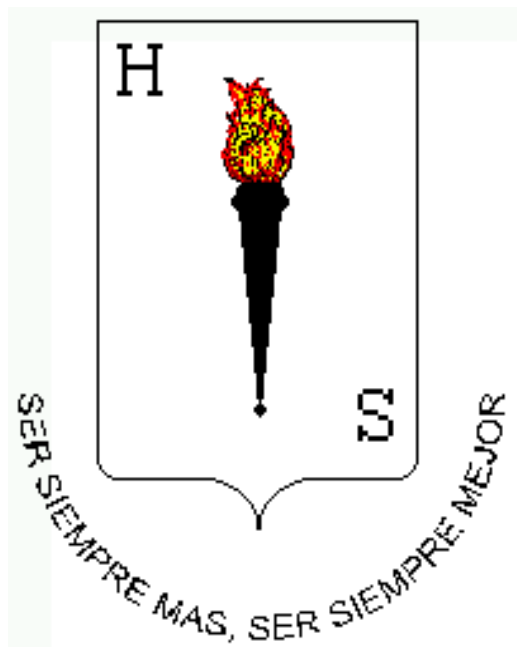


ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 8722



TESIS:

SINDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARIA GUADALUPE AGUILAR GAMBOA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA; MICHOACÁN.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A mis padres:

A quienes al final de esta etapa no encuentro forma de agradecer todo lo que han hecho por mí. Gracias por darme la vida, por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, por sus regaños, por enseñarme a luchar con razón; por su amor y confianza. Ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar aquí, porque sé que mi sueño era el suyo también. Gracias por darme tanto de todo y darme todo de ustedes. El logro que hoy he alcanzado gracias a sus esfuerzos, sacrificios y tiempo invertido en mí.

Por esto que digo y todo lo que callo...Todo mi agradecimiento, respeto y amor.

A la institución:

Quien por cuatro años vio mi desarrollo tanto profesional, como personal, donde tropecé muchas veces pero ahí mismo encontré el coraje para levantarme.

SINDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

ÍNDICE GENERAL

Portada	i
Agradecimiento	ii
Nombre del tema.....	iii
Índice.....	iv
Introducción	vi
Resumen	vii

ÍNDICE

CAPÍTULO I. Planteamiento del problema	9
1.1 Descripción del problema	9
1.2 Pregunta de investigación.....	11
1.3 Objetivos de la investigación	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	11
1.4 Justificación	12
1.5 Viabilidad.....	12
CAPÍTULO II. Marco Teórico.....	14
2.1 Ciencias de la salud	14
2.2 Medicina.....	15
2.3 Ginecología.....	15
2.4 Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).....	15
2.4.1 Etiología.....	17
2.4.2 FISIOPATOLOGIA.....	18
2.4.4 Manifestaciones psicológicas en el síndrome de ovario poliquístico.....	21
2.5 Psicología	22
2.5.1 EMOCIONES	22
2.5.2 SENTIMIENTOS	23
2.5.3 AUTOESTIMA.....	23

2.5.4 DEPRESIÓN	30
2.6 Enfermería	33
2.6.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.....	34
2.6.2 DEFINICIÓN ENFERMERA OBSTÉTRICA	34
2.6.3 TEORÍAS Y MODELOS SOBRE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	35
En la presente investigación no solo se pretende hablar sobre el concepto de información si no más a fondo investigar sobre la forma en que la enfermera sirve como transmisor para que ésta realice bien su trabajo y ayude a la prevención de enfermedades.	35
2.6.4 CUIDADOS PSICOLÓGICOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES JOVENES DIAGNOSTICADAS CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	38
CAPÍTULO III. ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS	42
4.1 Descripción de la hipótesis	42
4.2 Definición de las variables	42
4.3 Construcción de los instrumentos de operación.....	43
CAPITULO V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	47
CAPÍTULO VI. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	50
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	68

INTRODUCCIÓN

En el capítulo I se habla acerca del planteamiento del problema, se describe la investigación que se va hacer así como la pregunta y los objetivos por alcanzar en esta investigación. Se da también a conocer la justificación y la viabilidad.

En el capítulo II se presenta el marco teórico que empieza de una investigación general a lo particular. Se presentan varias definiciones importantes, para que se llevara a cabo esta investigación.

En el capítulo III está el diseño de esta investigación así como el resultado que se espera.

En el capítulo IV se describe la hipótesis, así como las variables para que se pudiera llevar a cabo la operacionalización y la construcción de cuestionario para la facilitación de esta investigación.

El capítulo V habla del diseño de la investigación.

En el capítulo VI se muestra la recolección y análisis de datos, se muestra por medio de gráficas y una pequeña descripción de ellas.

En el capítulo VII se verán las conclusiones a las que se llegó con la investigación, así como si el resultado de la hipótesis.

Y finalmente se muestran las bibliografías de donde se recopiló información para facilitar esta investigación.

RESUMEN

Con esta investigación se pretende conocer la relación que existe con la autoestima de las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico.

Se hace una investigación desde los aspectos generales hasta llegar al tema específico.

Esta investigación la hice con el propósito de saber si tenía mucha relación padecer esta patología en la autoestima, debido a los cambios físicos en la mujer; así como para el desempeño de los quehaceres de su vida diaria.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I. Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

El tema a investigar es acerca de las afecciones psicológicas a mujeres jóvenes con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). La finalidad de esta misma es saber los múltiples daños en autoestima, que puede conllevar a una depresión en las estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la edad de 15 a 25 años.

Como ya se mencionó el sujeto a estudiar son las estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en edad reproductiva de 15 a 25 años de edad.

Antecedentes de investigación

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una alteración endocrinológica y metabólica que afecta entre el 10 a 15% de las mujeres en edad reproductiva. Es un trastorno común, pero extremadamente heterogéneo.

Se presenta típicamente con:

- Hiperandrogenismo y trastornos de la ovulación

y puede acompañarse de:

- Intolerancia a la glucosa
- Obesidad
- Alteraciones en el perfil de lípidos séricos

Para el diagnóstico y clasificación del Síndrome de Ovario Poliquístico se puede recurrir a sus rasgos clínicos característicos:

A. CRITERIOS MAYORES	B. CRITERIOS MENORES
Anovulación	Ovario Poliquístico en ecografía
Oligo-menorrea	Niveles elevados de LH y FSH
Hiperandrogenemia	Acné
Hirsutismo severo	Hirsutismo leve
Resistencia insulínica	Obesidad

Desde mi punto de vista, creo que las estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico, puede tener desequilibrios psicológicos, ya que al pensar en esto y con problemas irregulares en el ciclo menstrual se piensa sobre una posible infertilidad o incapacidad para quedar embarazada, ya que el deseo de la mayoría de las estudiantes jóvenes piensan en tener hijos al terminar su carrera y formar una familia, tienen pues una visión grande hacia el futuro y para su persona; y al ser diagnosticadas se puede perder la ilusión o sueño que se tenía sobre la familia y sí mismas, problemas de preocupación relacionadas a largo plazo debido a problemas de infertilidad, cambios físicos en el organismo muy notables, algunas de las características que presenta esta enfermedad es el crecimiento anormal de vello en el cuerpo en partes donde no debería haber tanto, así como la aparición

de acné, piel grasa, etc. y esto puede ocasionar baja autoestima, imagen corporal negativa; en fin pueden desencadenarse diversos desequilibrios psicológicos.

Se pretende con esta investigación saber la relación del autoestima con los cambios físicos que sufren las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la con edad de 15-25 años al saber que padece de Síndrome de Ovario Poliquístico, y así; poder crear un plan de cuidados y medidas para poder ayudar y dar opciones para que mejore su vida en relación a ayuda psicológica.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la autoestima con los cambios físicos que sufren las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud con Síndrome de Ovario Poliquístico?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de la autoestima con los cambios físicos de las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en edad de 15-25 años diagnosticada con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Crear un plan de cuidados para reducir los temores y/o afecciones psicológicas que provoca en las estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico.

1.4 Justificación

Con esta investigación se pretende saber cuáles son los desequilibrios psicológicos más comunes en las estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud con edad de 15 a 25 años diagnosticadas con síndrome de Ovario Poliquístico; y en base a la investigación aportar a éstas información para reducir los desequilibrios psicológicos como depresión, menor calidad de vida, ansiedad, desórdenes alimenticios, insatisfacción corporal debido a la angustia de ser diagnosticada con esta patología.

