su rol materno, además su grado de desarrollo y sus características de la personalidad van a influir en las respuestas.
- En 1995, el niño por ser el compañero más íntimo de la madre y del padre va a contribuir significativamente en alcanzar el rol materno.
- En 1995, la interdependencia y la unión entre la madre y el hijo desarrollan la identidad materna. (Alligod & Tomey, 2018).

Para adoptar el rol maternal Mercer consideró que hay que tener presente a los profesionales de enfermería, a la persona y al entorno, las cuales define como:

- La enfermería la consideró como una profesión que está centrada en tres focos como son fomentar la salud entre los miembros de la familia y la de comunidad, prevenir futuras enfermedades y prestar sus servicios profesionales a los pacientes que lo ameriten; Mercer centra su atención en la mujer embarazada y el primer año después el parto, considera como fundamentales las enfermeras que laboran en el área de maternidad para brindar los cuidados y suministrar información a las madres.
- La persona considerada como un ser independiente con su propia identidad y la mujer a través de la maternidad puede desarrollar su conciencia, su auto estima para desempeñar su rol maternal.

- La salud del niño es considerada como el objetivo primordial de la madre, a pesar de ser un ser independiente, existe entre madre e hijo una relación de interdependencia que influye en el estado de salud de ambos y de la familia.
- El entorno que rodea a la madre y al niño influye en el desarrollo del rol materno, existe un proceso de adaptación de ambos a las situaciones cambiantes del ambiente, que puede generar estrés que perjudique el desarrollo del niño y de los roles maternal y paternal (Alligod & Tomey, 2018).

2.2.27. Características del modelo de Ramona Mercer

El modelo de adopción del rol maternal plantea que el personal de enfermería tome en consideración el entorno familiar de la madre, las creencias religiosas y su nivel social, entendiendo como rol maternal el proceso de interacción y de evolución que se va desarrollando desde la etapa del embarazo hasta tiempo después que el niño nace, en este tiempo la madre experimenta una serie de transformaciones muy dinámicas, va desarrollando competencias que prevean el comportamiento de su hijo y de esta forma asegurar su bienestar, adaptando su rol de mujer al rol de madre.

Los profesionales de enfermería entre sus funciones deben colaborar con la madre a identificar las necesidades del niño recién nacido, sirviendo de apoyo y contribuyendo con sus recomendaciones a que la madre adopte su rol materno, para lograr esta meta el modelo de Mercer propone tres variables que se deben considerar las cuales las ubica en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner, un:

- Macrosistema que encierra la influencia de los prototipos culturales que son transmitidos de una generación a otra, las ascendencia social y política, además incluye el impacto del sistema de salud en relación al rol materno.

- Mesosistema donde se ubica las interacciones de la madre con el entorno familiar, el trabajo y la escuela que influyen en el rol materno y el desarrollo del niño
- Microsistema que encierra las relaciones madre-padre e hijo y las personas que conforman el grupo familiar próximo, donde se establecen limitaciones y control al relacionarse con los otros sistemas. (Alligod & Tomey, 2018)

En el microsistema se ubican los conceptos en los cuales se centra la teoría del rol materno, dentro del cual se encuentran las siguientes características:

Características maternas

- Sensibilidad materna: es la habilidad de la madre para reconocer las señales emitidas por el niño y de esta forma satisfacer sus necesidades. La madre desarrolla una conexión con el niño con la que es capaz de identificar por la intensidad del llanto si tiene hambre, si tiene sueño, si evacuó, si siente algún dolor o malestar, etc. Cuando la madre amamanta a su hijo se crea un lazo muy fuerte entre ella y él bebe, ese contacto hace que la madre perciba si el niño pierde peso, si su temperatura corporal es la adecuada, si queda satisfecho con la cantidad de leche que ha succionado o si necesita complementar la alimentación.
- Actitud respecto a la crianza: es la habilidad de la madre a adaptar su forma de responder a las necesidades del niño, las cuales se pueden ver afectadas por las características propias de la madre, su nivel de autoestima, su estado emocional, edad, entre otros; en algunos casos cuando la actitud de los padres es negativa los niños presentan pérdida de peso.
- Estado de salud de la madre: se relaciona con la propia percepción que tiene la madre de su salud, si presentaba una enfermedad al momento de salir embarazada o si presentó complicaciones posteriores al parto, si tiene problemas cognitivos,

problemas psicológicos, entre otros, hacen que no se encuentre en condiciones físicas y psicológicas para alimentar el niño y desarrollar su rol maternal (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016).

Características del niño

Se refiere a las características biológicas y psicológicas propias de cada niño, entre las que se destacan:

- El temperamento del niño: el cual corresponde a la reactividad del niño ante una situación con expresiones de llanto intenso y prolongado y su capacidad de autorregulación que va desarrollando en su primera infancia, estas expresiones temperamentales de los niños pueden causar situaciones estresantes y de frustración a la madre alterando el proceso de lactancia y alimentación del niño, originando una pérdida de peso.
- El estado de salud del niño: esta característica se refiere a las condiciones médicas del niño, si presenta una patología que altere el proceso de establecer los lazos de unión entre la madre y su hijo (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016).

En la actualidad se presta mucha atención a la relación madre-hijo en los modelos biomédicos y la aplicación del modelo de Mercer es básico en el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros.

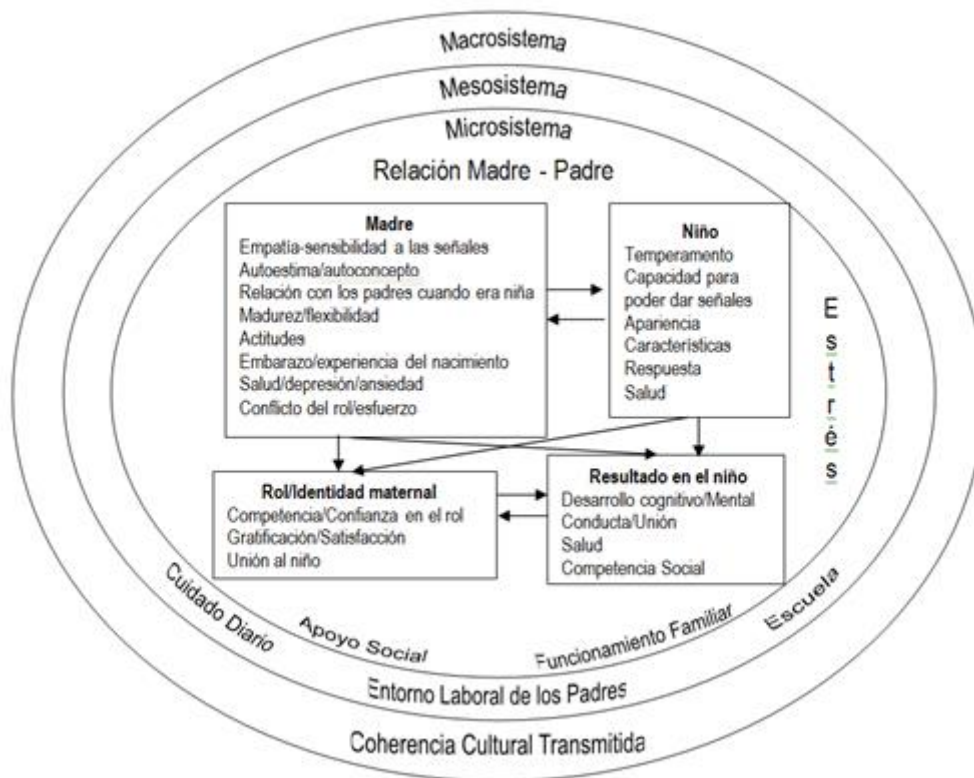


Figura 3 Modelo de rol materno de Ramona Mercer
 Información extraída de: (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016)

Rol materno

Para Ramona Mercer el rol materno es la capacidad que poseen las mujeres para proporcionar cuidado, y atención a sus hijos, es una habilidad que van desarrollando y son capaces de saber cuándo, cómo y por qué realizar una actividad en procura de un mejor desarrollo de su hijo. Para ella la adquisición del rol materno es “El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna” (Alligood & Tomey, pág. 584).

La práctica de amantar para alimentar al hijo se puede considerar unos de los roles más importantes de la maternidad, es conveniente realizarlo cuando la madre está en condiciones físicas y psicológicas para alimentar al niño y cuando produce la cantidad de

leche necesaria para satisfacer el hambre del niño, contribuyendo además al desarrollo emocional del lactante.

2.2.28. Estadios para la adquisición del rol maternal

Ramona Mercer plantea que existen cuatro estadios para la aceptación del rol maternal, estos estadios son:

- **Anticipación:** se inicia en la etapa de la gestación con los primeros cambios de adaptación psicológica y social que experimenta la futura madre, comienza a establecer una relación con su hijo que está formando en su útero.
- **Formal:** este rol se inicia en el momento del nacimiento, la madre comienza a aprender su nuevo rol, sus comportamientos están orientados por las expectativas propias y las de su entorno.
- **Informal:** la madre va desarrollando su nuevo rol en función de su propio criterio, basándose en las propias experiencias, estilo de vida y creencias.
- **Personal:** la madre alcanza su rol maternal al sentir confianza y seguridad al desempeñar su rol maternal (Bravo & Parra, 2019).

Etapas de adopción del rol materno

La teoría de Mercer ha recibido críticas en cuanto a la continuidad del rol materno y las implicaciones conductuales y cognitivas que este proceso de convertirse en madre implica, en vista de la nueva realidad donde se desenvuelve la madre que implica nuevos retos, propuso los siguientes cambios en las etapas:

- En la etapa del embarazo se requiere de compromiso y preparación de la madre

- En las dos primeras semanas posteriores al parto la madre debe adquirir conocimientos, destrezas prácticas para atender al bebe y recuperarse físicamente.
- En el período comprendido entre las dos semanas y los cuatro meses posteriores al parto volver a la normalidad.
- En los cuatro primeros meses la madre debe integrar su identidad materna.

Estas nuevas consideraciones se desarrollan en forma paralela a las etapas originales que fueron propuestas por Mercer.

2.2.29. Lactancia Materna

La Organización Mundial de la Salud considera que “La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres”. (OMS, 2020).

La lactancia materna es una actividad natural que contribuye a desarrollar los nexos emocionales entre la madre y el niño, además contribuye significativamente en la salud del niño fortaleciendo su sistema inmunológico, aporta la cantidad de nutrientes necesarios para el crecimiento, no produce reacciones alérgicas y es digerible por el niño lactante y en la madre disminuyendo el riesgo de desarrollar cáncer mamario y ovárico, además contribuye a la involución del útero.

En la declaración de Innocenti tanto la OMS y la UNICEF establecieron que la lactancia tiene como propósito “mejorar a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños” (Gallardo & at.al, 2017, pág. 34).

La lactancia materna es primordial para garantizar la vida del neonato, ya que, le suministra todos los nutrientes que el niño necesita y contribuye en el desarrollo psicológico y emocional del niño.

La OMS y la UNICEF recomiendan alimentar al niño exclusivamente con leche materna los primeros seis meses de vida, además amantar al recién nacido durante la primera hora después del nacimiento y continuar amamantándolo cada vez que el niño lo demande ser alimentado durante el día y la noche. Según estos organismos los niños que son amamantados por sus madres en los primeros seis meses de vida tienen más posibilidades de sobrevivir que los niños que fueron amamantados.

2.2.30. Indicadores del tipo de lactancia materna

Existen indicadores sugeridos por la OMS donde recomiendan los siguientes tipos de alimentación para el niño en los primeros años de vida;

- Lactancia materna exclusiva: consiste en alimentar durante desde los cero a los cinco meses de vida del niño solo con leche materna, ya bien sea suministrada por la madre o por una nodriza en forma directa o con leche materna extraída de la madre.
- Lactancia materna predominante: consiste en alimentar predominantemente durante los primeros cinco meses de vida con leche materna pero también le son administrados otros líquidos como agua, jugos o bebidas rituales según las tradiciones de la madre.
- Alimentación con biberón: consiste en alimentar al niño desde los cero meses hasta los veintidós meses con biberones de leche u otro tipo de alimento.

2.2.31. Pasos para la lactancia materna

La OMS y la UNICEF indican diez pasos para realizar una lactancia materna exitosa y feliz, dirigidas al personal de enfermería las cuales deben alcanzar, estas recomendaciones son:

1. Estipular por escrito una política relacionada con la lactancia materna que esté a la disposición de todo el personal de enfermería.
2. Entrenar a todo el personal de enfermería para utilizar la política de lactancia materna.
3. Informar a las futuras madres sobre todos los beneficios de amamantar a los niños y cómo hacerlo.
4. Colaborar con las madres en las primeras horas del post parto para que alimente al recién nacido.
5. Enseñar a la madre técnicas para amantar al recién nacido y cómo proseguir con la lactancia en los momentos que no se encuentre presente.
6. Indicar a la madre que sólo debe alimentar al recién nacido con leche materna.
7. Facilitar la permanencia del niño con la madre las primeras 24 horas del día.
8. Promover la lactancia acorde a la demanda alimentarias del niño.
9. Indicar a la madre no fomentar en el recién nacido el uso de chupetes.
10. Informar a la madre de los grupos de apoyo para madres lactantes (Rodríguez V. , 2015).

2.2.32. Composición de la leche materna

La leche materna es producida por la hormona prolactina que se comienza a generar en forma paulatina desde los primeros meses de gestación, aumentando sus niveles después del parto cuando el niño comienza a succionar la leche, siendo el calostro el primer líquido en salir.

El calostro es la primera leche que produce la madre hasta los cinco primeros días posteriores al nacimiento, contiene 13 componentes, siendo los principales: agua, sales minerales, proteínas, calcio, fósforo, glucosa, sodio, hierro, potasio, además el calostro es bajo en grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles y calorías.

Según la UNICEF (2005) el calostro, el cual contiene un adecuado aporte de nutrientes, favorece el tránsito intestinal y además protege al recién nacido contra infecciones, alergias, ayuda a madurar el intestino del RN y previene enfermedades oculares (ceguera, xeroftalmia). (Gallardo & at.al, 2017, pág. 34).

La leche materna de transición se produce entre los cinco días y máximo los catorce días posteriores al alumbramiento y finalmente la leche madura, que contiene aproximadamente 30 componentes incluidos los del calostro, entre los cuales están:

- La proteína Lactoferrina que protege el sistema digestivo del niño de hongos y bacterias.
- La enzima Lisozina que estimula la formación de la flora intestinal, además es antiinflamatoria.
- Inmunoglobulinas son proteínas que protegen al niño de algunos virus y bacterias.
- Lípidos: contribuyen a la formación del cerebro y a la adsorción de vitaminas que son liposolubles.
- Vitaminas C que ayuda a que el cuerpo absorba el hierro y D para la adsorción del calcio, además vitamina A, K, E, D.
- Hierro: mineral básico para la producción de glóbulos rojos
- Calcio: contribuye en la formación y crecimiento de los huesos.
- Cinc: mineral activador de la producción de enzimas.

- Y otros componentes fundamentales para el crecimiento del niño (Paccara & Fernández, 2016).

2.2.33. Lactarios

Los lactarios son espacios debidamente acondicionados para las madres lactantes, donde puedan extraer y conservar la leche materna.

Birch y Marlin (2012) citado por Velasco y Vera (2015) define el lactario como: “área delimitada cuyo único objetivo es la extracción, recepción de la leche natural y su conservación bajo parámetros adecuados, para que las madres impedidas de lactar a sus hijos, puedan proporcionar este alimento natural a los niños lactantes” (pág. 14).

Según la Comisión Multisectorial de Lactarios del Perú, en el informe del año 2015, define a:

El lactario es un servicio que contribuye a los objetivos de la lactancia materna, y de esta manera no entra en conflicto con el derecho de la madre trabajadora que decida ser madre y alimentar a sus hijos/as con leche materna. (Comisión Multisectorial de Lactarios, pág. 16).

Los lactarios también son conocidos como bancos de leche materna y fueron creados por la necesidad existente entre las madres que trabajan o estudian de seguir satisfaciendo la necesidad de los niños de ser alimentados, siendo este un derecho mundial del niño.

Los lactarios se han venido implementando a nivel de América Latina a partir de 1990 cuando en Italia se realizó la Declaración de Inocenti, donde se promueve y apoya la lactancia materna como un derecho de la mujer trabajadora y estudiante. En Ecuador se funda el primer lactario en el año 2007 en la Maternidad “Isidro Ayora” de Quito, para atender una población aproximada de 45 mujeres lactantes que extraen su leche.

