



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**



**Proceso Atención Enfermería
Basado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson,
Aplicado a una Persona Adolescente**

**QUÉ PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:
GUADALUPE HERNÁNDEZ CHÁVEZ
NO. CUENTA 07666452-4**

**DIRECTOR ACADÉMICO:
MTRA. AURORA JAQUELINE TORIBIO HERNÁNDEZ**

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE. DE 2014



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.

Agradezco a mi familia por el apoyo durante esta etapa de crecimiento profesional.

Agradezco a mi asesora por su esmero y dedicación en mí formación profesional

Agradezco a la persona adolescente que me permitió aplicar este Proceso Atención de Enfermería por su confianza, tiempo y disposición para las intervenciones y acciones que le llevaran a mejorar su calidad de vida.

Índice

Introducción.....	03
Objetivo.....	04
Metodología.....	05
Capítulo I. Marco Teórico	
1.1 Historia de la Enfermería.....	07
1.2 Proceso Atención de Enfermería.....	11
1.2.1 Razonamiento o pensamiento crítico.....	12
1.2.2 Características del pensamiento crítico en enfermería.....	12
1.2.3 Concepto del Proceso Atención de Enfermería.....	13
1.2.4 Historia del Proceso Atención de Enfermería.....	13
1.2.5 Características del Proceso Atención de Enfermería.....	14
1.2.6 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	16
1.2.6.1 Valoración.....	16
1.2.6.2 Diagnóstico.....	22
1.2.6.3 Planificación.....	24
1.2.6.4 Ejecución.....	24
1.2.6.5 Evaluación.....	24
1.3 Teoría de la Enfermería.....	24
1.3.1 Modelo de Enfermería.....	25
1.3.2 Antecedentes de la Teoría de Enfermería.....	25
1.4 Biografía de Virginia A. Henderson.....	28
1.5 Modelo de Virginia Henderson.....	29
1.6 Etapa del Desarrollo del Adolescente.....	36

1.6.1 Características de la Etapa de Crecimiento y Desarrollo del Adolescente.....	37
1.6.2 Cambios cognitivos.....	40
1.6.3 Cambios Psicosociales.....	42
1.6.4 Riesgos de Salud.....	44

Capítulo II. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

2.1 Valoración.....	54
2.2 Organización de Datos.....	80
2.3 Diagnósticos.....	85
2.4 Planeación, Ejecución y Evaluación.....	88
Conclusiones	103
Sugerencias	105
Glosario	106
Bibliografía	107
Anexos	
1.- Instrumento de valoración.....	110
2.- Diario de comida semanal.....	124
3.- Test de Autoestima en Adolescentes.....	130
4.- Test de Depresión.....	133
5.- Escala de placidez Espiritual de Jarel.....	135
6.- Duelo.....	136

Introducción

El reconocimiento que ha obtenido, la enfermería, como una disciplina, se ha ido conformando con un pasado, una historia, conocimientos propios, métodos específicos que han participado en el desarrollo y aplicación de teorías que sustentan el hacer y quehacer enfermero: el cuidado.

La finalidad de realizar un Proceso Atención de Enfermería, es establecer una guía para poder satisfacer las necesidades de la persona de manera individualizada, identificando las necesidades reales o potenciales a nivel personal de familia y/o comunidad, estableciendo un plan de cuidados, por medio de intervenciones o acciones que lleven a la resolución de problemas.

Se utilizo el modelo conceptual de Virginia Henderson porque es un marco teórico conocido por el ámbito enfermero, ha sido adaptado para la práctica enfermera por permitir su fácil comprensión en su aplicación al evaluar catorce necesidades que se pueden aplicar de manera individual, familiar y /o comunidad, concordando con la realidad de la sociedad.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) se aplico en una adolescente aparentemente sana, pero al implementarse un instrumento de valoración de cada una de las necesidades que expone el modelo conceptual de Virginia Henderson, se observaron diversas necesidades alteradas, de acuerdo a los pasos del PAE, se realizó, la organización de los datos, posteriormente se priorizaron los diagnósticos de enfermería, se planificaron las intervenciones y se llevaron a cabo la ejecución de las mismas, lográndose una evaluación de los objetivos planteados.

Se justifica la elaboración de este PAE, porque es la parte culminante de la formación profesional para la Licenciatura en Enfermería, que permite la

aplicación de los conocimientos adquiridos durante la Nivelación de Estudios Profesionales

Objetivos

General

Realizar un Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, que permita utilizar cada uno de los componentes del mismo, en una persona adolescente aparentemente sana, con sus necesidades alteradas, durante tres meses de seguimiento.