1.5 Viabilidad

La investigación se hizo viable ya que el investigador contó con el apoyo de las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, al responder a un cuestionario que se les pidió respondieran.

Así como tener la información respecto al tema que se investigó, y tener las bases para llevarla a cabo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. Marco Teórico

2.1 Ciencias de la salud

Es el conjunto de ciencias dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción del bienestar físico, mental y social de los individuos.

Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades; y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido; o para profundizar el estudio de una forma más especializada.

Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias puras como la Biología, la Química y la Física, aunque también en Ciencias Sociales, como la sociología médica, la psicología, etc.

2.2 Medicina

La medicina es el arte y la ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud. Es el arte o técnica de tratar enfermedades sin cirugía. La medicina se divide en dos ramas principales: la medicina académica y la clínica. (Diccionario Mosby)

2.3 Ginecología

La ginecología es la rama de la medicina especializada en la asistencia sanitaria de la mujer. Particularmente en lo referente a su función sexual y reproductora y las enfermedades de sus órganos genitales, exceptuando las de la mama que precisan cirugía. A diferencia de la mayoría de las especialidades médicas, la ginecología tiene una parte quirúrgica y otra no quirúrgica. Casi siempre se estudia y practica junto con la obstetricia. (Diccionario Mosby)

2.4 Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

El síndrome de ovario poliquístico es una enfermedad endocrinológica muy frecuente, afectando al 3-10% de las mujeres en edad reproductiva, cuyas alteraciones son heterogéneas e incluyen anovulación crónica, amenorrea, infertilidad, evidencias clínicas y bioquímicas de hiperandrogenismo y morfología de ovarios Poliquísticos. La presentación clínica y bioquímica está influenciada por factores ambientales como la dieta, el ejercicio, el estrés peri puberal y las toxinas ambientales que inciden en huéspedes genéticamente susceptibles. (Ruth Adriana Mira, 2005)

A pesar de los enormes esfuerzos realizados para definir la etiología y patogénesis del Síndrome de Ovario Poliquístico, aún permanecen sin ser aclaradas totalmente, pero existen fuertes evidencias que avalan el origen genético del mismo, por tratarse de un síndrome fuertemente familiar cuyo

fenotipo están involucrados muchos genes. Para poder conocer el desarrollo etiológico de este síndrome, permitirá realizar las intervenciones clínicas necesarios que no solo eliminaran las expresiones del fenotipo adulto, sino también reducirán las alteraciones metabólicas que pueden aparecer a largo plazo entre ellas podemos citar la Diabetes Mellitus II, Hipertensión, alteraciones vasculares y cáncer endometrial. (Ruth Adriana Mira, 2005)

Algunas controversias ocasionadas en torno al mejor conocimiento de la fisiopatología del Síndrome de Ovario Poliquístico condujeron a la búsqueda de una definición de consenso en el seno de la conferencia sobre SOP celebrada en 1990 por la NIH (National Institutes of Health), donde los criterios diagnósticos son:

- Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico.
- Oligomenorrea o amenorrea.
- Exclusión de otras enfermedades como Síndrome de Cushing, Hiperplasia Adrenal congénita (HAC) por déficit de 21 hidroxilasa no clásica, Hiperprolactinemia, Enfermedades Tiroideas y Neoplasias secretoras de andrógenos.

La ecografía transvaginal permite visualizar la imagen del ovario y es una de las principales pruebas diagnósticas. Sin embargo, estas imágenes pueden observarse en mujeres normales (16-23%), con Hiperprolactinemia (50%), con Amenorrea Hipotalámica (24%) y en el 100% con HAC. Debido a esto, es importante diferenciar entre el verdadero ovario poliquístico (OP) y los ovarios multifoliculares las mujeres con diagnóstico clínico de SOP tienen OP. El ovario poliquístico presenta entre 10 a 20 folículos en cada ovario, de pequeño tamaño (menos a 10mm de diámetro), con una topografía periférica (en rueda de carro) y con hipertrofia del estroma. En cambio, el ovario multifolicular presenta 6 a 10 micro folículos en cada ovario, de tamaño variable y sin topografía precisa, con un estroma normal. Sobre la base de lo relatado, no se puede considerar solamente

la morfología ovárica como criterio de inclusión del SOP. (Ruth Adriana Mira, 2005)

2.4.1 Etiología

La causa del PCOS se desconoce. No obstante, se sospecha de una base genética que es tanto multifactorial como poligénica. Puesto que existe agregación familiar demostrada del síndrome (Franks, 1997). De manera específica, se han observado mayor frecuencia entre las pacientes sus hermanas (32 a 66%) y las pacientes con su madres (24 a 52%) (Govind, 1999; Kahsar-Milles, 2001; Yildiz, 2003). Algunos investigadores sugieren que se trata de herencia autosómica dominante con expresión en mujeres y varones. Por ejemplo, los familiares varones en primer grado de una mujer con PCOS tienen una mayor concentración de sulfato de deshidroepiandrosterona (DHEAS) circulante que los varones testigo (Legro, 2002).

Un tema de investigación importante es la identificación de los genes vinculados con el PCOS por el gran beneficio potencial que representaría tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de esta enfermedad. Los estudios clínicos *e in vitro* de células de la teca ovárica humana sugieren cierta falta de regulación del gen CYP11a en las pacientes con PCOS. Este gen codifica la enzima que rompe la cadena lateral del colesterol, que además realiza el paso que limita la velocidad de la biosíntesis de los esteroides. La evidencia también sugiere la incitación de otras enzimas en la vía biosintética de los andrógenos (Franks, 2006). Además, quizá contribuye también el gen del receptor insulínico en el cromosoma 19p13.2 (Urbanck, 2005). Todavía se necesitan más investigaciones para definir la participación de estos productos genéticos en la patogenia del PCOS. (Williams Ginecología, 200)

2.4.2 FISIOPATOLOGIA

Gonadotropinas

La anovulación en las mujeres con PCOS se caracteriza por la secreción inapropiada de gonadotropinas. Las alteraciones en las pulsaciones de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) provocan mayor producción de hormona luteinizante (LH) que de hormona foliculoestimulante (FSH) (Hayes, 1998; Waldstreicher, 1998).

A la fecha no se sabe si la disfunción hipotalámica es una causa primaria de PCOS o si es secundaria a una retroalimentación anormal de los esteroides. En cualquier caso, la concentración sérica de LH se eleva, lo que se observa en la clínica en 50% de las pacientes (Balen, 2002, van Santbrink, 1997). Asimismo, la relación entre hormona luteinizante: hormona foliculoestimulante (LH:FSH) se eleva por arriba de 2 en 60% de las pacientes (Rebar, 1976).

Resistencia insulínica

Las mujeres con PCOS exhiben un gran mayor grado de resistencia insulínica e hiperinsulinemia compensadora que las mujeres sanas. La resistencia insulínica se define como la respuesta reducida de la glucosa a determinada cantidad de insulina. Al parecer el mecanismo es una anomalía de la transcripción de la señal gobernada por los receptores de insulina después del enlace (Dunaif, 1997). Tanto las mujeres delgadas como las obesas con PCOS tienen más resistencia insulínica que las testigos sanas de peso similar (Dunaif, 1989, 1992).

La resistencia insulínica aumenta la frecuencia de riesgos ulteriores como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia y enfermedades del aparato cardiovascular. Por consiguiente, el síndrome de ovario poliquístico no es

solamente una enfermedad con consecuencias a corto plazo como menstruación irregular e hirsutismo, sino también con repercusiones nocivas a largo plazo.

Anovulación

En las mujeres con PCOS los andrógenos típicamente se elevan, mientras que la progesterona disminuye por anovulación. El mecanismo exacto de la anovulación se desconoce, si bien se cree que la hipersecreción de LH participa en las irregularidades menstruales. Además, la anovulación también puede ser secundaria a la resistencia insulínica, puesto que en un número considerable de pacientes con anovulación y PCOS los ciclos ovulatorios se restablecen cuando reciben Metformina, que es una sustancia que aumenta la sensibilidad a la insulina (Nestler, 1998).