La leche materna luego de ser extraída con elementos mecánicos, como los extractores de leche, necesita de ciertas condiciones ambientales para su conservación, debe ser guardada tan pronto como le sea posible en un refrigerador con extremas condiciones higiénicas para que sufra ninguna contaminación y debe ser identificado el biberón o recipiente con el nombre de la madre.

2.2.34. La enfermera y la lactancia materna

El personal de enfermería tiene que estar capacitado para intervenir antes, durante y después del nacimiento del niño. Durante la etapa de gestación debe suministrar información relacionada con el embarazo a los futuros padres, sobre el tipo de alimentación más recomendado para la madre para que el feto se desarrolle sanamente y las ventajas para el niño al nacer de ser alimentado con la leche materna, algunas de las intervenciones que deben realizar los profesionales de enfermería son:

- Ayudar a la madre en las primeras horas posteriores al nacimiento a amantar el recién nacido.
- Asesorar a la madre sobre las mejores posiciones para realizar el amamantamiento del niño.
- Realizar charlas a las madres relacionadas con el cuidado del recién nacido y los beneficios de la leche materna.
- Informar y prever las complicaciones al momento de amantar, como ahogamiento del recién nacido, poca producción de leche o ingurgitación mamaria, agrietamiento de los pezones de la madre, mastitis, entre otros. (Rodríguez, Jara, & Romero, 2017).

El personal de enfermería neonatal como representante de la salud en el cuidado del niño, debe contribuir con los padres a disminuir el estrés relacionado con la poca experiencia de amamantar al recién nacido, sobre todo si son padres primerizos, suministrándoles toda la

información requerida, además tiene la responsabilidad de atender las necesidades del neonato y vigilar su salud.

Según Gallardo y otros autores (2017):

El profesional de enfermería debe desarrollar prácticas para apoyar y proteger la lactancia materna exclusiva y de esta forma lograr que las madres egresen del centro hospitalario sensibilizado con el amamantamiento para evitar que las dudas e inquietudes puedan repercutir en desistir de lactancia materna exclusiva. (pág. 35).

Las enfermeras/os tienen que asumir un rol de normalizadores y reguladores en el amamantamiento estableciendo un estándar de horario de alimentación, motivando a la madre a que amamante al niño utilizando un lenguaje pertinente y accesible, siempre respetando sus creencias y costumbres, el establecimiento de la lactancia está íntimamente relacionado con la internación del rol maternal.

2.2.35. Lactario institucional

Introducción

La lactancia materna es uno de los factores determinantes en la probabilidad de sobrevivencia de los niños y niñas. La leche materna es el alimento más completo que un infante puede consumir durante los seis primeros meses de vida porque incluye todos los nutrientes que necesita. Además de alimento, es un medio de transmisión de anticuerpos y otros elementos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica. Así mismo, el contacto temprano y continuo con la madre, desarrolla el sentido de seguridad y afecto en el niño o niña.

La norma establecida internacionalmente sobre este tema, determina que lactancia materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad y lactancia continuada, hasta los dos años o más. Es un hecho aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar

satisfactoriamente a su hijo o hija. Sin embargo, la causa más frecuente, citada por las madres en diversas encuestas, para el fracaso en la lactancia es la falta de leche. Sea real o percibido, dicho fenómeno se ha transformado en una constante en las diversas sociedades. Muchos factores pueden contribuir a la falta de leche en una madre sana, tales como el trabajo fuera del hogar; condiciones adversas por partos con intervención excesiva; mensajes mediáticos subliminales que incitan a la inseguridad individual en favor del uso de sustitutos de la leche materna con pretendida solución a todo; pérdida de la cultura de la lactancia como modelo de alimentación; atención por parte de profesionales sanitarios que desconocen las bases teóricas y prácticas de la lactancia; influencia de la industria, a través de técnicas agresivas de mercadeo, al introducir alimentos infantiles que minan la capacidad de la mujer para asumir su papel de «actriz principal» en el proceso de alimentación y protección de su hijo o hija.

Las prácticas de alimentación óptimas para el lactante y niña o niño pequeños se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para proteger la salud de la niñez. Se sabe, por ejemplo, que, en el 2006, 9,5 millones de niños y niñas murieron antes de cumplir los cinco años y que dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año. Una de las causas más importantes fue la suspensión temprana de la lactancia materna, que condujo al niño o niña a sufrir desnutrición. La desnutrición está asociada con el 35% de las muertes que ocurren durante la niñez y es la principal causa por la que los niños y niñas sobrevivientes no alcanzan su completo potencial de desarrollo. Alrededor del 32% de niños o niñas menores de cinco años, en países en desarrollo, presentan una talla baja para la edad y el 10% están emaciados (bajo peso para la talla).

Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de la «carga» de enfermedades entre los niños o niñas

menores de cinco años. Si se busca mejorar esta situación, las madres y las familias necesitan apoyo para comenzar y mantener prácticas apropiadas de alimentación para el lactante y el niño o niña. Para que las mujeres, estudiantes o trabajadoras, puedan cumplir las recomendaciones de la OMS de amamantar por dos años o más y de manera exclusiva con leche materna los seis primeros meses, es fundamental que se acojan a la licencia de maternidad y que las instituciones y empresas brinden el apoyo requerido al momento es que se reintegran a sus actividades estudiantiles o laborales. Una forma concreta de apoyo para la mujer que estudia y trabaja fuera del hogar y que se ve obligada a suspender temporalmente la lactancia materna es la implementación de lactarios en los lugares de estudio y trabajo, para que las madres puedan recolectar su leche, almacenarla y transportarla a su hogar, lo que permitirá que posteriormente el cuidador o cuidadora administre su leche materna a su niño o niña. Este documento establece los requisitos necesarios para implementar un lactario de orden institucional, donde la madre pueda extraer y almacenar la leche, con dignidad y en la intimidad, durante las jornadas de estudio o trabajo. (MSP, 2011).

Objetivo

Establecer los requisitos indispensables para la implementación de lactarios en las instituciones públicas y privadas, con el objeto de garantizar que el niño o niña acceda a la leche materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad y continuada hasta los dos años o más.

Normas para la implementación y el funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado

Características mínimas del lactario institucional Implementación de lactarios.

Esta norma es aplicable a todas las instituciones de los sectores público y privado, donde trabajen veinte o más mujeres en edad fértil. (MSP, 2011).

Las instituciones deben contar con un ambiente especialmente acondicionado y digno, para que las mujeres en periodo de lactancia puedan extraer su leche materna y se asegure su adecuada conservación durante el horario de estudios o trabajo. (MSP, 2011).

Del ambiente especialmente acondicionado

Según (MSP, 2011) Los ambientes destinados a lactarios deben contar con parámetros y especificaciones, cuyos requerimientos mínimos son:

- a) Área no menor a diez metros cuadrados (10 m²), con disponibilidad de tomacorriente.
- b) Ambiente tranquilo y privado, que permita a las madres estudiantes o trabajadoras la posibilidad de extraer su leche en forma relajada, sin interferencias externas.
- c) Espacio equipado con una mesa y un sillón que permita a las madres la posibilidad de extraer su leche cómodamente sentada.
- d) El área física del lactario debe ser independiente del baño.
- e) Espacio equipado con una refrigeradora donde la madre pueda almacenar la leche extraída durante su jornada. La refrigeradora debe tener un termómetro para el monitoreo diario de temperatura y de preferencia, con cabo extensor.
- f) Un lavabo en el área, para facilitar el lavado de manos y de senos.
- g) Jabón líquido para el lavado de manos y toallas desechables para el secado.
- h) Ubicación accesible en el primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con ascensor.
- i) Ventilación e iluminación, preferentemente natural.

- j) Disponibilidad, por parte de la institución o de las propias estudiantes o trabajadoras, de envases aptos para la recolección y almacenamiento de la leche materna y recipientes térmicos para su transporte.
- k) Los utensilios que entran en contacto directo con la leche (frascos y bombas de succión o extractor manual de leche) deben ser sometidos a un proceso de esterilización.

Recomendaciones técnicas

Recomendaciones para el apoyo emocional y técnico a las madres

En la mayoría de instituciones públicas y privadas existe un departamento médico, por lo tanto, con la presencia de un profesional en salud capacitado para informar y aconsejar a las madres sobre distintos aspectos de la lactancia materna, así como para dar el apoyo que permita solucionar problemas que pudieren dificultar la lactancia y la extracción de leche materna. (MSP, 2011).

Si las instituciones no cuentan con un profesional en salud deberán reconocer entre sus funcionarias (empleadas) a una persona con la experiencia práctica (madre lactante) para dar apoyo emocional y demostrar la forma más adecuada de extraer su leche, siguiendo además recomendaciones que se indican a lo largo de este documento. (MSP, 2011).

Recomendaciones para el área física, los frascos y utensilios utilizados para la recolección de leche

- El sitio debe contar con un mesón y lavabo para realizar la limpieza de los utensilios.
- El proceso de esterilización por hervor debe durar 5 minutos.

- Los frascos usados en el almacenamiento de leche deben ser de vidrio, con tapa plástica de boca ancha para facilitar su limpieza y desinfección; con cierre hermético para impedir contaminación.
- Los frascos y las tapas deben ser lavados con agua y jabón, luego, hervidos por 5 minutos o esterilizados.
- No se deben utilizar envases plásticos creados para recolección de orina.
- Luego de la esterilización, los frascos y tapas deben ser colocados boca arriba, sobre un paño completamente limpio para que se sequen por sí solos.
- Se debe evitar tocar la parte interna del frasco y de la tapa mientras se lo cierra (MSP, 2011).

Recomendaciones antes de iniciar la recolección de leche

- Descubrirse el seno.
- Recogerse el cabello con un gorro o pañuelo limpio.
- Protegerse la boca y la nariz con una máscara o pañuelo limpio, especialmente si la madre tiene alguna infección respiratoria.

Recomendaciones técnicas para la extracción de leche

De acuerdo con (MSP, 2011) .La extracción debe ser conducida con rigor higiénico sanitario, para impedir que agentes contaminantes entren en contacto con la leche y puedan perjudicar a la salud del niño o niña.

a) Antes de iniciar la recolección:

- Lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón líquido, por 15 segundos (o mientras se canta el feliz cumpleaños, por dos ocasiones).
- Las uñas deben estar limpias y cortas.

- Lavarse los senos únicamente con agua, sin jabón, para evitar la resequedad de los pezones y areola y la predisposición a fisuras.
- Secar las manos y los senos con toallas desechables. - Procurar una posición confortable y relajada.

b) Recomendaciones durante el proceso de extracción:

- Evitar la conversación durante el proceso de extracción.
- Masajear los senos, con las yemas de los dedos, contra la pared del pecho, empezar por arriba y mediante movimientos circulares en sentido de la areola hacia el cuerpo; es decir, de fuera hacia dentro. Mover los dedos circularmente, concentrándose en una zona por vez por unos cuantos segundos, antes de ir a otra zona. Seguir en espiral alrededor del seno hacia la areola a medida que masajea.
- Presionar el área del seno desde arriba hacia el pezón. Continuar con el movimiento en forma circular para estimular el reflejo de expulsión de leche.
- Colocar el pulgar encima del pezón y los dos primeros dedos, debajo del pezón, a aproximadamente dos o tres centímetros, aunque no necesariamente en los bordes exteriores de la areola. Usar esta medida como guía, dado que los senos y areolas varían de tamaño de una mujer a otra. Asegúrese de que la mano forme la letra «C» y las yemas de los dedos estén a las 6 y a las 12 en punto, en línea con el pezón.
- Evite tomar el seno con la palma de la mano.
- Empujar directamente el seno contra las costillas.
- Evite separar los dedos.
- Para senos grandes, primero levantar y luego empujar.
- Apretar hacia delante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo. Este movimiento permite vaciar las reservas de leche sin dañar el tejido sensible de los

senos. Verificar la posición de los dedos en el apretón final guiándose con la ilustración.

- Repetir rítmicamente el proceso para vaciar completamente las reservas de leche. Colocar, empujar, apretar.
- Rotar el pulgar y los dedos para eliminar otras reservas, usando las dos manos en cada pecho.
- Desechar las primeras gotas de leche.
- Abrir el frasco y sobre la mesa forrada con un paño limpio, colocar la tapa con la abertura hacia arriba.
- Recolectar la leche en el frasco.
- Ubicar el frasco a cierta distancia debajo de la areola, para evitar el contacto directo con la piel.
- Utilizar un solo frasco en cada recolección, tomando en cuenta la cantidad de leche materna que necesita el niño o niña en cada toma.

c) Evite:

- Apretar los senos, porque puede causar moretones.
- Deslizar las manos por los senos, ya que puede causar molestias en la piel.
- Tironear del pezón, puesto que puede ocasionar daños a los tejidos.

Recomendaciones para el almacenamiento y transporte de la leche materna

- Rotular el frasco con el nombre de la madre, fecha y hora de la recolección de la leche.
- Guardar inmediatamente el frasco en el refrigerador, en posición vertical.
- La temperatura del congelador no deberá ser mayor a 3 °C.

- Al final de la jornada de estudio o trabajo, la leche deberá ser transportada por la madre hacia su domicilio en embalajes isotérmicos, que mantengan la cadena de frío.
- La leche podrá ser mantenida en congelación durante 15 días. (MSP, 2011).

Beneficios

Beneficios para el niño o niña

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño o niña y fortalece el vínculo afectivo.
- La leche materna protege al niño o niña contra alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

- *Beneficios para la madre*

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

- *Beneficios para la familia*

- Disminuye el riesgo de enfermedades de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros, chupones y combustible para su cocción.
- La lactancia materna integra a la familia, promueve el amor y genera una cultura de valores generacionales.

Beneficios para el país

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan contribuyen a que el país tenga niñas y niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismo.

Beneficios ecológicos

- La leche materna no requiere de procesos industriales de fabricación, envase y transporte, por lo que ahorra energía y evita contaminación del medioambiente.

Beneficios para la institución

- Menor ausentismo de la madre. Se ha comprobado que los niños y niñas amamantados se enferman menos porque son más saludables.
- Mayor adhesión al empleo, al brindar comodidad y valorar necesidades de las funcionarias.
- Mayor permanencia de las estudiantes en los centros educativos.
- Percepción más positiva de la imagen de la institución para la madre, su familia y la sociedad. (MSP, 2011).

2.2.36. Lactario institucional Universidad Estatal de Bolívar

Antecedentes

En un estudio realizado por los estudiantes Carvajal & Morejón en el 2017, en la Universidad Estatal De Bolívar, se determinó que en ese entonces existían 2611 mujeres en edad fértil, en las cuales 146 mujeres estaban en etapa de embarazo y 299 en etapa de lactancia.

Este estudio reveló que solo el 2 % de madres lactantes dan leche materna a sus hijos hasta los 6 meses, debido a varios factores. Que el 71% de madres lactantes encuestadas

alimentan a sus niños en los pasillos de la universidad, el 6 % en los patios de la universidad, un 9% en las aulas de la universidad.

En el Ecuador el ministerio de salud pública y ministerio de trabajo firmaron el acuerdo Interministerial N° 00000183, donde se garantiza el derecho superior del niño a su correcta alimentación con leche materna hasta los 6 meses de vida.

Consecuentemente se hace necesario la adecuación de espacios que garanticen este derecho y la responsabilidad a la lactancia materna. Este servicio es importante porque es un medio para la continuidad de la lactancia materna de las alumnas que se reincorporan a su actividad estudiantil luego de su permiso por maternidad, permitiendo a conciliación entre la vida familiar y el trabajo; puesto que a través del lactario institucional tanto en el hogar como en el centro de estudios constituyen espacios para el ejercicio del derecho a la lactancia, respondiendo a su vez al interés superior del niño, al desarrollo pleno de la mujer y al fortalecimiento de la familia conforme lo contemplado en la constitución política del Ecuador, en el marco de los derechos fundamentales de la persona.

Justificación

Ecuador, al igual que la mayoría de los países de la región de las Américas, presenta simultáneamente problemas nutricionales de déficit y de exceso y desbalance energéticos.

Estos problemas nutricionales que afectan a proporciones importantes de la población se agrupan en tres categorías

- a. El retardo en talla en menores a 5 años, que se inicia en el periodo fetal y continúa hasta los dos años.
- b. Las deficiencias específicas de micronutrientes, representadas por la falta de hierro, en menores de 5 años y embarazadas.

- c. El sobre peso y la obesidad, como problema emergente de las últimas décadas, que afecta en cualquier etapa del ciclo de vida.