- Específicos:

Realizar la valoración por medio de la recolección y el registro de datos relevantes acerca de la salud de una persona.

Identificar los problemas reales o posibles de forma sistémica que causan malestar en el momento.

Determinar las intervenciones que se pueden realizar para la resolución de problemas reales o posibles.

Aplicar o ejecutar las intervenciones planificadas para el logro de objetivos.

Evaluar la eficacia de las intervenciones en los logros alcanzados.

Alcanzar un nivel académico que permita proporcionar una atención de enfermería con conocimientos científicos.

Metodología

Este Proceso Atención de Enfermería, es el método utilizado para la aplicación de cuidados profesionales, que como enfermera, se prestan a una adolescente aparentemente sana, con necesidades alteradas, mediante un plan de cuidados, con el que se pretende obtener un resultado, el cual debe aplicarse de manera lógica, coherente y enfocada hacia la búsqueda de resultados en salud.

Este Proceso Atención de Enfermería, se encuentra basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, en el cual se valoran catorce necesidades de salud, por medio de un instrumento que determina la independencia o dependencia de cada necesidad.

Se buscó información sobre la etapa del desarrollo de la adolescencia, para la recopilación de información bibliográfica, se consultaron libros de diferentes autores y páginas de internet.

Al aplicar el instrumento de valoración de las catorce necesidades, se inicia la implementación del Proceso Atención de Enfermería (PAE), que consiste en valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, en donde la relación enfermera – paciente se establece, para dar el seguimiento de tres meses para su aplicación.

Este Proceso Atención de Enfermería, se inicia en el mes de marzo, para la valoración se utilizó un instrumento de valoración para las catorce necesidades, la entrevista como fuente directa es la persona adolescente femenina de 16 años, como fuente secundaria se entrevistó a la madre.

Para una adecuada valoración física en donde se pretendió reunir hallazgos más completos y relevantes, se realizó con el criterio céfalo – caudal, que inicia en la cabeza y finaliza en las extremidades, fue necesaria la minuciosidad al utilizar las técnicas de valoración que son la inspección, palpación, percusión y auscultación;

la preparación psicológica en la valoración de algunas necesidades fue primordial porque se realizaron preguntas de índole personal o la exploración de determinadas partes del cuerpo.

Durante la entrevista se valoro tanto el lenguaje verbal como no verbal, en el cual la observación de la conducta, movimientos corporales y el habla fueron indicadores de la alteración de necesidades por abuso sexual, en especial estupro.

Posteriormente se continuo sistemáticamente con el Proceso Atención de Enfermería en donde se priorizan los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades valoradas.

Para la planeación de actividades se buscan alternativas de solución, en conjunto con la familia, establecimiento de metas a corto y mediano plazo.

Durante la ejecución de las intervenciones que son más de índole emocional, así como físico, se trabajo por semana, para valorar el avance y cumplimiento de las intervenciones a realizar, también se solicito el apoyo de la familia, redes de apoyo con una asociación especializada en abuso y violencia de género.

En la evaluación se han alcanzado algunas metas, otras hay que continuar trabajando aún cuando el seguimiento establecido de tres meses finalice, pero se han establecido estrategias de continuidad y autocuidado, que la persona ha reconocido.

CAPITULO I. Marco Teórico

1.1 Historia de Enfermería

La enfermería ha evolucionado y compartido su historia a la par de la humanidad, a través de un largo y duro camino hasta lograr el reconocimiento como una disciplina, con un pasado, una historia, unos conocimientos propios y unos métodos específicos, todo para el beneficio de la asistencia sanitaria de la sociedad.

La historia de la enfermería ha existido desde que la humanidad tuvo la necesidad de sobrevivir y cuidar al próximo, así como a la conservación de la especie humana, en todas las etapas de la historia, las madres, mujeres y esclavas, son sin lugar a duda quien ejerce ese primer cuidado, utilizando algún tipo de conocimiento intuitivo, ese cuidado está inminentemente ligado a la sociabilidad humana.¹

Los orígenes de los cuidados enfermeros desde un punto de vista histórico puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie, la Antropología comparada y la Arqueología, son los apoyos históricos a los que se tienen acceso, por los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos así como las constantes de civilización derivadas de las necesidades básicas del ser humano. Es en el periodo Neolítico, en donde se configuran el origen de las “prácticas de los cuidados” o de la actividad de cuidar.²

Encontramos que las principales responsabilidades de las mujeres eran:

¹ Hernández, Juana. *Historia de la Enfermería .Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Interamericana-MC Graw -Hill. México. 1995. 1° Ed. Pág.26.