2.4.3 DIAGNÓSTICO

El síndrome de ovario poliquístico a menudo se considera un diagnóstico de exclusión. Por consiguiente, es necesario excluir de manera sistemática otros trastornos potencialmente graves con manifestaciones clínicas de PCOS. (Williams Ginecología, 200)

Tirotropina y prolactina

Las enfermedades de la tiroides frecuentemente provocan disfunción menstrual similar a la que se observa en las mujeres con PCOS. Es por esta razón que durante la valoración casi siempre se pide la concentración sérica de TSH. (Williams Ginecología, 200)

Testosterona

Los tumores del ovario o la glándula suprarrenal son raros pero constituyen una causa grave de hiperandrogenismo. Muchas neoplasias ováricas, tanto benignas como malignas, producen testosterona y generan virilización. Los síntomas comprenden voz grave, alopecia frontal, acné o hirsutismo pronunciado, aumento de la masa muscular y clitoromegalia. En ellas se puede utilizar la concentración sérica de testosterona para excluir la posibilidad de un tumor. La testosterona libre es más sensible que la testosterona total como indicador de hiperandrogenismo. Si bien está mejorando, los análisis actuales de testosterona libre carecen de una referencia uniforme para todos los laboratorios (Miller, 2004).

Biopsia endometrial

Se recomienda tomar una biopsia endometrial en las mujeres mayores de 35 años de edad con hemorragia anormal y en las más jóvenes con hemorragia anovulatoria resistente al tratamiento hormonal. (Williams Ginecología. 200)

Ecografía

Desde el punto de vista histológico, el ovario poliquístico (PCO) exhibe un mayor volumen, mayor número de folículos maduros y atrésicos, mayor espesor del estroma cortical y mayor número de islotes celulares hiliares (Hughesdon, 1982). Muchos de estos cambios se observan en la ecografía, y en las mujeres con sospecha de PCOS a menudo se realiza este estudio para valorar los ovarios. La ecografía tiene especial importancia en las mujeres con PCOS en busca de fertilidad y en aquellas con signos de virilización. (William Ginecología, 200)

Características Clínicas

-Hirsutismo

- Acné
- Alopecia
- Clitoromegalia
- Voz ronca
- Aumento de la masa muscular
- Reducción del tamaño de las mamas
- Amenorrea
- Acantosis pigmentaria

2.4.4 Manifestaciones psicológicas en el síndrome de ovario poliquístico

La mayoría de las investigaciones han tenido como objetivo el estudio de los aspectos biológico y fisiológico del síndrome. Los problemas en la identidad femenina y la imagen corporal debido a la obesidad, el acné y el hirsutismo, además de la infertilidad y las preocupaciones relacionadas con la salud a largo plazo, comprometen la calidad de vida y tienen un impacto adverso sobre el estado de ánimo y el bienestar psicológico. Hasta la fecha, pocos estudios han informado que las mujeres con SOP son más propensas a la depresión, la ansiedad, la disminución de la autoestima, la imagen corporal negativa y la disfunción psicosexual. El otro aspecto crítico del impacto psicosocial es el impacto negativo de la perturbación del estado de ánimo, la disminución de la autoestima y la reducción del bienestar psicológico, la motivación y la capacidad para implementar y sostener los cambios del estilo de vida que son fundamentales para esta enfermedad. Todas estas cuestiones deben ser estudiadas y abordadas en relación con la evaluación y manejo del SOP. (Gibson-Helm, 2006)

2.5 Psicología

La palabra psicología es la combinación de dos términos: Del griego psyche, que significa alma, espíritu y; logos: tratado, es decir “el estudio del alma”. (Logan Fox, 1977)

La Oxford American Dictionary nos hace entender a la psicología como el estudio de la mente, cómo trabaja y sus características mentales.

El American Heritage Dictionary, nos dice que la psicología es la ciencia que trata con procesos mentales y su comportamiento; también con las emociones y las características de un individuo o de un grupo.

La Psicología es una ciencia, pero también es una filosofía y un arte. Como ciencia, estudia la conducta; como filosofía, las personas; como arte, aplica intuitivamente lo que se sabe acerca de las personas y las conductas.

2.5.1 EMOCIONES

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo.

Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del SNA y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo.

Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas (Levenson, 1994).

Etimológicamente, el término *emoción* viene del latín *emotio*, que significa "movimiento o impulso". En psicología se define como aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa físicamente mediante alguna función fisiológica como reacciones faciales o pulso cardíaco, e incluye reacciones de conducta como la agresividad, el llanto.

2.5.2 SENTIMIENTOS

El sentimiento es el resultado de una emoción, a través del cual, la persona que es consciente tiene acceso al estado anímico propio. El cauce por el cual se solventa puede ser físico y/o espiritual. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano y de los demás animales, que les capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria al drenarse una sustancia producida en el cerebro, al mismo. (Punset, 2006)

2.5.3 AUTOESTIMA

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo. (Bonet, 1997)

La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima. (Bonet, 1997)

Abraham Maslow, en su jerarquía de las necesidades humanas, describe la *necesidad de aprecio*, que se divide en dos aspectos, el aprecio que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.), y el respeto y estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.). La expresión de aprecio más sana según Maslow es la que se manifiesta “en el respeto que le merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación”. (Bonet, 1997)

Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente. (Bonet, 19927)

2.5.3.1 Indicadores de autoestima

Indicios positivos de autoestima. (Hamachek, 1971)

La persona que se autoestima suficientemente:

1. Cree con firmeza en ciertos valores y principios, y está dispuesta a defenderlos incluso aunque encuentre oposición. Además, se siente lo suficientemente segura de sí misma como para modificarlos si la experiencia le demuestra que estaba equivocada.

2. Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio criterio, y sin sentirse culpable cuando a otros no les parezca bien su proceder.

3. No pierde el tiempo preocupándose en exceso por lo que le haya ocurrido en el pasado ni por lo que le pueda ocurrir en el futuro. Aprende del pasado y proyecta para el futuro, pero vive con intensidad el presente.

4. Confía plenamente en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar fácilmente por fracasos y dificultades. Y, cuando realmente lo necesita, está dispuesta a pedir la ayuda de otros.

5. Como persona, se considera y siente igual que cualquier otro; ni inferior, ni superior; sencillamente, igual en dignidad; y reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.

6. Da por sentado que es interesante y valiosa para otras personas, al menos para aquellos con los que mantiene amistad.

7. No se deja manipular, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.

8. Reconoce y acepta en sí misma diferentes sentimientos y pulsiones, tanto positivas como negativas, y está dispuesta a revelárselos a otra persona, si le parece que vale la pena y así lo desea.

9. Es capaz de disfrutar con una gran variedad de actividades.

10. Es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás; respeta las normas sensatas de convivencia generalmente aceptadas, y entiende que no tiene derecho a medrar o divertirse a costa de otros.

Ser una persona que no se deje manipular por los demás, Mejorar Día a día.

Indicios negativos de autoestima. (J. Gill, 1980)

La persona con autoestima deficiente suele manifestar algunos de los siguientes síntomas:

- Autocrítica rigorista, tendente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, que la hace sentirse fácilmente atacada y a experimentar resentimientos pertinaces contra sus críticos.
- Indecisión crónica, no tanto por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo excesivo de complacer: no se atreve a decir «no», por temor a desagradar y perder la benevolencia del peticionario.
- Perfeccionismo, o auto exigencia de hacer «perfectamente», sin un solo fallo, casi todo cuanto intenta; lo cual puede llevarla a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo.
- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aun por cosas de poca importancia; propia del supercrítico a quien todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

2.5.3.2 CONDICIONES BÁSICAS DE LA AUTOESTIMA

La autoestima se alcanza por medio de:

1. El desarrollo del sentido de pertenencia.

Basadas en familia consiste: la persona íntegra un determinado grupo social. Dependiendo que tipo de familia tengamos así vamos a desarrollar la pertenencia

2. El desarrollo del sentido de singularidad.

Cada persona es única, tiene sus propias normas de vida y sentimientos por lo que es necesario que cada uno de nosotros descubramos y apreciemos lo que valemos, de esa manera valoraremos a los otros.

3. El desarrollo del sentido del poder.

Todas las personas desean alcanzar ciertas metas en la vida, estas se alcanzan de acuerdo al potencial que hay en cada uno de nosotros y el esfuerzo invertido.