La lactancia materna es uno de los factores determinantes en la probabilidad de sobrevivencia de los niños y niñas. La leche materna es el alimento más completo que un infante puede consumir durante los primeros 6 meses de vida porque incluye todos los nutrientes que necesita.

Acogiéndose a lo anterior la Universidad Estatal de Bolívar, ha destinado un espacio para el lactario institucional, este espacio humaniza la lactancia y fomenta una maternidad responsable.

Personal encargado de la atención

- Lic. Ruth Muyulema.
- Alumnos del sexto ciclo.

Horario de atención

- En la mañana de 07h00am a 13h00 pm.
- En la tarde de 13h00pm a 18h00pm.

Edad en la que reciben a los niños

- De 0 a 24 meses.

Beneficiarios

- Docentes y Estudiantes de la Universidad Estatal de Bolívar legalmente matriculados.

Localización

- Este localizado en la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud y el Ser Humano, segundo piso junto al laboratorio de Enfermería Básica.

Implementaciones que realizara el lactario

Se van a implementar historias clínicas para lo cual necesitaran los siguientes requisitos:

- Certificado de nacimiento.
- Cedula de la madre y papeleta de votación actual.
- Carnet de vacunación.
- Control médico mensual.

Inventario del Lactario

- Refrigeradoras.
- Cocineta.
- Sillones.
- Tallimetro.
- Ollas.
- Jabonera.
- Extractor de leche eléctrico y manual.
- Ruleta de madera.
- Dispensador de agua.
- Plasma.
- Cunero.
- Mesas.
- Sillas.

- Juguetes. (Cinthya Garofalo, 2019).

2.3. Marco legal

Constitución de la República del Ecuador

Art.45.- “Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción...” (Asamblea Constituyente, 2008).

Ley de fomento, apoyo y protección a la lactancia materna

Art. 2.- Corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de sus unidades operativas, la aplicación de las disposiciones de la presente Ley. Para este efecto deberá diseñar e implementar acciones tendientes a:

a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño; b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento; c) Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad; d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes... (Comisión Legislativa, 1995).

Código de la niñez y adolescencia

Art. 24.- Derecho a la Lactancia Materna: “Los niños y niñas tiene derecho a la lactancia materna para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y

desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna”. (Congreso Nacional, 2003).

Art. 27.- El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende, entre otras cosas:

9: Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre;

10: El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Código del trabajo, Ecuador

Art. 155.- Guardería infantil y lactancia.- En las empresas permanentes de trabajo que cuenten con cincuenta o más trabajadores, el empleador establecerá anexo o próximo a la empresa, o centro de trabajo, un servicio de guardería infantil para la atención de los hijos de éstos, suministrando gratuitamente atención, alimentación, local e implementos para este servicio (Comisión de legislación y codificación, 2017).

La Organización Mundial de Trabajo (OIT)

Convenio 183

Art. 10. Madres lactantes

1. La mujer tiene derecho a una o varias interrupciones por día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo.

2. El período en que se autorizan las interrupciones para la lactancia o la reducción diaria del tiempo de trabajo, el número y la duración de esas interrupciones y las modalidades relativas a la reducción diaria del tiempo de trabajo serán fijados por la legislación y la práctica nacionales. Estas interrupciones o la reducción diaria del tiempo de trabajo deben contabilizarse como tiempo de trabajo y remunerarse en consecuencia (OIT, 2000).

2.4. Sistema de variables

2.4.1. Variable dependiente

Proceso de atención de enfermería

2.4.2. Variable independiente

Modelo de cuidado de Ramona Mercer

2.4.3. Variable interviniente

Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar

2.4.4. Operacionalización de las variables

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INTRUMENTOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familia. (Rodríguez H. , 2017)</p>	<p>Fundamento científico de la práctica profesional de enfermería</p> <p>Enfoque en la resolución de problemas</p> <p>Habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales</p> <p>Cubrir las necesidades del cliente o sistema</p>	<p>Encuesta</p>	<p>¿Considera usted que el lactario de la UEB ayuda a mantener el apego emocional con su hijo/a?</p> <p>¿Cuenta el niño cuenta con algún tipo de seguro médico?</p> <p>Si la respuesta es positiva señale que tipo de seguro posee</p> <p>¿El niño padece algún tipo de discapacidad?</p> <p>¿El niño ha padecido o padece de alguna enfermedad? En caso de responder Si, indique que enfermedad</p> <p>¿Ha cumplido con el esquema de vacunación correspondiente a su edad?</p> <p>¿El niño recibió lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida?</p> <p>Hasta que edad ha recibido lactancia materna exclusiva:</p> <p>¿El niño recibió alimentación complementaria o suplementaria antes de los 6 meses de vida? En caso de ser afirmativa la respuesta indique desde que edad_____ meses</p> <p>¿Qué tipo de alimentación recibió?:</p>	<p>Si No</p>

Variable dependiente: Proceso de atención de enfermería

Variable independiente: Modelo de cuidado de Ramona Mercer

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
El modelo de adopción del rol maternal plantea que el personal de enfermería tome en consideración el entorno familiar de la madre, las creencias religiosas y su nivel social, entendiendo como rol maternal el proceso de interacción y de evolución que se va desarrollando desde la etapa del embarazo hasta tiempo después que el niño nace, en este tiempo la madre experimenta una serie de transformaciones muy dinámicas, va desarrollando competencias que prevean el comportamiento de su hijo y de esta forma asegurar su bienestar, adaptando su rol de mujer al rol de madre (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016)	Modelo de adopción del rol maternal	Encuesta	Edad	De 18 a 20 años 21 a 25 años, 25 a 30 años o más de 30 años
	Entorno familiar de la madre		Tipo de vivienda	Propia, prestada o arrendada
	Creencias de la madre		Etnia	Mestiza, indígena, Afro ecuatoriano o Blanco
	Nivel social		Lugar de residencia	Rural o urbana
	Proceso de interacción y de evolución del lazo materno desde el embarazo		Ingreso mensual familiar	Menos de salario mínimo o entre \$400 a \$1000
	Comportamiento del niño		Estado civil	Soltera, casada, divorciada unión de hecho o viuda
	Asegurar el bienestar del niño		Número de hijos	1,2,3 o más de 3
	Adaptación del rol de madre		¿Recibe apoyo familiar para el cuidado del niño? ¿El hijo/a fue planificado? ¿El padre forma parte de la crianza y cuidado del niño? ¿Ha recibido apoyo emocional después del parto? ¿Ha recibido apoyo informativo sobre el proceso de lactancia en los primeros meses de vida? ¿Ha experimentado estrés durante el proceso de lactancia?	Si o no

Variable interviniente: Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Área delimitada cuyo único objetivo es la extracción, recepción de la leche natural y su conservación bajo parámetros adecuados, para que las madres impedidas de lactar a sus hijos, puedan proporcionar este alimento natural a los niños lactantes (Velasco & Vera, 2015)</p>	<p>Área para la extracción y recepción de la leche natural</p> <p>Ambiente adecuado para la conservación de la leche materna</p> <p>Parámetros adecuados para la lactancia materna</p>	<p>Encuesta</p>	<p>¿Conocía usted de la existencia del lactario institucional?</p> <p>¿Confía en los cuidados ofrecidos en el lactario de la UEB?</p> <p>¿Ha tenido inconvenientes con la atención de su hijo en el lactario?</p> <p>En caso de ser afirmativo, señale que inconvenientes:</p> <p>¿En el lactario existen equipos e insumos para cumplir con el proceso de alimentación y lactancia de los niños?</p> <p>¿El lactario cuenta con espacios físicos adecuados que permitan cumplir con la alimentación del niño de manera adecuada, higiénica, segura y tranquila?</p> <p>¿Cuenta el lactario de la UEB con espacios para realizar la higiene de las mamas antes y después de amamantar a su hijo?</p> <p>¿Cuenta el lactario con sistema de manejo de desechos eficiente para evitar la acumulación de pañales y otros desechos producidos diariamente?</p> <p>¿Cuántas veces usa usted el lactario de la UEB en la semana?</p> <p>¿Cuántas horas usted permanece en el lactario alimentando a su hijo?</p> <p>¿Ha recibido acompañamiento y orientación sobre la lactancia materna brindada por la persona encargada del lactario de la UEB?</p>	<p>Si</p> <p>No</p>

2.5. Definición de términos

Ansiedad

Preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias. Con frecuencia, en los trastornos de ansiedad se dan episodios repetidos de sentimientos repentinos de ansiedad intensa y miedo o terror que alcanzan un máximo en una cuestión de minutos (ataques de pánico) (MayoClinic, 2018).

Estrés

El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso. El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar su salud (MedlinePlus, s.f.).

Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas. Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas (Ae, s.f.).

IMC

Índice de Masa Corporal, el cual se determina por la relación peso/Talla (MedlinePlus, s.f.).

Intervención de enfermería

La intervención, corresponde al conglomerado de actividades y procedimientos que se deben realizar para recuperar la salud del paciente, acorde con sus necesidades. (Iyer & Taptich, 2018).

Evaluación de enfermería

Determinar si el plan de cuidados de enfermería se está poniendo en práctica tal como está prescrito e identificar los factores que puedan facilitar o dificultar el progreso”. (de Jesús, 2014).

NANDA

North American Nursing Diagnosis Association.

NIC

Nursing Interventions Classification.

NOC

Nursing Outcomes Classification..

Obesidad

Exceso de peso dado por el aumento de la grasa corporal, que puede ser perjudicial para la salud (MSP, 2011) .

Plan de cuidado de enfermería

Los planes de cuidado son la tercera etapa de los procesos de enfermería en la cual se establecen las protocolizaciones de los desempeños de los profesionales de enfermería acorde a las necesidades de los pacientes que comparten un mismo diagnóstico (de Jesús, 2014, pág. 37).

SOAP

Es un sistema de información que se centra en los diagnósticos del personal de enfermería y los problemas del paciente, este sistema presenta un formato específico y estructurado para las notas. (López & Guadalupe, 2018). La S, significa subjetivo, que corresponde a los datos que refiere el paciente (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual). La O, significa objetivo, que corresponde a todos los datos positivos que se encuentren en la evaluación física completa que se le hace al paciente. Igualmente, aquí se anotan los resultados de todos los exámenes paraclínicos que el individuo se haya realizado. La A, significa análisis, que corresponde a todos los problemas en salud (antecedentes), encontrados durante el interrogatorio. La P, significa plan, que corresponde a las conductas a seguir frente a los problemas detectados. (encolombia, s.f.).

Valoración de Enfermería

La Valoración de Enfermería es la parte más importante en la realización de los Planes de Cuidado, ya que, en una buena valoración inicial, se detectarán los Problemas de Salud que se traducirán posteriormente en los Diagnósticos Enfermeros. Es un proceso basado en un plan para recoger y organizar toda la información. La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando. En la práctica, la valoración se suele realizar tanto por Necesidades de Virginia Henderson como por Patrones de Salud de Marjory Gordon. (Ae, s.f.).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Por su enfoque

Debido a que se aplicarán encuestas a la población de estudio y estas serán analizadas de manera numérica mediante un análisis estadístico descriptivo, el enfoque de la investigación es cuantitativo.

Por su diseño

La presente investigación es de tipo aplicada puesto que se plantea aplicar el diseño de un Plan de Atención de Enfermería dirigido a los usuarios y encargados del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

Por su alcance

El alcance de la investigación es descriptivo puesto que se realizará la valoración de las características principales de los usuarios del lactario con el fin de conocer la situación actual de los cuidados ofrecidos.

Por el tiempo de ocurrencia

La investigación se realizará en el tiempo presente recopilando información en el período enero-abril 2020 por lo que es de tipo trasversal.

Por su tipo

El estudio será realizado directamente en el lugar de ocurrencia de los hechos en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar por lo que es de campo.

Por su fuente

La investigación es de tipo bibliográfica puesto que se fundamentará en un arqueológico documental que servirá como sustento para la comprensión de la problemática y el

planteamiento de una propuesta que se ajuste a las necesidades de la población de usuarios del lactario.

3.2. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos

Para la realización de la investigación se aplicarán dos instrumentos sobre la población, presentados a continuación.

Tabla 4 Técnicas e instrumentos aplicados

Población	Técnica	Instrumento
Madres y niños usuarios del lactario	Encuesta	Cuestionario

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

3.3. Población y muestra

La selección de la población de estudio se basó en los siguientes criterios de exclusión e inclusión

Criterios de inclusión:

- Ser usuaria del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar en el periodo Enero-Mayo 2020
- Pertenecer a la comunidad estudiantil o laboral de la Universidad Estatal de Bolívar

Criterios de exclusión

- Madres que no quieran firmar el consentimiento informado, ni formar parte del estudio

En base a ello la población sobre la cual se aplicará el estudio está comprendida de la siguiente manera;

Tabla 5 Universo muestral

Población	Cantidad
Madres usuarios del lactario	34
Niños	34

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Como la población de estudio es relativamente pequeña e inferior a 100 individuos no se aplica ninguna técnica de muestreo probabilístico por lo que se trabajará con la totalidad de la población.

3.4. Análisis de resultados

Perfil socio demográfico de las madres usuarias del lactario

Tabla 6 Edad de las usuarias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	De 18 a 20 años	3	8,30	8,30	8,30
	De 21 a 25 años	21	61,10	61,10	69,40
	De 25 a 30 años	9	27,80	27,80	97,20
	Más de 30 años	1	2,80	2,80	100,00
Total		34	100,00	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Los datos recolectados de las madres usuarias del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar permitieron conocer que la población en su mayoría está comprendida por madres con edades comprendidas entre los 21 y 25 años de edad con un 61.1%, seguidamente por aquellas con edades entre el rango de 25 a 30 años de edad con el 27.8%. En contraposición se observa que, según datos del último censo poblacional realizado en el Ecuador (INEC, 2010), la distribución poblacional por grupos etarios indica que el 10.3% se encuentra entre los 15 y 19 años de edad 7.8% de 20 a 24 años de edad. 6.7% de 25 a 29 años de edad y de 30 a 49 años de edad 16.4%, así mismo indica que para ese año existían 44.197 mujeres en edad fértil (15 49 años de edad).

Tabla 7 Etnia de las usuarias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Etnia	Mestiza	29	86,10	86,10
	Indígena	5	13,90	100,00
	Afroecuatoriano	0	0,00	100,00
	Blanco	0	0,00	100,00
Total	34	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Como explica Ramona Mercer en su teoría, el rol materno se ve influenciado por distintos aspectos que interactúan en tres sistemas complejos, el macrosistema donde existe una influencia cultural, política y social (Alligod & Tomey, 2018). En tal sentido, en el presente estudio se logró constatar que la mayoría de las madres eran de etnia mestiza con un 86,1% de la población e indígena con el 13.9 % restante, siendo estos resultados cónsonos con la distribución poblacional de la región.

Tabla 8 Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Soltera	13	38,24	38,24	38,24
	Casada	10	29,41	29,41	67,65
	Divorciada	0	0,00	0,00	67,65
Estado	Unión de hecho	11	32,35	32,35	100,00
civil	Viuda	0	0,00	0,00	100,00
Total		34	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Así mismo Mercer explica que existe un microsistema donde se dan las interacciones madre-padre e hijo las cuales son indispensables para el desarrollo del rol materno (Alligod & Tomey, 2018), para determinar cómo se encontraba ese sistema se consultó a las madres su estado civil observando que existen tres grupos representativos; la población de madres solteras con el 38.24%, la de madres con unión de hecho con 32.35% y la de estatus de casada con el 29.41%, pese a que la mayoría de las madres indican que se encuentran en una relación de pareja bien sea por unión de hecho o casada, existe una proporción considerable de madres solteras, razón por la cual no hay una relación saludable en el entorno familiar según lo dictado por Ramona Mercer.

Tabla 9 Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Número de hijos	1 hijo	29	86,10	86,10
	2 hijos	5	13,90	100,00
	3 hijos	0	0,00	100,00
	Más de 3 hijos	0	0,00	100,00
Total	34	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Con el fin de conocer la carga familiar de las madres se consultó el número de hijos que tenían obteniendo como resultado que, en un 86.1% de los casos solo tenían un hijo y solo el 13.9 % tenían dos. Para el 2017 la tasa de natalidad del Ecuador por mujer estaba en los 2.45 hijos (Datos macro, 2017).

Tabla 10 Características de la vivienda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lugar de residencia Rural	22	63,90	63,90	63,90
Urbano	12	36,10	36,10	100,00
Tipo de vivienda Propia	7	19	19	0
Prestada	17	50	50	0
Arrendada	10	31	31	0
Ingreso mensual Menos de salario mínimo	33	97	97	97
Entre \$400 a \$1000	1	3	3	100
Total	34	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Para dar continuidad a la determinación del entorno donde se desenvuelven las madres usuarias del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, se consultaron aspectos relevantes a las condiciones de vida, obteniendo como resultado que, la mayoría de ellas vivían en áreas rurales con un 63.9% de la población encuestada y solo el 36.1% en áreas urbanas. Así mismo se estableció que la condición de vivienda en un 50% de los casos es prestada, 31% arrendada y tan solo el 19% propia.

Otro aspecto se refiere a las condiciones económicas de las madres, esto con el fin de establecer si existía un factor que incidiera en el desempeño del rol maternal, en base a ello, se vislumbró que el 97% de la familia cuentan con un ingreso mensual menor el salario mínimo, tan solo 1 de las entrevistadas contaba con un salario mayor a \$400 al mes. Esta situación económica indica en especial que esta población de madres requiere de la ayuda prestada por el lactario para cumplir con el rol de madre y desarrollar el apego emocional al niño.

Tabla 11 Vinculo con la universidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Vínculo con la universidad	Estudiante	33	97,20	97,20	97,20
	Trabajador	1	2,80	2,80	100,00
	Total	34	100,00		
Total		33	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Continuando con el diagnóstico inicial considerando las relaciones entre los sistemas propuestos por Ramona Mercer, se procedió a identificar las variables correspondientes al mesosistema, siendo este el compuesto por las interacciones de las madres con los distintos entornos laborales o educativos que influyen directamente en el rol materno y en el desarrollo del niño (Alligod & Tomey, 2018).

Bajo esa perspectiva se logró determinar que las usuarias del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar en un 97.2% eran estudiantes, solo el 2.8% eran trabajadoras en dicha institución.

Según la proyección del Ministerio de Salud para el 2021 se espera que el 64% de las madres del Ecuador opte por la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, y entre las acciones para alcanzarlo se encuentra el fomentar la instalación de salas de apoyo en institutos universitarios y así disminuir la tasa de niños que no reciben lactancia materna a causa de que las madres necesiten continuar con sus estudios (El Comercio, 2018).

Tabla 12 Carrera en curso en caso de ser estudiante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Carrera en curso en caso de ser estudiante	Administración de empresas	3	9,09	9,09	9,09
	Comunicación social	5	15,15	15,15	24,24
	Contabilidad	2	6,06	6,06	30,30
	Derecho	1	3,03	3,03	33,33
	Educación	1	3,03	3,03	36,36
	Enfermería	10	30,30	30,30	66,67
	Gestión de riesgos	7	21,21	21,21	87,88
	Ingeniería comercial	1	3,03	3,03	90,91
	Ingeniería industrial	1	3,03	3,03	93,94
	Mercadotecnia	1	3,03	3,03	96,97
Otro	1	3,03	3,03	100,0	
Facultad a la que pertenece	Ciencias de la Salud y del Ser Humano	17	51,5	51,5	51,52
	Ciencias Administrativas, Gestión Empresarial e Informática	11	33,3	33,33	84,85
	Ciencias Agropecuarias, Recursos Naturales y del Ambiente	3	9,09	9,09	93,94
	Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas	1	3,03	3,03	96,97
	Otro	1	3,03	3,03	100,0
	Total	33	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Nota: Otro correspondiente las madres no matriculados

Análisis e interpretación

De las estudiantes se estableció que en un 30,3% de los casos eran de la carrera de enfermería, 18,18% gestión de riesgos, 15,5% comunicación social, 9,09% administración de empresas, 6,06% contabilidad, mientras que en derecho, educación, ingeniería comercial e industrial se encuentran 3,03% de población de usuarias en cada una, según este esquema se observa que las usuarias en su mayoría son de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano con un 51,5 % de la población, 33,3% de la Facultad de Ciencias Administrativas, Gestión Empresarial e Informática 9,09% de Ciencias Agropecuarias, Recursos Naturales y del Ambiente y 3,03% en Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas. Actualmente la Universidad Estatal de Bolívar dicta 18 carreras universitarias de modalidad presencial, o semipresencial, contando con cerca de 5000 estudiantes inscritos (UDEB, 2019).

Tabla 13 Ciclo académico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ciclo académico	Primero	0	0,00	0,00	0,00
	Segundo	4	11,30	11,30	11,30
	Tercero	3	8,60	8,60	19,90
	Cuarto	1	2,90	2,90	22,80
	Quinto	5	14,30	14,30	37,10
	Sexto	6	17,10	17,10	54,20
	Séptimo	3	8,60	8,60	62,80
	Octavo	9	28,60	28,60	91,40
	Noveno	3	8,60	8,60	100,00
Total	33	100,00	100,00		

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En cuanto al ciclo cursado por las usuarias del lactario, en su mayoría son del octavo ciclo con un 28.6%, 17.1% del sexto ciclo, 14.3% del quinto, 11.3% del segundo, 8.6% del tercero, séptimo y noveno respectivamente.

Perfil de los niños/as atendidos en el lactario

Tabla 14 Género y edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Género	Femenino	12	35,29	35,29	35,29
	Masculino	22	64,71	64,71	100,00
Edad	Menos de 6 meses	9	26,47	26,47	26,47
	De 6 a 12 meses	6	17,65	17,65	44,12
	De 12 a 24 meses	14	41,18	41,18	85,29
	Más de 24 meses	5	14,71	14,71	100,00
	Total	34	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En base a la información suministrada por las madres encuestadas, se determinó que la población de niños que son atendidos en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar está compuesta por niños en un 64.71% de la población y un 26.47% de niñas.

En cuanto a la edad, se identificó que la mayoría de los niños se encontraban en el rango de edad de 12 a 24 meses con un 41.18% de la población, 26.47% niños menores de 6 meses, 17.65% niños entre 6 meses y 12 meses y 14.71% mayores de 24 meses.

Esta tendencia arroja que la mayoría de los niños se encuentran en la edad de lactancia materna según lo recomendado por el sistema de salud de Ecuador, donde se indica a las madres ofrecer lactancia materna hasta los 6 meses de vida como único alimento del neonato, y a partir de los 6 meses hasta los 24 meses mantener la lactancia en conjunto con la alimentación recomendada según cada período de desarrollo del niño.

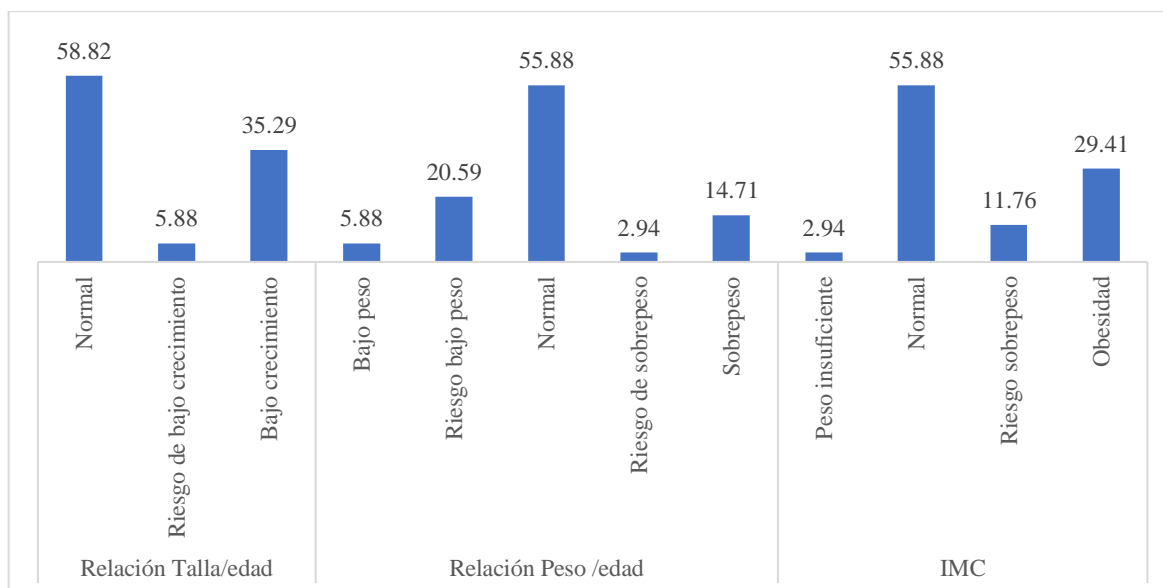


Gráfico 1 Estatus de desarrollo y crecimiento de los niños según su edad

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Según explica Ramona Mercer el estado de salud del niño influye como factor debido a que las condiciones médicas del niño, si presenta una patología, puede alterar el proceso de establecer los lazos de unión entre la madre y su hijo (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016).

Para establecer el nivel de desarrollo de los niños atendidos en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar se procedió a realizar un diagnóstico en base a la talla y peso de cada niño y su edad, tal análisis fue realizado en base a lo establecido por la Organización Mundial de Salud en sus estándares de crecimiento infantil. En base a dicha información se obtuvo que, en cuanto a la relación de talla para la edad de los niños, el 58.8% de la población presentaba un desarrollo normal, 35.29% un bajo crecimiento para su edad y un 5.88% una condición de riesgo de bajo crecimiento.

En cuanto al peso para la edad de cada niño se determinó que el 55.88% de los niños presentaban una condición normal, 20.59% riesgo a bajo peso, 14.71% sobrepeso, 5.88% bajo peso y 2.94% riesgo de sobrepeso.

Con el fin de establecer su Índice de Masa Corporal y su situación general de desarrollo infantil para su edad se realizó el análisis de IMC de la población general, determinando que el 55.88% de los niños presentaban una condición normal, 29.41 % obesidad, 11.76% riesgo de sobrepeso y 2.94% peso insuficiente. Estos datos mostraban que algunos niños pese a mostrar atrasos parciales en el crecimiento o en el peso según su edad, la relación existente entre el peso y la talla arrojaban cierto grado de normalidad, con solo un caso donde se presentaba peso insuficiente.

Resultados del cuestionario aplicado a las madres usuarias del lactario

Pregunta 1 ¿Recibe apoyo familiar para el cuidado del niño?

Tabla 15 Apoyo familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	21	61,8	61,8	61,8
	No	13	38,2	38,2	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Como explica Ramona Mercer en su teoría, uno de los factores que influye en el desarrollo del rol materno en la alimentación del lactante resulta la interacción saludable con los miembros de la familia, lo que se puede traducir en el apoyo percibido por la madre al momento de iniciar la alimentación del hijo sobre todo en el primer año de vida (Alligod & Tomey). En la presente investigación se consultó a las usuarias del lactario si estas sentían que contaban con apoyo familiar en las tareas de cuidado del niño, obteniendo como resultado que el 61.8% de la población indicaba que sí, mientras que un 38.2% que no. Esta tendencia colocó en evidencia que existen carencias en las interacciones familiares de un porcentaje representativo de la población de madres estudiadas, por lo que resulta necesario desde el cuidado de enfermería brindar apoyo a las madres a nivel emocional a fin de afianzar el rol materno y la lactancia infantil de manera correcta para el sano desarrollo y crecimiento de los niños.

Pregunta 2 ¿El hijo/a fue planificado?

Tabla 16 Planificación del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	12	35,3	35,3	35,3
	No	22	64,7	64,7	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Un aspecto determinante en la preparación de la madre para desempeñar su rol, es la planificación del hijo, puesto que esto indica que existe una predisposición positiva para enfrentar el reto de crianza y cuidado de un hijo. Por esta razón se consultó a la población si el niño atendido en el lactario fue planificado, a lo que respondieron en un 65% de las ocasiones que no había sido planificado y 35% que sí. Estos resultados indican que la mayoría de las madres no contaba con la disposición a enfrentar el rol maternal en esa etapa de su vida, como lo explica Ramona Mercer en el estadio de anticipación, donde las madres inician el proceso de adaptación psicológica y social estableciendo la relación con su hijo que está formando en su útero (Bravo & Parra, 2019).

Pregunta 3 ¿El padre forma parte de la crianza y cuidado del niño?

Tabla 17 Participación del padre en la crianza del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	27	79,4	79,4	79,4
	No	7	20,6	20,6	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Según lo explica Ramona Mercer en sus sistemas, el padre del niño desempeña un papel importante en el desarrollo del rol materno puesto que un núcleo familiar estable permite a la madre percibir situaciones de manera positiva, además que la participación activa del progenitor en la crianza ayuda a afianzar dicho rol como una etapa de crecimiento y desarrollo familiar que es sobrellevado en conjunto con su compañero de vida (Alligod & Tomey, 2018). En tal sentido, la investigación realizada consultó a la población de estudio si el padre formaba parte de la crianza del niño, obteniendo como resultado en su mayoría que si con un 79% de los casos y 21% que no.

Pregunta 4 ¿Ha recibido apoyo emocional después del parto?

Tabla 18 Apoyo emocional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	28	82,4	82,4	82,4
	No	6	17,6	17,6	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Al momento del nacimiento las madres pasan a desempeñar un rol de cuidado permanente de otro ser vivo, incluso experimentando modificaciones a su autopercepción como mujer y el cómo establecer relaciones con otras personas y con el entorno. Estos cambios pueden acarrear desbalances emocionales que pueden perjudicar el desarrollo del rol materno en la lactancia en el primer año del niño (Alligod & Tomey, 2018), es por esta razón que resulta necesario que las madres perciban apoyo emocional después del parto, bien sea por el padre del niño, la familia o los profesionales de la salud.

En respuesta a dicha necesidad, se consultó a las madres si ellas habían experimentado algún tipo de apoyo emocional luego del parto, indicando en su mayoría que sí, con el 82% de las veces y el 18% restante que no. Pese a que solo la minoría de las madres usuarias no han experimentado apoyo emocional por parte de los entornos donde interactúa resulta necesario brindar atención y cuidado en ese aspecto en el lactario.

Pregunta 5 ¿Ha recibido apoyo informativo sobre el proceso de lactancia en los primeros meses de vida?

Tabla 19 Apoyo informativo sobre la importancia de la lactancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	31	91,2	91,2	91,2
	No	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

El papel de los profesionales de enfermería según Ramona Mercer en el proceso de desarrollo del rol materno de los pacientes es diverso, sin embargo, un aspecto primordial que debe ser considerado es el brindar la información necesaria a la madre de la importancia de la lactancia materna, el modo correcto de alimentación del niño y todo lo relacionado al período de lactancia (Alligod & Tomey, 2018). En tal sentido, las encuestadas indicaron en su mayoría, 91% que, si han recibido apoyo informativo sobre la importancia de la lactancia materna en el desarrollo de los niños, mientras que el 9% restante indicó que no. Esta tendencia indica que resulta necesario brindar información constante en el lactario a fin de que la totalidad de las madres que son usuarias conozcan la importancia de este período en el desarrollo del niño.

Pregunta 6 . ¿Ha experimentado estrés durante el proceso de lactancia?

Tabla 20 Estrés por lactancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	19	55,9	55,9	55,9
	No	15	44,1	44,1	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En consonancia a lo descrito con anterioridad de la situación emocional de la madre, un aspecto importante en el período post parto e inicio de la lactancia, resulta la aparición del estrés en la madre, adjudicado a los cambios experimentados en su rol y en la cotidianidad de su vida (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016).

Según las respuestas obtenidas de las madres entrevistadas que son usuarias del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, se logró constatar que la mayoría de las madres 56% ha padecido algún tipo de estrés por la lactancia, mientras que el 44% restante indicó que no. Esta situación evidenció que existe una problemática latente en cuanto a la percepción de las madres de su rol en el proceso de lactancia del niño, por lo que resulta necesaria la intervención en el lactario propiciando espacios donde se estimule el apego emocional de las madres y se ayude a adoptar el proceso de lactancia como algo natural y necesario para su hijo.

Pregunta 7 ¿Considera usted que el lactario de la UEB ayuda a mantener el apego emocional con su hijo/a?

Tabla 21 Mantenimiento del apego emocional gracias al lactario de la UEB

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	34	100,0	100,0	100,0
	No	0	0	0	
	Total	100	1000	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En el cuidado ofrecido en los lactarios, una función indispensable es la de ejercer un papel como mediador y auspiciante del apego emocional en las madres, fortaleciendo los nexos entre madre-hijo, afianzando el rol materno y propiciando espacios donde la madre se sienta segura y apoyada para desempeñar su rol de madre en la lactancia a la vez que da continuidad a su desarrollo profesional y académico (Gallardo & at.al, 2017). En tal sentido según los resultados de la encuesta aplicada el 100% de las madres encuestadas indicaron que el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar ayuda a mantener el apego emocional con sus hijos.