4. El desarrollo de modelos.

Quizá en ningún momento de la vida es tan importante para el niño tener puntos de referencia modelos o ejemplos a quien imitar como es la etapa de la adolescencia .Estos modelos proporcionan patrones de conducta al joven que introyecta en su vida, los cuales le ayudan a formar su propia escala de valores, objetivos e ideales necesarios en el proceso de consolidar su identidad.

2.5.3.3 CONSECUENCIAS DE UNA AUTOESTIMA NEGATIVA

Resultado una persona que no se ama así mismo; se experimentará insegura, incapaz y conflictiva. Al no sentirse satisfecha consigo misma, se inclinará siempre por el derrotismo y negativismo en todo lo que emprenda, esto significa que las potencialidades con las que nace pueden incrementarse. Si fomentamos la mediocridad, fracaso y la dependencia, tendremos adultos con sentimientos de inferioridad, baja resistencia a la frustración, incapaces y poco exitosos. (La auto-estimación comprende dos procesos socio-psicológicos distintos: la autovaloración y autoevaluación)

2.5.3.4 REPERCUSIÓN DE LOS DESEQUILIBRIOS DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES

Los desequilibrios de autoestima pueden presentarse de formas como las siguientes:

Trastornos psicológicos:

- Ideas de suicidio
- Falta de apetito
- Pesadumbre
- Poco placer en las actividades
- Se pierde la visión de un futuro
- Estado de ánimo triste, ansioso o vacío persistente
- Desesperanza y pesimismo
- Culpa, inutilidad y desamparo como sentimientos
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones
- Trastornos en el sueño
- Inquietud, irritabilidad
- Dolores de cabeza

- Trastornos digestivos y náuseas

Trastornos afectivos:

- Dificultad para tomar decisiones
- Enfoque vital derrotista
- Miedo
- Ansiedad
- Irritabilidad

Trastornos intelectuales:

- Mala captación de estímulos
- Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
- Dificultad de comunicación
- Auto devaluación
- Incapacidad de enfrentamiento
- Ideas o recuerdos repetitivos molestos

Trastornos de conducta:

- Descuido de las obligaciones y el aseo personal
- Mal rendimiento en las labores
- Tendencia a utilizar sustancias nocivas

Trastornos somáticos:

- Insomnio
- Dormir inquieto
- Anorexia
- Bulimia
- Vómitos

- Tensión en músculos de la nuca
- Enfermedades del estómago
- Alteraciones en la frecuencia de ritmo cardíaca
- Mareos
- Náuseas

2.5.4 DEPRESIÓN

Del latín *depressio*, que significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento” es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. (Van Voorhies, 2007)

2.5.4.1 ETIOLOGÍA

La depresión es un trastorno complejo, en el que varios factores pueden contribuir a la enfermedad. Experimentar muchos factores estresantes a la vez (por ejemplo, problemas financieros, muerte o enfermedad de un ser querido, la propia enfermedad, en movimiento o la pérdida del empleo), ciertos medicamentos y cambios en la vida, incluso positivos, (casarse, tener un bebé o comenzar una nueva escuela) pueden desencadenar una depresión. Existe alguna evidencia de que puede haber un componente genético implicado, sin embargo, que por sí sola no causa la depresión. Con frecuencia, es una combinación de cuestiones genéticas y ambientales que inician la depresión. (Stanley W. 1986)

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología. (Stanley W. 1986)

2.5.4.2 Tipos de Depresión

-*Trastorno depresivo mayor* : Se caracteriza por una incapacidad para funcionar en su vida diaria, los pacientes suelen tener muchos síntomas. Esto puede durar semanas o meses. Aproximadamente 5% de la población está tratando con la depresión en un momento dado. Las mujeres son dos veces más propensas a sufrir de depresión que los hombres, aunque los hombres son menos propensos a buscar ayuda. Se puede presentar como una depresión aislada derivada de un acontecimiento importante, como una muerte, o puede haber muchos más de vida útil de las recurrencias de la víctima. (Stanley W. 1986)

-*La distimia* : Por lo general, menos severa, la distimia tiende a ser una forma más crónica de la depresión que dura por más tiempo. Los pacientes suelen tener síntomas similares, aunque menos intensas. Los pacientes también pueden tener una depresión mayor, al mismo tiempo, lo que se conoce como depresión doble. (Stanley W. 1986)

-*Trastorno Afectivo Estacional* : Se trata de una depresión que se produce en la misma época cada año. Por lo general comienza en el otoño o a principios del invierno, y termina en la primavera. La prevalencia aumenta en los cambios estacionales se hacen más extremos, lo que los teóricos de la hipótesis de que la

cantidad de exposición al sol pueden contribuir a la enfermedad. Fatiga extrema, falta de energía y fatiga suelen experimentado. (Stanley W. 1986)

2.5.4.3 Síntomas

Los síntomas pueden incluir, pero no se limitan a:

- Dificultad para dormir
 - Cambio en el comer
 - Dormir más de lo normal
 - Pérdida de interés en el sexo
 - Pérdida de interés en pasatiempos o actividades que antes disfrutaba
- La persistencia de sentirse desanimado o triste
 - Soledad
 - Cambios en el peso de ganancia o pérdida
 - Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad
 - Dificultad para concentrarse o que se centren
 - La incapacidad o dificultad para tomar decisiones
 - Dolores físicos tales como, el cuello / espalda dolor de cabeza, problemas digestivos

Un diagnóstico de la depresión se suele hacer cuando alguien tiene un estado de ánimo depresivo, además de muchos de los síntomas mencionados anteriormente. (Aristides A., 2006)

2.5.4.4 Tratamiento

Hay muchas formas de psicoterapia, o terapia de "hablar", por ahí que dependen de la teoría de la psicología el profesional utiliza. Encontrar alguien con quien hablar puede ser útil al tratar con sentimientos difíciles o dolorosos. También es útil en el cambio de los patrones de pensamiento negativos que son comunes en la depresión.

La medicación también puede ser una opción que se tiene en cuenta con su médico. Muchos tipos de antidepresivos están en el mercado, lo que puede tardar un poco de tiempo antes de encontrar uno que funcione para usted. Es importante tomar los medicamentos exactamente según lo prescrito, y asegúrese de discutir cualquier cosa que usted está tomando con su médico. El medicamento puede tardar varias semanas para ser efectivos, por lo que un poco de tiempo para trabajar. Incluso si usted se siente mejor, no deje de tomar repentinamente el medicamento, ya que algunos requieren la dosis a ser cónica hacia abajo. (Arístides A., 2006)

2.6 Enfermería

La enfermería es una combinación de conocimientos intelectuales, actitudes y habilidades mentales basados en principios de la medicina científica y adquiridos por medio de cursos regulares en una escuela de enfermería afiliada a un hospital, reconocidos por el estado y practicados al mismo tiempo que la medicina curativa y preventiva por un individuo facultado por el Estado para hacerlo. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. (Am. J. Nursing, 1937)

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones,

conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. (Am. J. Nursing, 1937)

2.6.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfermería Es un arte y una ciencia que incluye actividades, conceptos y habilidades. La enfermería es el encuentro con el paciente y su familia, durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña y contribuye la conservación de un buen estado de salud, y proporciona el cuidado durante la enfermedad hasta que el paciente sea capaz de asumir la responsabilidad de sus propias necesidades básicas como ser humano, por otra parte, cuando se requiere se, brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

2.6.2 DEFINICIÓN ENFERMERA OBSTÉTRICA

Es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de obstetricia, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en obstetricia y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la obstetricia. Definición que ha sido adoptada por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

2.6.3 TEORÍAS Y MODELOS SOBRE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En la presente investigación no solo se pretende hablar sobre el concepto de información si no más a fondo investigar sobre la forma en que la enfermera sirve como transmisor para que ésta realice bien su trabajo y ayude a la prevención de enfermedades.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. (J.K., 1995)

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". (J.K., 1995)

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. (J.K., 1995)

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. (J.K., 1995)

*Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
11. Ejercer culto a Dios , acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado

13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

2.6.4 CUIDADOS PSICOLÓGICOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES JOVENES DIAGNOSTICADAS CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

Si la paciente tiene Esterilidad, sobre peso, baja autoestima debido a la mala imagen; el personal de enfermería debe ser considerado de los efectos que se tiene en la paciente. Nuestra labor puede disminuir el impacto emocional del problema, ya que es muy común y probable que la paciente tenga depresión, al igual debemos comprender algunos de los sentimientos que afrontan estas pacientes como:

-Creencias culturales, en el sentido de que hay que tener hijos y que no tenerlos es una lástima.