Pregunta 8 ¿Cuenta el niño cuenta con algún tipo de seguro médico?

Tabla 22 Seguro médico del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	2	5,9	5,9	5,9
	No	32	94,1	94,1	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Se consultó a las madres si sus hijos contaban con un seguro médico de algún tipo que les permitiera experimentar de alguna forma mayor estabilidad y mejores relaciones con el sistema de salud, a lo que respondieron en un 94% que no tenían ningún tipo de seguro, tan solo el 6% indicó que si contaban con un seguro y que este correspondía al otorgado a los padres al laborar y estar cotizando en el IESS. Según datos del INEC en el último censo, 69,8% de las mujeres de la provincia Bolívar no aporta en el IESS, solo el 20.2% de la población aporta al seguro de manera general (INEC, 2010).

Pregunta 9 ¿El niño padece algún tipo de discapacidad o enfermedad?

Tabla 23 Niños con discapacidad o enfermedad

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Padecimiento de alguna discapacidad o enfermedad	Válido	No	34	100	100	100
		Si	0	0	0	100
		Total	34	1001	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Con el objetivo de conocer la situación de salud de los niños siendo esta fundamental para la adopción del rol materno como lo explica Ramona Mercer (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016), e identificar las necesidades de cuidado de la población de niños atendidos en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, se consultó a las madres si los niños presentaban algún nivel de discapacidad o si experimentaban algún tipo de enfermedad, obteniendo como resultado que el 100% de los niños se encontraban en una condición optima sin enfermedades diagnosticadas o discapacidad.

Pregunta 10 ¿Ha cumplido con el esquema de vacunación correspondiente a su edad?

Tabla 24 Cumplimiento del esquema de vacunación según su edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	34	100,0	100,0	100,0
	No	0	0	0	
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En las instituciones que ofrecen servicios de cuidado y atención a poblaciones de niños de distintas áreas, resulta necesario que cada niño cumpla con los esquemas de vacunación acorde a su edad, esto con la finalidad de reducir la probabilidad de aparición de alguna enfermedad contagiosa y fomentar el cerco epidemiológico en el entorno. Con el fin de conocer si las madres habían cumplido con el esquema de vacunación de los niños según su grupo etario se consultó a la población, obteniendo como resultado que el 100% de los niños habían sido vacunados según lo establecido por el Ministerio de Salud del Ecuador según su edad. Siendo la condición de salud de los niños un factor determinante en el proceso de establecimiento de los lazos de unión entre la madre y su hijo, resulta de importancia velar por el cumplimiento de los esquemas de vacunación (Ortiz, Cárdena, & Flores, 2016).

Pregunta 11 ¿El niño recibió lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida?

Tabla 25 Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia exclusiva los 6 meses	Si	27	79,41	88,2	88,2
	hasta No	7	20,59	11,8	100
	Total	34	100	100	
Período de lactancia exclusiva (antes de los meses)	1 mes	3	42,86	42,86	42,86
	2 mes	1	14,29	14,29	57,14
	3 meses	1	14,29	14,29	71,43
	4 meses	2	28,57	28,57	100,00
	Total	7	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En cuanto al desempeño del rol materno en la lactancia de los niños en los primeros seis meses, dando cumplimiento a la recomendación de que este alimento sea exclusivo, se consultó a las madres si habían dado leche materna a sus hijos de manera exclusiva en el período especificado, indicando en un 88% que, si lo había hecho, mientras que en un 12% no lo habían logrado hacer.

En cuanto a la lactancia materna la Organización Mundial de la Salud indica que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es una de las maneras más efectivas de asegurar la salud del niño y su supervivencia. Si todos los bebés de menos de seis meses fueran amamantados exclusivamente, se estima que se salvarían cerca de 820 000 vidas de niños anualmente (OMS, s.f-).

A fin de establecer el período en que las madres dieron de lactar al niño como manera exclusiva de alimentación, se obtuvo como respuesta de la población de madres que indicaron no haber dado lactancia hasta los seis meses como lo recomendado por el

Ministerio de Salud el 50% alimentó a su hijo hasta los 4 meses de manera exclusiva con leche materna, 25% hasta los 3 meses y 25% hasta el primer mes de edad.

Pregunta 12. ¿El niño recibió alimentación complementaria o suplementaria antes de los 6 meses de vida?

Tabla 26 Alimentación complementaria o suplementaria antes de los 6 meses de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	20,6	20,6	20,6
	No	27	79,4	79,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En la actualidad, sin embargo, en todo el mundo sólo el 40% de los bebés de menos de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna según la (OMS, s.f.), pese a estar comprobada su incidencia positiva en la salud del niño. Se realizó la consulta a las madres sobre si le habían brindado al niño alimentación complementaria o suplementaria antes de los seis meses de vida a sus hijos, obteniendo como respuesta que el 79.4% no lo habían hecho y 20.6% si, implicando que no habían alcanzado a suministrar lactancia exclusiva en el período recomendado.

Pregunta 14.2. En caso de ser afirmativa la respuesta ¿Qué tipo de alimentación recibió?

Tabla 27 Tipo de alimentación complementaria o supletoria suministrada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipo de alimentación complementaria o supletoria suministrada (antes de los 6 meses)	Frutas, verduras y sopa	1	14,29	14,29	14,29
	Pediashure	2	28,57	28,57	42,86
	Fórmula	3	42,86	42,86	85,71
	Yogurt	1	14,29	14,29	100,00
	Total	7	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Así mismo, se consultó sobre el tipo de alimentación suministrada al niño de manera complementaria o supletoria en los primeros 6 meses de vida, determinando que el 42.86% de las madres le suministraron al niño fórmula como alimento complementario en los primeros 6 meses de vida, 28.57% pediashure, 14.29% frutas, verduras y sopa y el 14.29% restante yogurt.

Los resultados obtenidos en la investigación respecto a la alimentación de los niños en los primeros 6 meses de vida, permitieron establecer que, aunque la mayoría de las entrevistadas alcanzó a cumplir con la recomendación de alimentar al niño con leche materna de manera exclusiva, un porcentaje de niños fueron alimentados con diversos alimentos que no se encontraban acorde al desarrollo del aparato digestivo del niño para su edad, por tal motivo resulta necesario desde la intervención de los cuidados y atención ofrecido en el lactario brindar educación de las necesidades alimenticias del niño desde el momento de nacimiento hasta los 24 meses de vida.

Pregunta 13 ¿Conocía usted de la existencia del lactario institucional?

Tabla 28 Conocimiento de la existencia del lactario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	31	91,2	91,2	91,2
	No	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En cuanto a si la población de madres conocía sobre la existencia del lactario de la Universidad Estatal de bolívar antes de ser usuarias del mismo, se determinó que efectivamente el 91% de ellas si lo conocían, mientras que el 9% no lo conocían.

Este aspecto es de importancia puesto que este departamento de la institución está concebida para brindar apoyo a todas aquellas madres que hacen vida en la Universidad, bien sea como estudiante o como trabajadoras en correspondencia con lo establecido en la Ley de fomento, apoyo y protección a la lactancia materna en su artículo 2 numeral a “Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño” (Comisión Legislativa, 1995) y el código de la niñez y adolescencia en su artículo 24 “Los niños y niñas tiene derecho a la lactancia materna para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna” (Congreso Nacional, 2003). Todo esto para permitir cumplir con el rol de madre en el proceso de lactancia y alimentación del niño y dando continuidad a su desarrollo académico y profesional.

Pregunta 14 ¿Confía en los cuidados ofrecidos en el lactario de la UEB?

Tabla 29 Cuidados recibidos en el lactario de la UEB

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conocimiento de los cuidados ofrecidos	Si	33	97,1	97,1	97,1
	No	1	2,9	2,9	100
	Total	34	100	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Según lo establecido en la Norma para la implementación y el funcionamiento de los lactarios institucionales en los sectores públicos y privados, se dicta que deben contar con un profesional en salud capacitado para informar y aconsejar a las madres sobre distintos aspectos de la lactancia materna, así como para dar el apoyo que permita solucionar problemas que pudieren dificultar la lactancia y la extracción de leche materna. (MSP, 2011)

Con el fin de diagnosticar la situación actual de los cuidados y atención ofrecida por los responsables de la salud en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, se consultó a las madres sobre tres aspectos determinantes, si conocían sobre los cuidados ofrecidos en dicho departamento, si habían experimentado algún tipo de inconveniente y en caso de ser afirmativo cual tipo de inconveniente. En tal sentido se determinó que el 97.1% de las madres tenían conocimiento de los cuidados ofrecidos a sus hijos en el lactario, mientras que un 2.9% de ellas no los conocía.

Pregunta 15 ¿Ha tenido inconvenientes con la atención de su hijo en el lactario y que tipo de inconvenientes?

Tabla 30 Inconvenientes con la atención del niño en el lactario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inconvenientes experimentados	Si	6	17,6	17,6	17,6
	No	28	82,4	82,4	100
	Total	34	100	100	
Tipo de inconvenientes experimentados	Cambio de pañal y ropa	2	33,3	33,3	33,3
	Atención a sus necesidades	4	66,7	66,7	100
	Total	6	100	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En ese mismo orden de ideas, el 82.4% de las madres indicaron que no han presentado inconvenientes con dichos cuidados, sin embargo, un 17.4% de la población de madres si los ha experimentado y de estas el 66.7% indicó que tal inconveniente estaba asociado con la atención a las necesidades de su hijo y el 33.3% al cambio de pañal o ropa.

Este diagnóstico situacional permitió establecer las condiciones en el meso sistema establecido por Ramona Mercer, donde las madres establecen interacciones continuas con el medio donde cumplen con el rol materno de lactancia y alimentación del niño y dejan a cargo de terceros su cuidado mientras continúan con sus estudios o su desempeño laboral (Alligod & Tomey, 2018).

Pregunta 16 ¿En el lactario existen equipos e insumos para cumplir con el proceso de alimentación y lactancia de los niños?

Tabla 31 Equipamiento del lactario para cumplir con la alimentación y lactancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Equipamiento del lactario para cumplir con la alimentación y lactancia	Si	33	97,1	97,1	97,1
	No	1	2,9	2,9	100
	Total	34	100	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Como lo establece la Norma para la implementación y el funcionamiento de los lactarios institucionales en los sectores públicos y privados, estos deben contar con un mesón y lavabo para realizar la limpieza de los utensilios, frascos de vidrio con tapa plástica ancha de cierre hermético para facilitar su limpieza y desinfección, un lavado de manos y de senos, y un refrigerador (MSP, 2011).

En cuanto al diagnóstico de las disponibilidades físicas del entorno del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar con el fin de conocer si el ambiente era percibido por las madres como un ambiente seguro y confiable donde cumplir con el rol materno de lactancia y alimentación del niño, se identificó que; según la perspectiva del 97.1% de las madres el lactario cuenta con el equipamiento necesario para cumplir con la alimentación del niño, mientras que el 2.9% consideró lo contrario.

Pregunta 17 ¿El lactario cuenta con espacios físicos adecuados que permitan cumplir con la alimentación del niño de manera adecuada, higiénica, segura y tranquila?

Tabla 32 Disponibilidad de espacios adecuados en el lactario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disponibilidad de espacios físicos adecuados en el lactario	Si	32	94,1	94,1
	No	2	5,9	100
	Total	34	100	100

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

Según lo establece el Ministerio de Salud Pública los Lactarios deben cumplir con parámetros y especificaciones mínimas en sus instalaciones, entre las que destacan; ambiente tranquilo y privado, que permita a las madres estudiantes o trabajadoras la posibilidad de extraer su leche en forma relajada, sin interferencias externas y espacio equipado con una mesa y un sillón que permita a las madres la posibilidad de extraer su leche cómodamente sentada (MSP, 2011).

En tal sentido se consultó a las madres si el ambiente contaba con las disponibilidades adecuadas a lo que indicaron en un 94.1% que consideran que el lactario tiene la disponibilidad de espacios físicos adecuados, mientras que el 5.9% considera que no.

Pregunta 18 ¿Cuenta el lactario de la UEB con espacios para realizar la higiene de las mamas antes y después de amamantar a su hijo?

Tabla 33 Disponibilidad en el lactario de espacios para la higiene de las mamas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disponibilidad en el Si	26	76,5	76,5	76,5
lactario de espacios para la No	8	23,5	23,5	100
higiene de las mamas Total	34	100	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

La Norma para la implementación y el funcionamiento de los lactarios institucionales en los sectores públicos y privados recomienda para el higiene de las mamas que antes de iniciar la recolección es necesario lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón líquido, por 15 segundos (o mientras se canta el feliz cumpleaños, por dos ocasiones), lavarse los senos únicamente con agua, sin jabón, para evitar la resequedad de los pezones y areola y la predisposición a fisuras y secar las manos y los senos con toallas desechables (MSP, 2011).

En ese mismo orden de ideas en cuanto a las condiciones para realizar la higiene de las mamas en el lactario, las encuestadas en un 76.5% opinan que cuenta con los espacios para la higiene correcta de las mamas, necesario para dar cumplimiento al rol materno de lactancia a sus hijos, el 23.5% restante opina que no cuenta con dichas facilidades.

Pregunta 19 . ¿Cuenta el lactario con sistema de manejo de desechos eficiente para evitar la acumulación de pañales y otros desechos producidos diariamente?

Tabla 34 Existencia de un sistema de manejo de desechos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disponibilidad de un sistema de manejo de desechos	32	94,1	94,1	94,1
	2	5,9	5,9	100
Total	34	100	100	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

El Ministerio de Salud En el lactario deben existir las condiciones para que la extracción de la leche y el proceso de lactar a los niños se produzca con rigor higiénico y sanitario, para impedir que agentes contaminantes entren en contacto con la leche y puedan perjudicar la salud del niño (MSP, 2011).

En tal sentido se consultó a las usuarias sobre el manejo de los desechos generados continuamente producto de las actividades de cuidado y alimentación de los niños, el 94.1% de las madres refiere que, si existe un sistema de manejo de desechos acorde a las necesidades de las instalaciones, mientras que el 5.9% indica que no. Este diagnóstico evidencia que la mayoría de las madres considera apropiada las instalaciones, espacios físicos y la gestión de orden y limpieza en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

Pregunta 20. ¿Cuántas veces usa usted el lactario de la UEB en la semana?

Tabla 35 Frecuencia y tiempo de uso del lactario a la semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 vez	1	2,9	2,9
	2 veces	6	17,6	20,6
	3 veces	9	26,5	47,1
Frecuencia de uso del lactario por semana	4 veces	18	52,9	100
	Total	34	100	100
	Total	34	100,00	100,00

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En cuanto a la frecuencia de uso de las instalaciones del lactario de la Universidad Estatal del Bolívar con el fin de cumplir con el rol materno de la lactancia y alimentación de los niños a la par de las actividades académicas o profesionales correspondientes, las usuarias indicaron en un 52.9% que usan las instalaciones 4 veces por semana, 26.5% 3 veces por semana, 17.6% 2 veces por semana y un 2.9% 1 vez por semana. En tal sentido el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar ofrece los servicios a estudiantes y personal de la institución de lunes a viernes en dos turnos, el de la mañana de 07:00 a 13:00 horas y el de la tarde desde las 13:00 a las 18:00 horas.

Pregunta 21 ¿Cuántas horas usted permanece en el lactario alimentando a su hijo?

Tabla 36 Horas de uso del lactario alimentando al niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiempo de permanencia en el lactario	Menos de 1 hora	4	11,76	11,76	11,76
	1 hora	21	61,76	61,76	73,53
	Más de 2 horas	9	26,47	26,47	100,00
	Total	34	100,00	100,00	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

En cuanto al tiempo de permanencia en las instalaciones mientras alimentan a sus hijos un 61.76% de las madres indicaron que emplean un lapso de 1 hora por vez cumpliendo su rol, un 26.47% emplea más de 2 horas y el 11.76% restante menos de 1 hora.

Esta tendencia evidencia que las instalaciones y el servicio ofrecido en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar resulta indispensable para la comunidad de madres de la institución, siendo utilizado en su mayoría casi a diario, permitiendo alcanzar sus objetivos personales y cumplir con su rol materno en la crianza de sus hijos.