-Sentir que la persona estéril carece de valor o está recibiendo un castigo por su mala conducta.

-Ansiedad y desesperación por tener que realizar cambio en el estilo de vida, debido al sobrepeso de la paciente. Así como la paciente que tiene peso ideal, mantenerlo.

-Profundos efectos negativos sobre la autoestima, imagen propia debido al acné, el hirsutismo, etc.; la sexualidad y las relaciones sexuales.

-Estrés por la cantidad de procedimientos necesarios para la investigación, necesidad de efectuar las relaciones sexuales por programación; ciclo repetido de la esperanza seguida de desilusión.

CAPÍTULO III
ALCANCE Y DISEÑO DE LA
INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III. ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir la relación de la autoestima con los cambios físicos de las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar al Síndrome de Ovario Poliquístico.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS

4.1 Descripción de la hipótesis

A mayores cambios físicos en el organismo menor autoestima en las pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico.

4.2 Definición de las variables

Variable Dependiente	Variable Independiente
Autoestima	Cambios físicos

4.3 Construcción de los instrumentos de operación

1. ¿Conoce usted los cambios físicos en el organismo de mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico?

Si

No

Algunas

2. ¿Se siente satisfecha consigo misma?

Si

No

A veces

3. ¿Se siente atacada continuamente por comentarios de otras personas, ya sea compañeras, amigos, familiares, etc.?

Si

No

A veces

4. ¿Se considera usted una persona muy autoexigente?

Si

No

A veces

5. ¿Tiene visiones en su vida hacia un futuro?

Si

No

A veces

6. ¿Qué tan común es que no tenga gozo de vivir y/o desinterés de la vida misma?

Siempre

Nunca

A veces

7. ¿Se considera usted una persona irritable?

Si

No

A veces

8. ¿Qué tanta importancia da cuando alguna persona hace algún mal comentario de usted?

Mucha

Nada

Poca

9. ¿Qué atención o importancia le da a todas sus actividades diarias?

Mucha

Poca

Nada

10. ¿Qué puntuación daría si tuviese que valorarse a sí misma?

10-8

7-4

3-1

11. ¿Tiene dificultades al tomar decisiones sobre cualquier cosa importante?

Siempre

A veces

Nunca

12. ¿Qué tan a menudo tiene ideas o recuerdos que la hacen sentir molesta e irritable?

Siempre

A veces

Nunca

13. ¿Cree que tiene dificultades para perdonarse a sí mismo por errores que comete?

Siempre

Nunca

A veces

14. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

Siempre

Nunca

A veces

15. ¿Siente miedo sin tener algún motivo?

Siempre

A veces

Nunca

CAPÍTULO V
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y
TAMAÑO DE LA MUESTRA

CAPITULO V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis ¿Cómo se relaciona la autoestima con los cambios físicos que sufren las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud con Síndrome de Ovario Poliquístico? es falso o verdadero.

Para fines de esta investigación se tomó como población a las Alumnas de la Escuela del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 7 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a las alumnas con de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud con problemas de Síndrome de Ovario Poliquístico.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos

principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

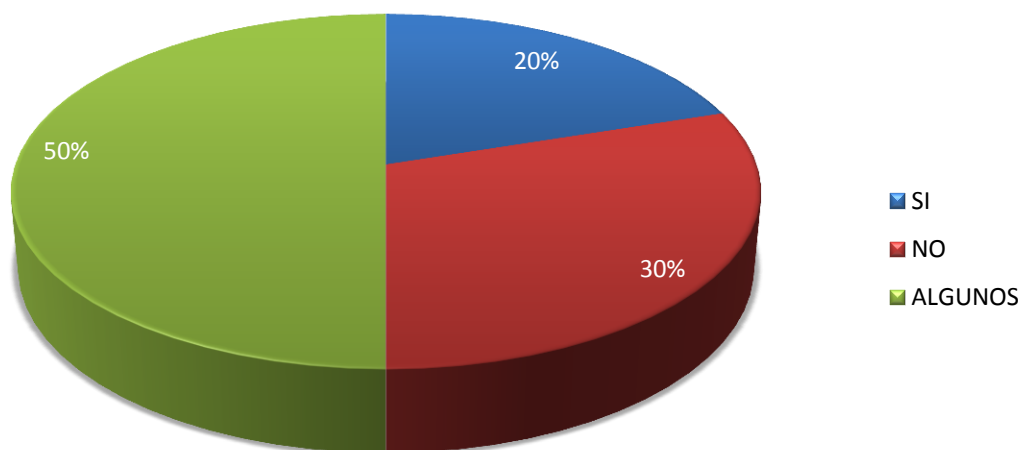
Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPÍTULO VI
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE
DATOS

CAPÍTULO VI. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1.- ¿Conoce usted los cambios físicos en el organismo de mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico?

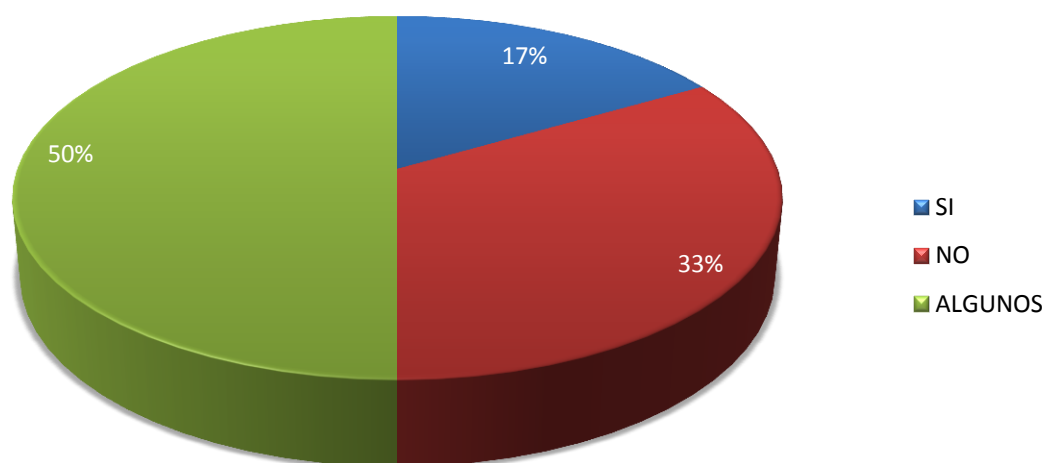
GRÁFICA 1



En esta gráfica se muestra que el 50% de las alumnas conocen solo algunos de los cambios físicos que provoca el Síndrome de Ovario Poliquístico, mientras el 30% no conoce ninguno y el 20% dice que conoce todos.

2.- ¿Se siente satisfecha consigo misma?

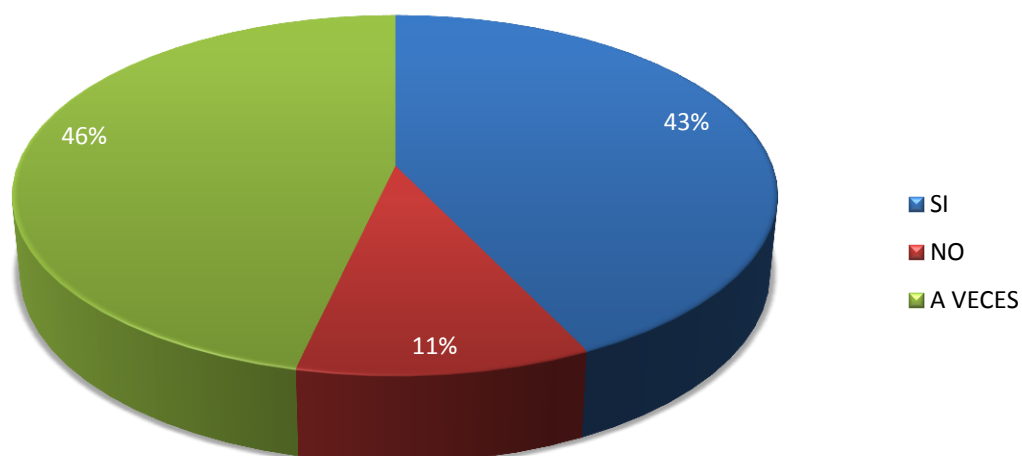
GRAFICA 2



En esta pregunta un 17% siempre está satisfecha consigo misma, mientras un 33% nunca y un 50% algunas veces.