Desde el punto de vista laboral, la Organización Mundial de Trabajo indica en su artículo 10 sobre las madres lactantes, que La mujer tiene derecho a una o varias interrupciones por día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo. 2. El período en que se autorizan las interrupciones para la lactancia o la reducción diaria del tiempo de trabajo, el número y la duración de esas interrupciones y las modalidades relativas a la reducción diaria del tiempo de trabajo serán fijados por la legislación y la práctica nacionales. Estas interrupciones o la reducción diaria del tiempo

de trabajo deben contabilizarse como tiempo de trabajo y remunerarse en consecuencia (OIT, 2000)

Pregunta 22 ¿Ha recibido acompañamiento y orientación sobre la lactancia materna brindada por la persona encargada del lactario de la UEB?

Tabla 37 Acompañamiento y orientación sobre la lactancia recibida en el lactario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	29	85,3	85,3	85,3
	No	5	14,7	14,7	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarias del lactario

Análisis e interpretación

El Ministerio de Salud Pública indica que en los lactarios debe existir un profesional en salud capacitado para informar y aconsejar a las madres sobre distintos aspectos de la lactancia materna, así como para dar el apoyo que permita solucionar problemas que pudieren dificultar la lactancia y la extracción de leche materna. (MSP, 2011).

Como se ha mencionado en este tipo de departamentos o instituciones dedicado a brindar a las madres espacios donde puedan cumplir con el rol materno durante los primeros años de vida de los niños, resulta indispensable que los responsables de dichos espacios propicien ambientes donde las madres alcancen a interactuar efectivamente con sus hijos reforzando así el apego emocional, y en donde se oriente y acompañe en tan importante labor. Bajo esa perspectiva se consultó a las madres si en las instalaciones habían recibido este tipo de orientación y acompañamiento, obteniendo que el 85% de las madres considera que si, mientras que el 15% opina que no, razón por la cual resulta necesario reforzar la orientación impartida a las madres a fin de alcanzar que el 100% de

las usuarias experimenten acompañamiento y orientación en el desempeño del rol materno en las instalaciones.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Resultados por objetivos

Objetivo	Resultado
Realizar la caracterización sociodemográfica de la población de usuarias del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.	Para realizar la caracterización de la población de usuarias del lactario con el fin de establecer los posibles problemas, se procedió a realizar una encuesta a las madres, obteniendo como resultado que la población estaba compuesta principalmente por madres entre los 21 y 30 años de edad, de etnia mestiza e indígena, de las cuales todas menos una, eran estudiantes de la Universidad Estatal de Bolívar pertenecientes principalmente a las facultades de Ciencias de la Salud y del Ser Humano y Ciencias Administrativas, Gestión Empresarial e Informática.
Diagnosticar las necesidades de las usuarias del lactario de la Universidad Estatal de Bolívar a través de una encuesta basada en el modelo de Ramona Mercer	En base a la encuesta aplicada, se logró diagnosticar que alguno de los factores negativos que pudiesen interferir en el proceso de formación del apego maternal y el proceso de lactancia de los niños desde la perspectiva del modelo de Ramona Mercer, fue que la mayoría de la población presentaba

	<p>inestabilidad económica percibiendo un ingreso familiar menor al salario mínimo, así mismo se detectó que algunas de las madres eran solteras y no contaban con el apoyo del padre o de la familia para la crianza del niño, acarreando situaciones de ansiedad y desesperanza, presentando necesidad de apoyo emocional y educativo para afrontar la situación.</p> <p>En cuanto a las condiciones de los niños se detectó que la mayoría eran niños en edad lactante menores de 24 meses de edad, los cuales no presentaban enfermedades, ni ningún nivel de discapacidad. Sin embargo, se diagnosticaron niños con IMC superior al correspondiente a su edad, ocasionado por inadecuada dieta para su nivel de desarrollo fisiológico, por lo que se identificó la necesidad de educar a las usuarias sobre la adecuada ingesta alimenticia de los niños según su edad.</p>
<p>Proponer un Plan de Atención de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer ajustado a las necesidades del lactario de la</p>	<p>En correspondencia a los factores de riesgo detectados tanto en las madres como en los lactantes, se procedió a la estructuración de un Plan de Atención de Enfermería para el</p>

<p>Universidad Estatal de Bolívar.</p>	<p>Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, el cual se basó en el modelo de Ramona Mercer, haciendo hincapié en aquellos factores que pudiesen afectar el proceso de apego emocional y relación madre-hijo perjudicando el proceso de lactancia materna. Así mismo, se enfocaron las acciones a brindar conocimiento a las madres de la importancia de la lactancia materna en el desarrollo del niño y de una nutrición balanceada acorde al nivel de desarrollo fisiológico de cada niño según su edad.</p>
--	---

4.2. Desarrollo de la propuesta

Instructivo de uso

A continuación, se presenta un instructivo de uso para el PAE diseño para el Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar.

Fase I Diagnóstico y Valoración (NANDA)

Cada ficha esta realizada en base a las necesidades detectadas en las madres usuarias del lactario y en los niños atendidos en las instalaciones, este diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, frente a procesos vitales o problemas de salud, que proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras o cuidados, destinados al logro de los objetivos proyectados, de los cuales enfermería es legalmente responsable.

Para este diagnóstico se tomaron las tendencias obtenidas en el registro inicial, y sobre ellos se clasificaron las desviaciones encontradas en la salud, física, mental o emocional, información con la que se procedió a realizar la clasificación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la cual permitió establecer el diagnóstico según los parámetros estandarizados allí contenidos, facilitando la comprensión de la situación y estableciendo las acciones a seguir para alcanzar con éxito un cuidado de los usuarios basado en la calidad y capacidad técnica.

Fase II Clasificación

Luego de conocer el diagnóstico de enfermería de cada uno de las desviaciones encontradas en la población de madres y niños atendidos en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, se procedió a definir las actividades necesarias para la intervención de enfermería, basándose en la clasificación de resultados (Nursing Outcomes Classification) y la clasificación de intervención (Nursing Interventions Classification) con el fin de evitar complicaciones; proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y; fomentar - restaurar la salud.

En este apartado el profesional de enfermería usuario del PAE sabrá qué acciones tomar y como reconocer los patrones según cada patología analizada y evaluada mediante la valoración DIANA durante su planificación y estructuración.

Fase III Ejecución

En este apartado se describen a grosso modo el proceso de ejecución de la intervención, los aspectos fundamentales teóricos y recomendaciones a seguir cada profesional de enfermería que desee realizar una intervención técnica en los pacientes atendidos.

Fase VI Evaluación

Finalmente, en la evaluación, se observan aquellos resultados de manera continua y formal que está presente a lo largo de todo el PAE es parte integral de cada una de las etapas y se relaciona con la valoración y diagnóstico inicial empleando la metodología del SOAP, la clasificación; planificación (cuya fase de priorización se evalúa diagnósticos formulados, percepción del sujeto, recursos de los que se dispone, etc.) y ejecución (se remite a la evaluación de las etapas anteriores).

Propuesta: Proceso de atención de enfermería Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar

<p align="center">PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco</p>							
Diagnóstico:	Baja autoestima situacional r/c alteraciones del rol social y patrón impotencia m/p subestima su capacidad de afrontar los acontecimientos y desamparo						
Dominio	6 - Autopercepción	Clase	2 - Autoestima		Etiqueta diagnóstica	Baja autoestima situacional	Código 00120
Valoración	NOC			NIC	Actividades		Evaluación
Ingreso mensual económico de la familia, menor al salario mínimo, acarreado ansiedad y preocupación en la madre.	1302-Afrontamiento del problema			7500 apoyo para la consecución del sustento	<ol style="list-style-type: none"> Los profesionales de enfermería deberán brindar información sobre algunos programas del estado para la ayuda a familias vulnerables Brindarle a la madre acompañamiento y apoyo psicológico para el manejo del estrés causado por la situación económica Recordarle a la madre la importancia de la lactancia materna y de dar continuidad a sus estudios para optar por mejores condiciones económicas 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar si la madre realiza acciones de acercamiento a las entidades de apoyo a familias vulnerables Evaluar el comportamiento de la madre observando la disminución de los síntomas de ansiedad y preocupación Valorar si la madre siente que es comprendida y apoyada por su situación 	
	Indicador	Escala de medición	Mantener				Aumentar
	Identificar múltiples estrategias de superación	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	3	4			

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA							
Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco							
Diagnóstico:	Procesos familiares disfuncionales r/c habilidades insuficientes para la solución de problema y estrategia de afrontamiento ineficaces m/p enfermedades físicas relacionadas con el estrés y ruptura de los roles familiares						
Dominio	7- Rol-relaciones	Clase	2-Relaciones familiares		Etiqueta diagnóstica	Procesos familiares disfuncionales	Código 00063
Valoración	NOC			NIC	Actividades		Evaluación
Familias monoparentales ; falta de la figura paterna en la crianza del niño, acarreado ansiedad en la madre	2602-Funcionamiento de la familia			5270 Apoyo emocional código	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer nexos con cada usuaria que presente este diagnóstico y comentar la experiencia emocional vivenciada 2. Mediante la conversación y la interacción continua con la madre ayudarle a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 3. En los espacios del lactario fomentar la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el avance de la actitud de la madre frente a la falta del padre en la crianza del niño • Evaluar la capacidad de la madre de integrarse al grupo y comentar sus experiencias • Cambios conductuales que reflejen la disminución del estrés 	
	Indicador	Escala de medición	Mantener				Aumentar
<ul style="list-style-type: none"> • Distribuye las responsabilidades entre los miembros • Mantiene estables las tradiciones Se adapta a los cambios de desarrollo	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	3	4				

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA							
Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco							
Diagnóstico:	Dinámica de alimentación ineficaz del lactante r/c falta de conocimiento sobre los métodos apropiados de alimentación del niño para cada etapa del desarrollo m/p inadecuada transición a alimentos sólidos						
Dominio	2- Nutrición	Clase	1-Ingestión	Etiqueta diagnóstica	Dinámica de alimentación ineficaz del lactante	Código	00271
Valoración	NOC			NIC	Actividades	Evaluación	
Obesidad de los niños, manifestado por el índice de masa corporal superior al adecuado para la edad	1941 Control del riesgo: Obesidad			5641-Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses) / 5642-(7-9 meses) / 5643-(10-12 meses)	<ol style="list-style-type: none"> En los espacios de lactario, ayudar a comprender la importancia de la lactancia. Mediante el apoyo del personal médico promover una visita al nutricionista de la institución para recibir indicaciones apropiadas A través de trípticos y reuniones enseñar a las madres las dietas y alimentos apropiados según la edad del lactante. Un seguimiento a los datos de Índice de Masa Corporal tomados en las consultas médicas de control del niño sano 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar la disminución de peso de los niños Observar mejoras en los alimentos suministrados a los niños Verificar la asistencia al control mensual del niño sano Verificar la asistencia a la consulta con el nutricionista de la institución 	
	Indicador	Escala de medición	Mantener				
<ul style="list-style-type: none"> Reconoce las consecuencias de obesidad Obtiene asesoramiento de un profesional sanitario para establecer estrategias de pérdida de peso 	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentement e demostrado 5 Siempre demostrado	2	4				

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA							
Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco							
Diagnóstico:	Estrés por sobrecarga r/c estresores m/p impacto negativo del estrés						
Dominio	9-Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Clase	2-Respuesta de afrontamiento	Etiqueta diagnóstica	Estrés sobrecarga por	Código	00177
Valoración	NOC			NIC	Actividades	Evaluación	
Estrés por falta de apoyo familiar para el cuidado del niño, desencadenando ansiedad y estrés en la madre	2002- Bienestar personal			5230-Mejorar el afrontamiento	<ol style="list-style-type: none"> Mediante el apoyo psicológico ayudar a la madre a resolver los problemas de forma constructiva. Por medio de la interacción continua promover en la madre el desarrollo de una valoración objetiva del acontecimiento. A través de conversaciones con las madres afectadas abordar posibles respuestas alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el avance de la actitud de la madre frente a la situación familiar Evaluar la capacidad de la madre de integrarse al grupo y comentar sus experiencias Cambios conductuales que reflejen la disminución del estrés 	
	Indicador	Escala de medición	Mantener				
<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de afrontamiento Realización de las actividades de la vida diaria Capacidad de relax 	1.Nunca 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado	3	5				

		5.Siempre demostrado				a la situación.	
--	--	-------------------------	--	--	--	-----------------	--

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA							
Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco							
Diagnóstico	Lactancia materna ineficaz r/c ambivalencia materna m/p insatisfacción en el amamantamiento para la madre y/o el lactante						
Dominio	2-Nutrición	Clase	1-Ingestión	Etiqueta diagnóstica	Lactancia materna ineficaz	Código	00104
Valoración	NOC			NIC	Actividades	Evaluación	
Estrés por lactancia	1001 Establecimiento de la lactancia			4244 Asesoramiento en la lactancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. En un diagnóstico inicial establecer el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma. 2. Corregirles conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna. 3. En reuniones con las madres proporcionar materiales educativos que ayuden a la comprensión de su situación 4. Realizarles un seguimiento a los datos de Índice de Masa Corporal tomados en las consultas médicas de control del niño sano 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los cambios en los alimentos suministrados a los niños en le lactario. • Evaluación de la relación peso/talla • Monitorear periódicamente la condición nutricional del lactante, salud materna, extracción de leche, vínculo y apego. 	
	Indicador	Escala de medición	Mantener				
	Satisfacción con el proceso de lactancia	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	2	4			

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA								
Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco								
Diagnóstico :	Dinámica de alimentación ineficaz del lactante, r/c falta de conocimiento sobre los métodos apropiados de alimentación del niño para cada etapa del desarrollo m/p inadecuada transición a alimentos sólidos							
Dominio	2-Nutrición	Clase	1-Ingestión	Etiqueta diagnóstica	Dinámica de alimentación ineficaz del lactante	Código 00271		
Valoración	NOC		NIC		Actividades	Evaluación		
Lactancia no exclusiva antes de los seis meses	1020—Estado nutricional del lactante		5640-Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) /5641-(4 a 6 meses)		<ol style="list-style-type: none"> Al momento de diagnosticar problemas en la lactancia exclusiva, remitir a la madre a la nutricionista de la institución Enseñarle a la madre información sobre la importancia de alimentar sólo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar los cambios en los alimentos suministrados a los niños en le lactario Evaluación de la relación peso/talla Monitorear mensualmente el IMC de cada niño y evaluar cualquier desviación 		
	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión de nutrientes Ingestión oral de alimentos Ingestión oral de líquidos Tolerancia alimentaria Relación peso/talla Hidratación Crecimiento 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca Raramente A veces Frecuentement e demostrado Siempre demostrado 					3	4

5. CONCLUSIONES

La investigación realizada en el Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, permitió establecer algunas conclusiones asociadas a los objetivos de estudio planteados, a continuación, se presenta de manera resumida dichas observaciones;

- En base a la caracterización sociodemográfica de las usuarias del lactario se identificó que las madres en su mayoría eran estudiantes, así mismo se identificó que todas se encontraban en edad fértil, cuyo principal inconveniente identificado fue la falta de apoyo del padre del niño y las condiciones económicas precarias, pudiendo afectar significativamente el apego emocional durante la lactancia materna de los niños.
- El diagnóstico de las madres y niños lactantes determinó que la población necesita apoyo emocional que le permita afrontar de mejor manera su situación personal, social y económica, sin desfavorecer el vínculo madre-hijo y el proceso de lactancia materna, de igual manera se identificó la necesidad de educación frente al proceso de lactancia, transición a la alimentación y requerimientos de la dieta del niño según su edad, esto con el fin de evitar consecuencias como la obesidad y nutrición inadecuada de los lactantes.
- El Proceso de Atención de Enfermería propuesto se enfoca en las necesidades de las madres y el niño en los subsistemas macro, meso y micro indicado por el Modelo de Ramona Mercer, brindando un diagnóstico, valoración, plan de acción y evaluación dirigido a mejorar y fortalecer la relación madre-hijo, por medio del apoyo emocional a la madre ante los problemas en su núcleo familiar y social y educación frente a su percepción de salud nutricional de su hijo.

6. RECOMENDACIONES

Los hallazgos en el funcionamiento del Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar y las características de las madres y niños usuarios de dichas instalaciones, motivaron las siguientes recomendaciones:

- Se plantea mantener el protocolo de caracterización sociodemográfica de las usuarias del lactario con el fin de reconocer los posibles factores de riesgo que intervengan en el proceso de lactancia materna y apego emocional de la madre, afectando el desarrollo de los niños usuarios del instituto.
- Se propone a las autoridades de Bienestar Estudiantil, realizar un diagnóstico y monitoreo continuo de las madres y de los niños desde una perspectiva psicológica y fisiológica, esto con el fin de adaptar los planes de atención de enfermería a las necesidades particulares y grupales de las usuarias.
- Emplear el Proceso de Atención de Enfermería diseñado y presentado en esta investigación a fin de fomentar y fortalecer la relación madre-hijo en función de la lactancia materna y el apego emocional, ayudando a la población a subsanar y enfrentar la problemática detectada con herramientas y conocimiento técnico apropiado.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Ae. (s.f.). *Actualización de enfermería*. Obtenido de Valoración de enfermería:
<https://enfermeriaactual.com/valoracion-de-enfermeria/>
- Ae. (s.f.). *Actualización en enfermería*. Obtenido de Diagnósticos:
<https://enfermeriaactual.com/diagnosticos/>
- Alfaro, R. (2015). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona, España: Elsevier-Doyma. S.L. Recuperado el 02 de 03 de 2020
- Aliaga, R. (2015). *Diagnóstico de enfermería NANDA y los registros de Enfermería en los servicios de Emergencia del "Hospital Nacional Daniel A. Carrión"*. Universidad Autónoma de Ica, Facultad de Ciencias de la Salud. Ica, Perú: Universidad Autónoma de Ica. Recuperado el 29 de 03 de 2020, de <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/12/3/RUTH%20AMERICA%20ALIAGA%20SANCHEZ%20-%20ENFERMERIA%20NANDA%20Y%20LOS%20REGISTROS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
- Alligod, M., & Tomey, A. (2018). *Modelos y teorías en Enfermería* (9 ed.). Barcelona, España: ELSEVIER. Recuperado el 01 de 04 de 2020, de <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
- Arévalo, E., Celis, S., & García, R. (2018). *Vivencias de las enfermeras en relación con la planeación de las intervenciones de enfermería*. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Enfermería. Iquitos: UNAP. Recuperado el 10 de 03 de 2020, de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5377/Enma_Tesis_Titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arteaga, M. (30 de Abril de 2016). *Aprende en Línea*. (U. d. Colombia, Ed.) Recuperado el 03 de 03 de 2020, de <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61952>

Asamblea Constituyente. (20 de Octubre de 2008). Constitución de la República del Ecuador. *Decreto legislativo 0, Última modificación 01 Ag-2018*, 22. Quito, Ecuador. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>

Bakieva, M. (2016). *Diseño y validación de un instrumento para evaluar la Colegialidad Docente*. Universidad de Valencia, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. España: Universidad de Valencia. Recuperado el 12 de 03 de 2020, de https://www.uv.es/gem/gemeduco/publicaciones/Diseno_y_validacion_de_un_instrumento_para_evaluar_la_colegialidad_docente_Tesis_doctoral.pdf

Bravo, E., & Parra, S. (05 de 06 de 2019). Adopción del rol maternal en una puérpera primigesta: a propósito de un caso. *Ocronos- Revista Médica y de Enfermería*. Recuperado el 28 de 03 de 2020, de <https://revistamedica.com/adopcion-rol-maternal-puerpera-primigesta/>

Butcher, H. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (Séptima ed.). ELSEVIER.

Campoverde, L., & Chuquimarca, C. (2019). *Utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica preprofesional de internos de enfermería de la Universidad de Cuenca*. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca. Ecuador: Universidad de Cuenca. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32844/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Cintha Garofalo, K. I. (2019). *Informe Final sobre el uso y funcionamiento del "Lactario Institucional"*. Guaranda .

Comisión de legislación y codificación. (19 de MAyo de 2017). Código del trabajp. *Codificación 17*. Ecuador. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/C%3%93DIGO-DEL-TRABAJO.pdf>

Comisión Interinstitucional de Enfermería Mx. (Julio de 2003). Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. México. Recuperado el 21 de 03 de 2020, de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion_servicios_enfermeria.pdf

Comisión Legislativa. (01 de Noviembre de 1995). Ley de fomento, apoyo y protección a la lactancia materna. *Ley 101*. Ecuador. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/LEY-LACTANCIA-MATERNA-RO-814-1-11-1995.pdf>

Comisión Multisectorial de Lactarios. (2015). Informe Anual de Lactarios. *Informe*, 186. Perú. Recuperado el 28 de 03 de 2020, de <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/pdf/informe-anual-lactario-2015.pdf>

Congreso Nacional. (03 de Julio de 2003). Código de la niñez y adolescencia. Ecuador. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>

Dassun, I. (2017). *Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Lactancia Materna, en Beneficiarias de las Salas de Apoyo a Lactancia Materna de corporación GPF y personal de limpieza de la USFQ*. Universidad San Francisco de Quito., Colegio de Ciencias de la Salud. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito. Recuperado el 11 de 04 de 2020, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6956/1/135981.pdf>

Datos macro. (2017). *Ecuador, Economía y demografía*. Quito. Recuperado el 27 de 05 de 2020, de <https://datosmacro.expansion.com/paises/ecuador>

de Jesús, A. (2014). *Implementación de plan de cuidados estandarizados en alteraciones respiratorias del paciente neonato*. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 08 de 03 de 2020, de

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/32932/AZUCENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Del Rey, C., Ferrer, E., & Benavent, A. (2009). Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid. España: DAE. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf

El Comercio. (14 de Agosto de 2018). Más de 25 instituciones son ‘amigas de la lactancia’ en el país. *El Comercio*. Recuperado el 20 de 05 de 2020, de <https://www.elcomercio.com/actualidad/instituciones-mama-lactancia-bebes-guayaquil.html>

encolombia. (s.f.). *En Colombia*. Obtenido de Enfoque familiar. Historia clínica orientada por problemas (SOAP): <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-recursos4/>

Enriquez, X. (2015). *Adopción del rol maternal de madres adolescentes y su relación con el estado emocional del niño menor de un año según el Modelo de de Ramona Mercer*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado el 28 de 02 de 2020, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0157_E.pdf

Espinoza, C., & Virhuez, A. (2018). *Conocimiento sobre Taxonomía NANDA, NIC, NOC y su aplicación en la Unidad de recuperación post anestésica en el Hospital General de Huacho*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería. Lima. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 13 de 03 de 2020, de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7096/Conocimiento_EspinozaYsidro_Candy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Febré, N. y. (02 de 04 de 2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica. Clínica Condes*, 278-287. Recuperado el 21 de 03 de 2020, de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864018300567?token=94A81EC70DF6FB5F5>

FDC79B9C5994909BCBAC649C8FD03D593C1DED3891728A56A554D525AB047845F03
E213A2F0D768

Fernández, F. C. (2015). *El proceso de atención de enfermería*. Barcelona, España: Masson-Salvat.

Recuperado el 20 de 03 de 2020

Francisco, C., Ferrer, E., & Benavent, A. (s.f.). Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA,

NOC y NIC. México. Recuperado el 11 de 02 de 2020, de

http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf

Gallardo, J., & at.al, y. (Julio-Diciembre de 2017). Enfermería en las prácticas de la lactancia materna

exclusiva y de las técnicas de amamantamiento. *Revista de Enfermería y Ciencias de la*

Salud, 10(1), 12. Recuperado el 01 de 04 de 2020, de file:///D:/Downloads/566-

Texto%20del%20art%C3%ADculo-402-1-10-20180620.pdf

Gálvez, M. (18 de julio de 2018). *Enfermería creativa*. Recuperado el 28 de 02 de 2020, de

<https://enfermeriacreativa.com/2018/07/18/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>

Gordon, M. (2017). *Diagnostico enfermero. proceso y aplicacion*. Madrid, España: mosby-doy-ma.

Recuperado el 02 de 03 de 2020

Guadalupe, R. M. (2018). *Proceso de atención de enfermería*. Mexico: Editorial Trillas, S.A de C.V.

Recuperado el 03 de 03 de 2020

Herdman, H., & Krogh, G. v. (2013). La taxonomía II de Nanda International 2012-2014. *Elsevier*

España, 49-65. Recuperado el 11 de 02 de 2020, de

<https://www.berri.es/pdf/DIAGNOSTICOS%20ENFERMEROS%202012->

[2014%E2%80%9A%20Definiciones%20y%20Clasificaci%C3%B3n/9788490220269](https://www.berri.es/pdf/DIAGNOSTICOS%20ENFERMEROS%202012-2014%E2%80%9A%20Definiciones%20y%20Clasificaci%C3%B3n/9788490220269)

Heredia, V. (26 de abril de 2019). Las empresas privadas tienen hasta octubre del 2019 para

implementar salas de lactancia materna en Ecuador. (G. E. Comercio., Ed.) *El Comercio*.

Recuperado el 27 de 03 de 2020, de [https://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-salas-](https://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-salas-lactancia-materna-ecuador.html)

[lactancia-materna-ecuador.html](https://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-salas-lactancia-materna-ecuador.html)

- Heredia, V. (4 de enero de 2020). *Elcomercio.com*. (G. E. Comercio., Editor) Recuperado el 27 de 02 de 27, de <https://www.elcomercio.com/actualidad/lactancia-materna-menor-mujeres-educacion.html>
- Herrera, M. (06 de 11 de 2016). *Ecuador: Indicadores en rojo en la alimentación del recién nacido*. (U. S. Quito, Editor) Recuperado el 07 de 03 de 2020, de <https://dialoguemos.ec/2016/11/ecuador-indicadores-en-rojo-en-la-alimentacion-del-recien-nacido-e-infante/>
- INEC. (2010). *Ecuadorencifras.gob.ec*. Recuperado el 27 de 05 de 2020, de Resultados del censo 2010: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- Iyer, P. Y. (2018). *proceso y diagnostico de enfermeria*. Mexico: 3a. ed. mcgraw-hill interamericana.
- Iyer, P., & Taptich, B. B. (2018). *Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermeria* (3ra ed.). Mexico: Mcgraw-Hill. Interamericana de México. Recuperado el 01 de 03 de 2020
- Iyer, P., & Taptich, B. B. (2018). *Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermeria* (3ra ed.). Mexico: Mcgraw-Hill. Interamericana. Recuperado el 01 de 03 de 2020
- Kozier, B. G. (2019). *Fundamentos de Enfermeria* (7 ma ed.). Mexico, México: Macgraw-Hill Interamericana. Recuperado el 21 de 03 de 2020
- Kozier, B. G. (2019). *Fundamentos de enfermería* (7ma ed.). México, México: Mcgraw-Hill Interamericana. Recuperado el 05 de 03 de 2020
- Lastra, R., Diz, J., & López, M. (2015). *Metodología de Enfermería* (Primera ed.). Madrid, España: Universidad Complitense de Madrid. Recuperado el 12 de 03 de 2020, de <https://eprints.ucm.es/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
- Lefevre-Alafaro. (2007). *Aplicacion del proceso de enfermero: formentar el cuidado en colaboracion*. Barcelona, España: Elsevier. Recuperado el 03 de 03 de 2020

López, J. T., & Guadalupe, R. M. (2018). *Proceso de atención de enfermería*. México: Editorial Trillas, S.A de C.V. Recuperado el 01 de 03 de 2020

Mateos, M. (2017). *Metodología Enfermeras y Sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital*. Univesidad de Sevilla, Departamento de Enfermería. Sevilla. España: Univesidad de Sevilla. Recuperado el 14 de 03 de 2020, de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/69103/Tesis%20Doctoral%20Maria%20Dolores%20Mateos%20Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MayoClinic. (20 de 11 de 2018). *Mayo Clinic*. Obtenido de Trastornos de ansiedad: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

Mazariegos, M. (28 de mayo de 2014). *latinamericanscience.org*. Recuperado el 27 de 02 de 2020, de <http://latinamericanscience.org/spanish/2014/05/practicas-de-lactancia-materna-en-americalatina/>

MedlinePlus. (s.f.). *Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU*. Obtenido de Índice de masa corporal: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007196.htm>

MedlinePlus. (s.f.). *Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU*. Obtenido de EL estrés y la salud: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20es%20un%20sentimiento,a%20un%20desaf%C3%ADo%20o%20demanda.>

Moorhead, S., Swanson, E., & et.al. (26 de noviembre de 2018). *Clasificación-completa-resultados-enfermeria-NOC-2018*. Obtenido de [clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018:](https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/)

Moorhead, S., Swanson, E., & et.al. (2018). El diagnóstico enfermero. *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC*. Elsevier. Recuperado el 12 de 03 de 2020, de <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2018/12/clasificacion-de-resultados-de.html>

- Moorhear, S., Swansom, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. Recuperado el 02 de 04 de 2020, de <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2018/12/clasificacion-de-resultados-de.html>
- Moreno, J. (2016). *Calidad de los cuidados: Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia*. Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería. Murcia, España.: Universidad de Murcia. Recuperado el 30 de 03 de 2020, de <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1401/TD.%20Josefa%20Patricia%20Moreno.pdf>
- Moya, M. (2018). *Factores que influyen en la no aplicación del Proceso de Atención en Enfermería en el ámbito hospitalario*. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 01 de 04 de 2020, de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28681/2/Proyecto%20Completo%20PAE.%20Fer%20Moya.pdf>
- MSP, M. D. (11 de marzo de 2011). *todaunavida.gob.ec*. Obtenido de LACTARIOS- INSTITUCIONALES: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/LACTARIOS-INSTITUCIONALES.pdf>
- NANDA. (2014). *Diagnostico enfermeros: definiciones y clasificaciones*. (T. H. Herdman, & G. v. Krogh, Edits.) Barcelona, España: Elsevier. Recuperado el 02 de 03 de 2020, de https://books.google.co.ve/books?id=rI43AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true
- NANDA. (2014). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. En H. Hearther, & G. Von Krogh (Edits.). España: Elsevier. Recuperado el 28 de 03 de 2020, de <https://www.berri.es/pdf/DIAGNOSTICOS%20ENFERMEROS%202012-2014%E2%80%9A%20Definiciones%20y%20Clasificaci%C3%B3n/9788490220269>
- Núñez, C., Franco, J., & Labrador, M. (Enero-Marzo de 2017). Impacto del lactario domiciliario en madres trabajadoras. Hospital Central de San Cristóbal. (S. V. Pediatría, Ed.) *Readaly. Red de*

- Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.*, 80(1), 10-14.
Recuperado el 10 de 04 de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/3679/367951839004.pdf>
- OIT. (2000). C183- Convenio sobre la protección de la maternidad. *Núm. 183*. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:C183
- OMS. (2020). Enfermería. *Informe*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 03 de 02 de 2020, de <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de 03 de 2020, de https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- OMS. (s.f-). OMS: Sobre la lactancia materna. Quito, Ecuador: OPS Ecuador. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:oms-sobre-la-lactancia-materna&Itemid=360
- Ortiz, R., Cárdena, s. V., & Flores, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: teoría de rango medio. *Index de Enfermería*, 25(3), 5. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/teorizaciones2.pdf>
- Paccara, H., & Fernández, A. (2016). *Prácticas de la lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Centro de Salud Ciudad de Dios, Yura*. Universidad de Ciencias de la Salud, Facultad e Ciencias de la Salud. Arequipa, Perú: Universidad de Ciencias de la Salud. Recuperado el 29 de 03 de 2020, de <http://repositorio.uces.edu.pe/bitstream/UCS/11/1/paccara-zela-hermelinda.pdf>
- Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros*. Mexico, México: Mcgraw-hill interamericana. Recuperado el 08 de 03 de 2020

- RAE. (Octubre de 2014). Diccionario de Real Academia Española. Recuperado el 12 de 03 de 2020, de <https://dle.rae.es/taxonom%C3%ADa?m=form>
- Ramírez, D. (2010). *Estado nutricional e ingesta alimentaria en niños y niñas de cero a cinco años de la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo de Guaranda*. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Recuperado el 14 de 01 de 2020, de <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/1073/1/34T00204.pdf>
- Rodríguez, H. (2017). *Proceso de Atención de Enfermería en el pre y post operatorio de Tiroidectomía total*. Facultad de Enfermería y Nutrición. San Luis de Potosí: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. Recuperado el 01 de 03 de 2020, de <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4591/tesina%2017de%20julio%202017%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodriguez, S., Jara, F., & Romero, M. (19 de Junio de 2017). Papel de la enfermera en la lactancia materna. (G. Martínez, Ed.) *Revista Médica Electronica, Portales Médicos*. Recuperado el 30 de 03 de 2020, de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermera-lactancia-materna/>
- Rodríguez, V. (2015). *El papel de enfermera en los planes de promoción de la lactancia materna*. Universidad de La Rioja., Escuela Universitaria de Enfermería. La Rioja. España: Universidad de La Rioja. Recuperado el 11 de 04 de 2020, de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001113.pdf
- Rodríguez, V. (2015). *el papel de la enfermera en los planes de promoción de la lactancia materna*. Universidad de la Rioja, Escuela Universitaria de Enfermería. España: Universidad de la Rioja. Recuperado el 30 de 03 de 2020, de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001113.pdf
- Ruiz, M., & Ubidia, R. (2019). *Conocimiento y práctica de lactancia materna en adolescentes*. Riobamba. Universidad Nacional de Chimborazo., Facultad de Ciencias de la Salud. Riobamba, Ecuador.: Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5967/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0029.pdf>