3.- ¿Se siente atacada continuamente por comentarios de otras personas, ya sea compañeras, amigos, familiares, etc.?

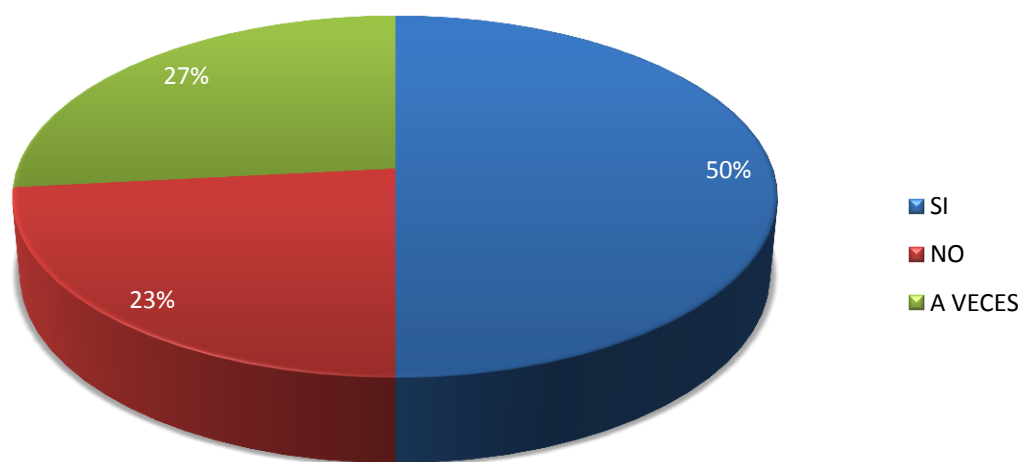
GRAFICA 3



La mayoría de las pacientes en un 46% se siente algunas veces atacada por comentarios de otras personas, mientras que un 43% nunca se ofende y un 11% nunca.

4.- ¿Se considera usted una persona muy autoexigente?

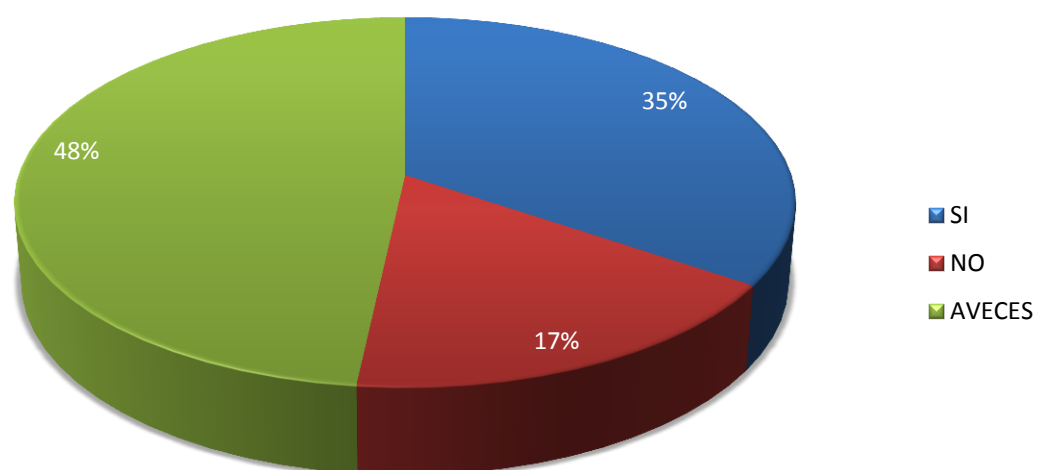
GRAFICA 4



Un 27% de las alumnas a veces es muy autoexigente consigo, un 23% nunca y un 50% siempre.

5.- ¿Tiene visiones en su vida hacia un futuro?

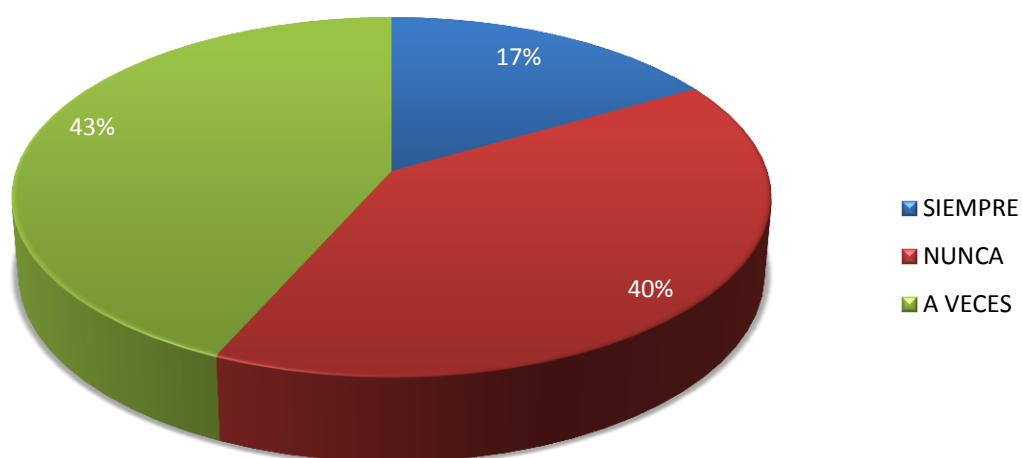
GRAFICA 5



En esta pregunta de un futuro el 48% de las alumnas en algunas ocasiones se ven en un futuro, con sueños, mientras que un 17% nunca piensa en un futuro ni en que quieren para ellas, y un 35% siempre piensan en su futuro.

6.- ¿Qué tan común es que no tenga gozo de vivir y/o desinterés de la vida misma?

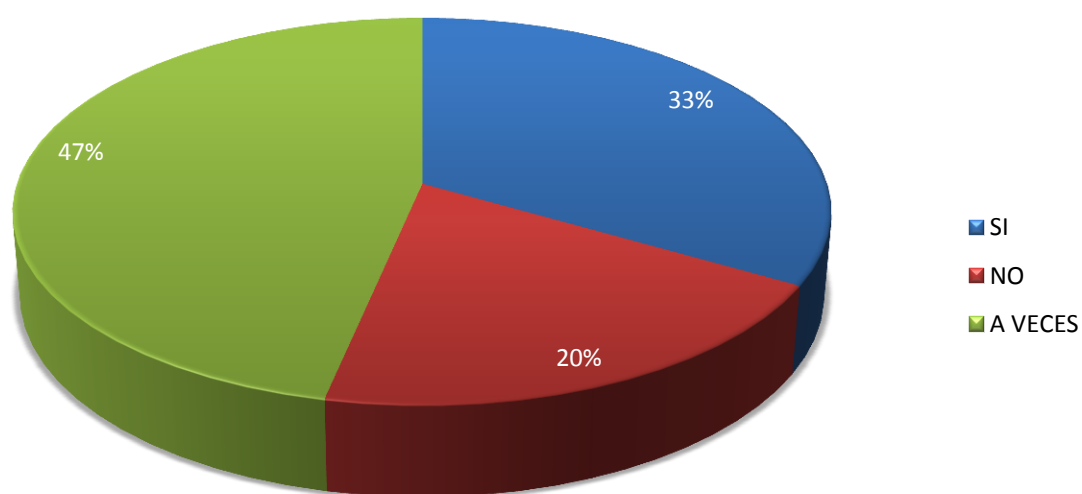
GRAFICA 6



Un 40% nunca tiene desinterés de la vida, sin embargo un 43% algunas veces creen no tener gozo de vivir y un 17% siempre lo piensan.

7.- ¿Se considera usted una persona irritable?

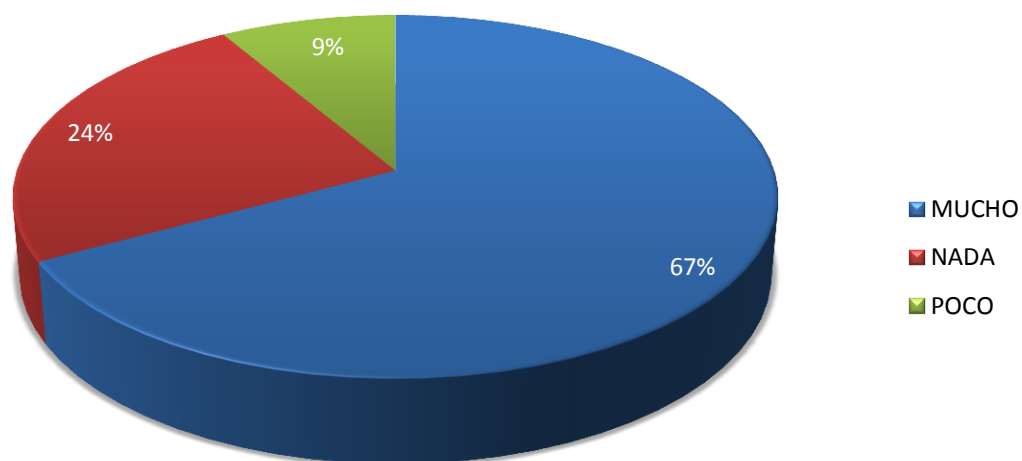
GRAFICA 7



En esta gráfica se muestra un 33% de las alumnas siempre se consideran irritables, un 20% nunca y un 47% en algunas ocasiones se sienten irritables consigo y demás personas.

8.- ¿Qué tanta importancia da cuando alguna persona hace algún mal comentario de usted?

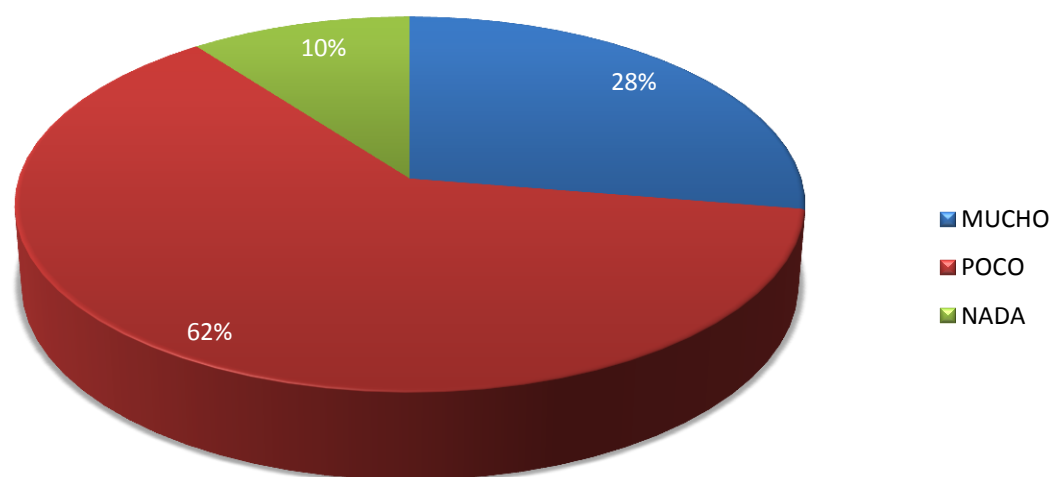
GRAFICA 8



Cuando una persona hace algún mal comentario sobre ella y su aspecto físico a un 24% nunca le interesa su opinión, a un 9% siempre y mientras tanto a un 67% algunas veces si les afecta.

9.- ¿Qué atención o importancia le da a todas sus actividades diarias?

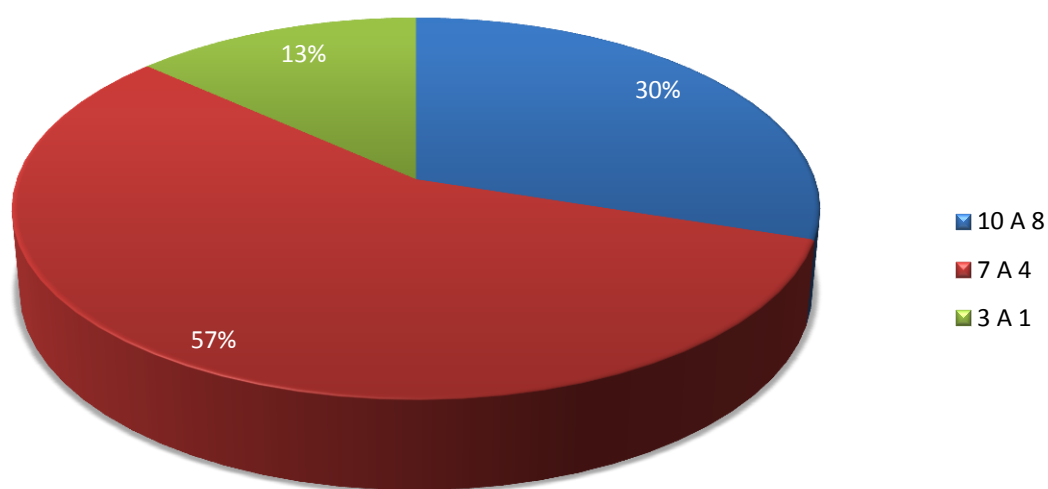
GRAFICA 9



A un 10% no le da importancia a nada de sus actividades diarias, el 28% le da mucha importancia a su desempeño mientras que el 62% le da poca atención e importancia.

10.- ¿Qué puntuación daría si tuviese que valorarse a sí misma?

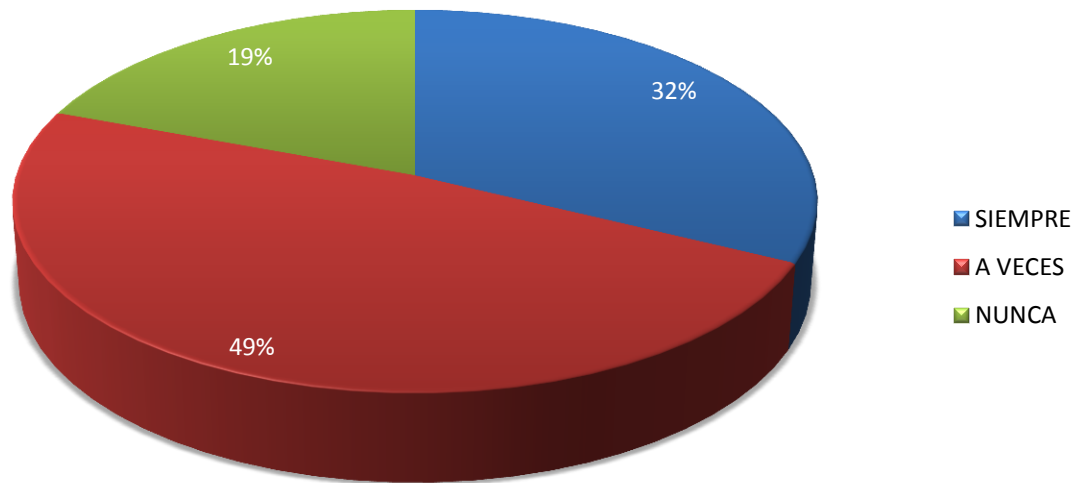
GRAFICA 10



La mayoría de las alumnas tiene un porcentaje de 57% en la puntuación 7-4, de 3-1 un 13% el cual no se valoran mucho y un 30% el cual muestra que se valora tal y como son.