Sanchez, M. (2018). *Percepciones de las enfermeras en la manipulación y conservación de la leche materna en la Maternidad Mariana de Jesús-Guayaquil*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo., Escuela de Postgrado. Chiclayo. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1067/1/TM_SanchezMaciasMarleneAracerly.pdf.pdf

SAS; Servicio Andaluz de Salud . (2016). *Enfermeras/os* (Abril 2016 ed.). Madrid, España: CEP S.L. Recuperado el 12 de 03 de 2020, de https://books.google.co.ve/books?id=Ex4_DwAAQBAJ&pg=PA78&lpg=PA78&dq=organizaci%C3%B3n+de+datos+segun+Henderson,+Orem&source=bl&ots=ZkCyrwyiwN&sig=ACfU3U3nFb5yFiyxnWIE6yC_xkbCN01rGQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiRqPnU4pXoAhUIZN8KHWopBTwQ6AEwBnoECAoQAQ#v=onepage&

Servicio Andaluz de Salud. (2016). *Matrón/a* (Vol. 1). Madrid, España: CEP S.L. Recuperado el 27 de 02 de 2020, de https://books.google.co.ve/books?id=gx0_DwAAQBAJ&pg=PA445&lpg=PA445&dq=Patrones+del+hombre+unitario+de+Callista+Roy&source=bl&ots=YTVriOs11I&sig=ACfU3U19MD2T2dczwRVND2gzJ0Iem0dYgQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjmxuGKz97oAhWomuAKHW4vDagQ6AEwC3oECAwQK#v=onepage&q=

UDEC. (2019). *Universidades de Ecuador*. Recuperado el 27 de 05 de 2020, de Universidad Estatal de Bolívar: <https://www.universidades.com.ec/universidad-estatal-de-bolivar/carreras-universitarias>

Unicef. (2017). *unicef.org*. (Unicef, Editor) Recuperado el 27 de 02 de 2020, de Unicef para cada niño: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

Vega, A. (2017). *Proceso de Enfermería: Planeación, ejecución y evaluación*. Lima: USAT. Recuperado el 14 de 01 de 2020, de

<https://es.slideshare.net/ANGLICASOLEDADVEGARA/proceso-de-enfermera-planeacionejecucin-y-evaluacin>

- Velasco, L., & Vera, R. (2015). *Importancia del mantenimiento del Banco de Leche Materno domiciliario a madres en período de lactancia asistida en el Hospital Especializado "Mariana de Jesús*. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Recuperado el 29 de 03 de 2020, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9436/1/TESIS%2025%20DE-JUNIO%20FIN.pdf>
- Velasco, L., & Vera, R. (2015). *Importancia del mantenimiento del banco de leche materno domiciliario a madres en período de lactancia asistidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús*. Universidad de Guayaquil, Escuela de Enfermería. Guayaquil. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9428/1/TESIS%2025%20DE-JUNIO%20FIN.pdf>
- Vele, S., & Veletanga, D. (2015). *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería de las Enfermeras/o, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca*. Universidad de Cuenca. Cuenca. Ecuador: Universidad de Cuenca. Recuperado el 01 de 03 de 2020, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Vete, S., & Veletanga, D. (2015). *Aplicación del proceso de atención de enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Cuenca*. Universidad de Cuenca., Escuela de Enfermería. Cuenca. Ecuador: Universidad de Cuenca. Recuperado el 01 de 03 de 2020, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

8. ANEXOS

Anexo A Recursos

RECURSOS HUMANOS
<ul style="list-style-type: none">• Personal Docente• Estudiantes• Directora del proyecto de titulación• Autoras del proyecto de titulación
RECURSOS INSTITUCIONALES
Universidad Estatal de Bolívar
RECURSOS TECNOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none">• Laptop• Pendrive• Internet
RECURSOS MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">• Impresiones• Anillados• Transporte

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco


Anexo B Cronograma

	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio					
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		
Presentación del tema	■	■																								
Aprobación del tema			■																							
Asignación de tutor de proyecto de investigación			■																							
Elaboración del Capítulo I				■	■	■	■																			
Elaboración del Capítulo II								■	■	■																
Elaboración del Capítulo III											■	■	■	■												
Aplicación de encuestas y levantamiento de información																	■									
Elaboración de análisis e interpretación de datos																		■	■							
Elaboración capítulo IV y conclusiones																				■	■					
Entrega del primer borrador																							■			
Asignación de pares académicos																							■			
Entrega de correcciones																								■		
Defensa de trabajo de investigación																								■		
Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco																										

Anexo C Presupuesto

Elemento de costo	Cantidad	Valor unitario (\$)	Total (\$)
Impresiones de oficios para la denuncia	5	0,1	0,5
Impresiones de revisiones	450	0,1	45
Impresión del borrador	600	0,1	60
Impresión del proyecto final	600	0,1	60
Impresión de proyecto para defensa	600	0,1	60
Anillados	9	3	27
Traslados locales	20	0,3	6
Empastado de proyecto final	3	12	36
Uso de computadora con internet	640	0,8	512
Total			806,50

Elaborado por: Karla Gavilema y Ariana Velasco


UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO CARRERA DE ENFERMERÍA		
Proyecto de titulación	“Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el lactario de La Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020”	
Objetivo	Diseñar un plan de Enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020.	
Instrucciones	Lea cuidadosamente las situaciones y selecciona la opción que considere cierta desde su perspectiva. Marque con una (X) la opción que seleccione.	


Anexo D Instrumentos aplicados

Datos de la madre			
Edad	<input type="checkbox"/> De 18 a 20 años <input type="checkbox"/> 21 a 25 años <input type="checkbox"/> 25 a 30 años <input type="checkbox"/> Más de 30 años	Etnia	<input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano <input type="checkbox"/> Blanco
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Arrendada	Lugar de residencia	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana
Vínculo con la Universidad	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador	Ingreso mensual familiar	<input type="checkbox"/> Menos de salario mínimo <input type="checkbox"/> Entre \$400 a \$1000
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Viuda	Número de hijos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más de 3
Carrera en curso en caso de ser estudiante			
Facultad a la que pertenece			
Ciclo académico			
Datos del niño/a			
Edad	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> 12 meses a 24 meses <input type="checkbox"/> Más de 24 meses	Género	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Peso actual del niño		Talla actual	
Preguntas			
1.	¿Recibe apoyo familiar para el cuidado del niño?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.	¿El hijo/a fue planificado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3.	¿El padre forma parte de la crianza y cuidado del niño?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4.	¿Ha recibido apoyo emocional después del parto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.	¿Ha recibido apoyo informativo sobre el proceso de lactancia en los primeros meses de vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Ha experimentado estrés durante el proceso de	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

lactancia?			
7. ¿Considera usted que el lactario de la UEB ayuda a mantener el apego emocional con su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Cuenta el niño cuenta con algún tipo de seguro médico?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
9. Si la respuesta es positiva señale que tipo de seguro posee	<input type="checkbox"/>	Público	<input type="checkbox"/> Privado
10. ¿El niño padece algún tipo de discapacidad?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
11. ¿El niño ha padecido o padece de alguna enfermedad? En caso de responder Si, indique que enfermedad	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Ha cumplido con el esquema de vacunación correspondiente a su edad?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
13. ¿El niño recibió lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida? Hasta que edad ha recibido lactancia materna exclusiva:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
14. ¿El niño recibió alimentación complementaria o suplementaria antes de los 6 meses de vida? En caso de ser afirmativa la respuesta indique desde que edad _____ meses Que tipo de alimentación recibió:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Conocía usted de la existencia del lactario institucional?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Confía en los cuidados ofrecidos en el lactario de la UEB?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Ha tenido inconvenientes con la atención de su hijo en el lactario? En caso de ser afirmativo, señale que inconvenientes:	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
18. ¿En el lactario existen equipos e insumos para cumplir con el proceso de alimentación y lactancia de los niños?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
19. ¿El lactario cuenta con espacios físicos adecuados que permitan cumplir con la alimentación del niño de manera adecuada, higiénica, segura y tranquila?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Cuenta el lactario de la UEB con espacios para realizar la higiene de las mamas antes y después de amamantar a su hijo?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
21. ¿Cuenta el lactario con sistema de manejo de desechos eficiente para evitar la acumulación de pañales y otros desechos producidos diariamente?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No
22. ¿Cuántas veces usa usted el lactario de la UEB en la semana?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> 4
23. ¿Cuántas horas usted permanece en el lactario alimentando a su hijo?	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora	
	<input type="checkbox"/>	1 hora	
	<input type="checkbox"/>	Más de 2 horas	
24. ¿Ha recibido acompañamiento y orientación sobre la lactancia materna brindada por la persona encargada del lactario de la UEB?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/> No

Anexo E Validación del instrumento

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO CARRERA DE ENFERMERÍA				
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN				
JUICIO DE EXPERTO				
Proyecto de titulación	"Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el lactario de La Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020"			
RESPONSABLES	Karla Estefania Gavilema Tapia Ariana Velasco			
INSTRUCCIONES	Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación en base al objeto del estudio de investigación con sus criterios y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación			
CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
Considera que las dimensiones y preguntas de la unidad de estudio a determinar están contemplados dentro del instrumento		x		
Considera que las preguntas están sustentadas para evaluar la situación de manera objetiva		x		
Considera que el instrumento mide la unidad de estudio en forma correcta		x		

Apellido y Nombre	Mite Cárdenas Gladys Vanessa	
Firma	 Lic. Vanessa Mite Cárdenas	



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Quien suscribe Gladys Vanessa Mite Cárdenas portador (a) de la cédula de identidad Nro. 0201565777 de Profesión Licenciada en ciencias de la Enfermería

Hace constar, **KARLA ESTEFANIA GAVILEMA TAPIA, ARIANA LISBED VELASCO GAIBOR**

con el fin de recolectar información para el trabajo de investigación denominada: Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el lactario de La Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020, y como experto (a) en el área; cumple con todos los requisitos teóricos son " MEDIANAMENTE SUFICIENTE " con las recomendaciones para su aplicación definitiva al universo seleccionado para tal fin.

Comentario

Considero que si el Tema abarca el modelo de Ramona Mercer en el lactario de la Universidad Estatal de Bolívar debería enfocarse en el apego del niño y sus padres en el cuidado que va adquiriendo la madre y su rol maternos el lactario, por lo tanto se debería incrementar preguntas con el fin y disminuir en lo que va direccionado a infraestructura

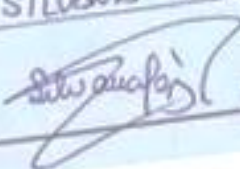
Considero que el objetivo expuesto sería uno de los objetivos específicos ya que no está acorde al tema principal

La pregunta 17 no da la opción a la respuesta

Certifica

Lic. Vanessa Mite Cárdenas

Firma del (de la) experto (a)

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO CARRERA DE ENFERMERÍA		VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN		
JUICIO DE EXPERTO				
Proyecto de titulación	"Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Florence Mercer en el lactario de La Universidad Estatal de Bolívar, periodo mayo - abril 2020"			
RESPONSABLES	Karla Estefanía Gavilana Tapia Ariana Lisbed Velasco Oajbor			
INSTRUCCIONES	Leer y analizar el instrumento de investigación en base al objeto del estudio de investigación con sus criterios y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación			
CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
	Considera que las dimensiones y preguntas de la unidad de estudio a determinar están contemplados dentro del instrumento	✓		
Considera que las preguntas están sustentadas para evaluar la situación de manera objetiva	✓			
Considera que el instrumento mide la unidad de estudio en forma correcta	✓			
Apellido y Nombre	SILVANA XINEJA LOPEZ			
Firma	 060317116-6			



Anexo F Registros fotográficos

Foto 1: Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar

Foto 2: Usuaris del Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar

Foto 3: Instalaciones del Lactario de la Universidad Estatal de Bolívar



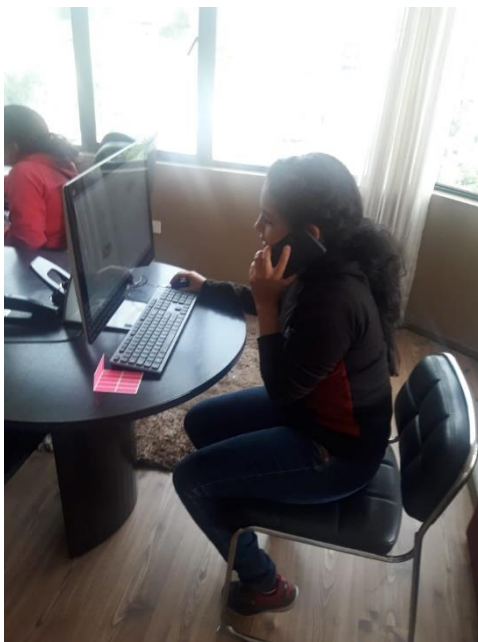


Foto 4: Actividades de encuesta y teletrabajo



Foto 5: Actividades de encuesta y teletrabajo

Anexo G Formulario digital de encuestas aplicadas

Link de acceso: <https://forms.gle/5MHh4qUAa8aEfXLt6>



Encuesta a usuarias del Lactario de la U.E.B.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

"Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Ramona Mercer en el lactario de La Universidad Estatal de Bolívar, periodo enero – abril 2020"

Instrucción:
Lea cuidadosamente las situaciones y selecciona la opción que considere cierta desde su perspectiva.

Edad

- De 18 a 20 años
- De 21 a 25 años
- De 25 a 30 años
- Más de 30 años

Anexo H Resultado del Urkund

URKUND

Document Information

Analyzed document: PAE corregido 22 junio.docx (D75468320)
Submitted: 6/22/2020 7:54:00 PM
Submitted by:
Submitter email: jtaco@ueb.edu.ec
Similarity: 3%
Analysis address: jtaco_ueb@analysis.orkund.com



Sources included in the report

SA	URL: TESIS FINAL KARINA MOROCHO.docx Fetched: 2/7/2019 3:31:00 AM	4
SA	URL: LLAVOS CUBAS NOELLY YANINA 27-02-19.docx Fetched: 2/28/2019 4:48:00 PM	1
W	URL: https://docplayer.es/amp/154147509-Universidad-privada-san-juan-bautista-facultad-... Fetched: 12/31/2019 12:02:34 AM	1
SA	URL: TESIS VALERIA RICACHI-02-10-2018.docx Fetched: 10/23/2018 6:30:00 AM	3
SA	URL: Rol de enfermería en el control del crecimiento y desarrollo en lactantes.docx Fetched: 3/5/2020 1:17:00 AM	3
W	URL: http://nirive.uadp.mx/xmsu/bitstream/handle/14593/tesis%2017de%20julio%202017%... Fetched: 6/22/2020 7:55:00 PM	8
W	URL: http://dspace.uceuena.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/Tesis%20Pregrado.pdf Fetched: 6/22/2020 7:55:00 PM	3
W	URL: https://ds.us.es/bitstream/handle/11441/69103/Tesis%20Doctoral%20Mara%20Oniones... Fetched: 6/22/2020 7:55:00 PM	2
W	URL: https://dle.rae.es/faxonom%C3%ADa?m=formRam Fetched: 6/22/2020 7:55:00 PM	1
W	URL: https://docplayer.es/88461242-Universidad-regional-autonoma-de-los-andes-unandes-... Fetched: 5/9/2020 3:04:35 AM	11
W	URL: http://n.uamex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/52952/AZUCENA.pdf?sequence=1&isA... Fetched: 6/22/2020 7:55:00 PM	5
SA	URL: Tesis enfermería lactancia 20 ago Urkund.docx Fetched: 8/21/2018 6:25:00 PM	6

URL: https://www.orkund.com/... | Fuente: https://www.orkund.com/... | Fuente: https://www.orkund.com/...

1/80