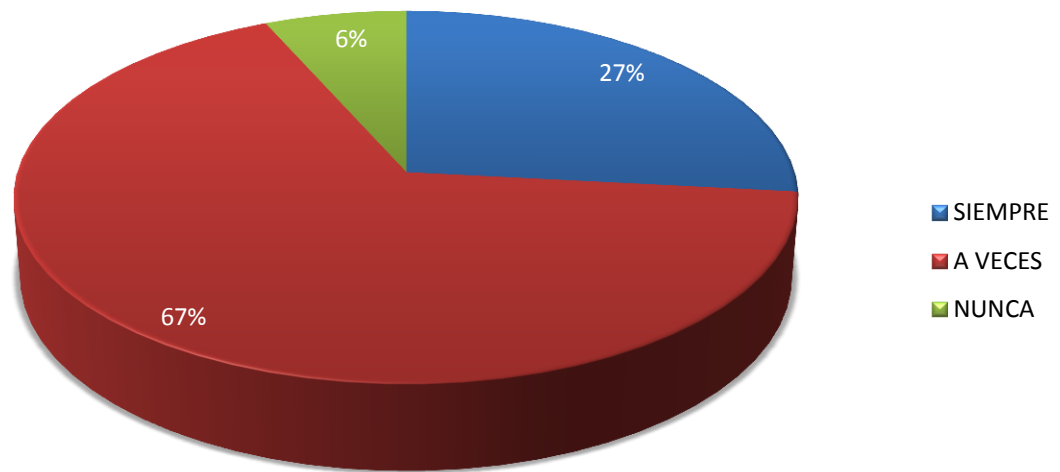
11.- ¿Tiene dificultades al tomar decisiones sobre cualquier cosa importante?

GRAFICA 11



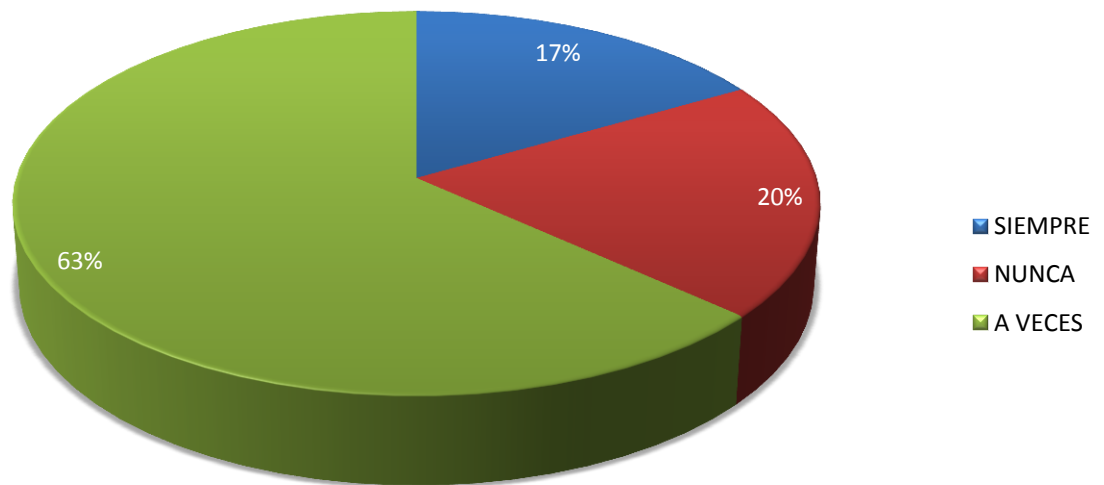
12.- ¿Qué tan a menudo tiene ideas o recuerdos que la hacen sentir molesta e irritable?

GRAFICA 12



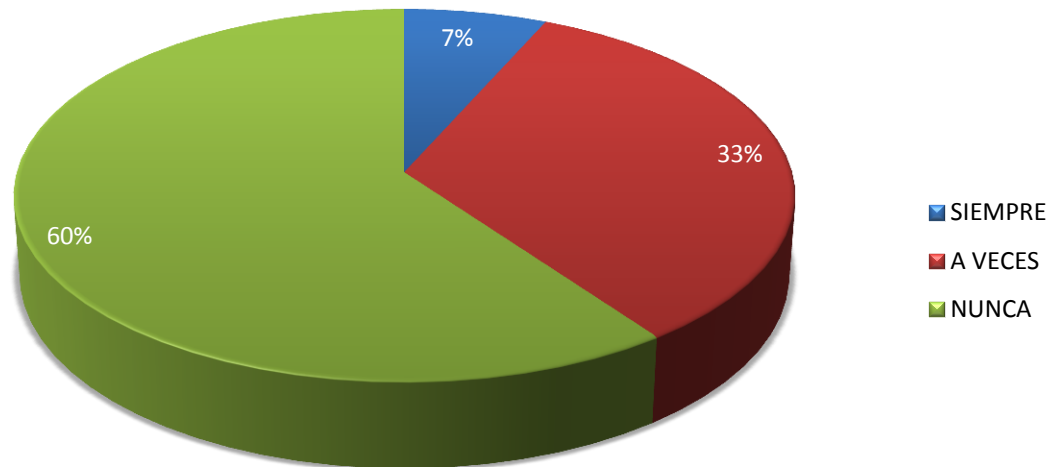
13.- ¿Cree que tiene dificultades para perdonarse a sí mismo por errores que comete?

GRÁFICA 13



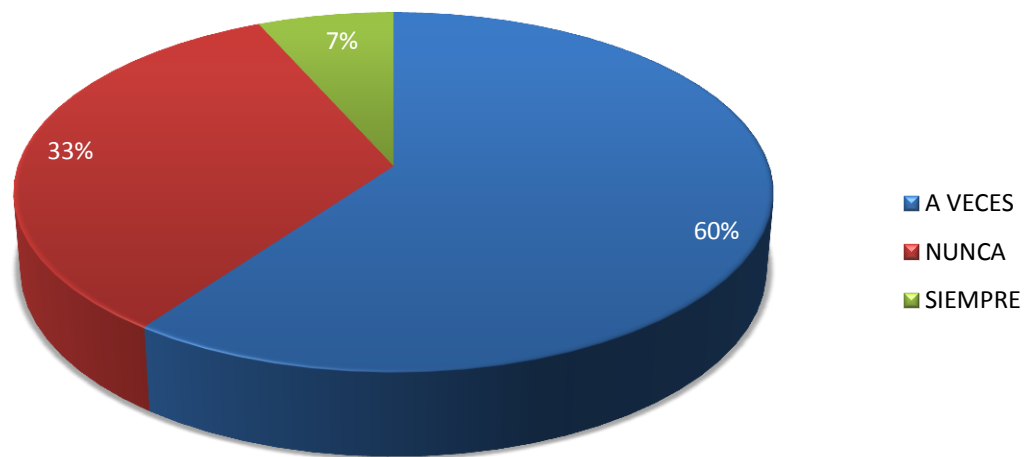
14.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

GRAFICA 14



15.- ¿Siente miedo sin tener algún motivo?

GRAFICA 15



La mayoría de las alumnas a veces sienten temores o miedos sin tener razón alguna en un 60%, mientras un 33% nunca sienten miedo y un 7% siempre les da temor

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

Bueno con esta investigación llegue a la conclusión que la mayoría de las alumnas, hay momentos en los que les afecta demasiado todo lo que este a su alrededor y afecte en su persona, respecto a su aspecto físico, el mayor tiempo n ose sienten satisfechas con ellas mismas, ni con su persona ni mucho menos físicamente.

Si tiene relación los cambios físicos que sufre la paciente en el trascurso de esta enfermedad, ya que no se sienten a gusto consigo mismas, no le ponen empeño a su vida diaria, les afectan comentarios, no se tiene visiones en el futuro, lo cual es seña de que se tiene un desequilibrio psicológico, debido a estos cambios físicos; ya que debido al padecimiento deben tener un estilo de vida diferente al que se tenía, y muchas veces nada de lo que hace o quiere hacer le satisface, porque no se valora así misma.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO (June 2004). «The Prevalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population». *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* **89** (6): pp. 2745–9
- ✓ cienciasdelasalud.blogspot.com/...ciencias-de-la-salud-ciencia-del-latin
- ✓ "La depresión". Instituto Nacional de Salud Mental. 9 de septiembre de 2006. Consultado el 13 de septiembre de 2007.
- ✓ Van Voorhies, Benjamin W. MD, PhD. "Depresión". EE.UU. Biblioteca Nacional de Medicina. Actualizado el 17 de mayo de 2007.
- ✓ <http://pcos.about.com/od/whatispcos/a/depressionover.htm>
- ✓ Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editora.
- ✓ Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.

✓ Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros (1980), *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpos.

✓ Polycystic Ovary Syndrome, edited by Andrea Dunaif, R. Jeffrey Chang, Stephen Franks, Richards S. Legro. Humana Press