² Idem, Pág. 53

- El mantenimiento del fuego y la preparación de los alimentos, estas dos prácticas proporcionaban bienestar y alivio.
- Eran las encargadas de proporcionar la atención en los nacimientos (parteras), a personas ancianas y las que presentaran alguna dependencia física.
- La recolección de vegetales les permitía, el amplio conocimiento en herbolaria, también inicia el desarrollo de métodos para el cuidado en base al experimento y error (conocimiento empírico que es la base para la medicina actual).³

Antes de Cristo la evidencia que se tiene solo son papiros en los que tratan acerca de los cuidados de higiene, hechizos, cuidados de heridas, técnicas de vendajes, reducción, entablillamientos y suturas, todo esto era puesto en marcha en el ámbito doméstico por las mujeres y los esclavos, los cuidados estaban ambientados en el mundo mágico- religioso, circunscritos al ámbito de lo privado y lejos de las prescripciones racionales.⁴

Cuando el Cristianismo hace su aparición en la historia, cambia el concepto del cuidado, este se hace caritativo, por un deber religioso, la principal tarea de las vírgenes, viudas, las matronas romanas, estaba dirigida a los más necesitados, no existe discriminación para la atención, por lo que se dedicaban a la educación de los niños huérfanos, este cuidado era misericordioso y se crean hospitales para ese fin, porque pensaban que al cuidar el cuerpo, cuidaban un alma abatida, el dolor y el sufrimiento eran llevados pacientemente.

De este modo, comenzó a construirse “una primitiva organización enfermera”, sin olvidar, la caridad como base fundamental de su labor.⁵

En la Edad Media los cuidados que la enfermería proporcionaba consistían en alimentar enfermos y mantenerlos limpios, ya que la asistencia sanitaria era poco frecuente, cuando los cuidados eran de índole terapéutico los cuidados consistían en baños y sangrías. En los conventos “las monjas enfermeras” tenían una gran

³ Idem, Pág. 58

⁴ Idem, Pág. 64

⁵ Ídem, Pág. 81

responsabilidad en la salud de los enfermos, dada la escasez de profesionales de medicina, tuvieron, como hasta estos tiempos, la realización de tareas que no correspondían a sus atribuciones, como recetar medicinas o practicar sangrías.⁶

A partir de los siglos XV al XVIII se realizan grandes avances en la medicina por lo que la enfermería se convierte en oficio, meramente ayudante del médico y sin reconocimiento alguno.

En el siglo XIX es cuando Florence Nightingale, considerada como la madre de la enfermería moderna, creadora del primer modelo conceptual de Enfermería. Nightingale, define a la enfermería como: “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación”.

Observa que el cuidado enfermero es distinto al cuidado médico y se esfuerza por demostrarlo, al manifestar que dicho cuidado debe ser otorgado por alguien especializado (profesional), cumpliendo un objetivo y que las intervenciones que se realicen serán para beneficio de la persona.

Sus conocimientos en matemáticas, idiomas, religión y filosofía influyeron en el desarrollo de su teoría de enfermería, permitiéndole visualizar que el ejercicio de su profesión tenía que ser a través de la preparación de enfermeras competentes y autónomas, por lo que la fundación de una escuela de enfermería con un programa de duración de 3 años, lograría el objetivo de preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras y enfermeras capacitadas para preparar a otras, las enfermeras egresadas fueron líderes de la Enfermería que, fueron enviadas a países extranjeros, disminuyendo la degradación que, en épocas anteriores, había sufrido la Enfermería en los países protestantes.⁷

Siguiendo el ejemplo de esta pionera, surgen mujeres y hombres que se han destacaron en enfermería y que han sido participes de su evolución, creando nuevas investigaciones en la práctica basada en la teoría, siendo beneficiosa para

⁶ Idem, Pág.87- 92

⁷ Idem, Pág.135

los pacientes porque se proporciona un método sistemático y erudito respecto a sus cuidados y se reconoce su contribución a la asistencia sanitaria de la sociedad.⁸

Este crecimiento académico, se observa al existir la oportunidad de ir nivelando los conocimientos técnicos al de nivel Licenciatura continuando con la realización de Posgrado, Maestrías, Doctorados y la Investigación basada en la práctica enfermera.

El liderazgo en enfermería: debe ser visionario, exclusivo, flexible, de asociación y consecución, este se logra a través de la educación y actualmente es factible adquirirla aún en línea, esta modalidad permite la comunicación y conocimiento del status con otros países en la globalización actual de la profesión.

En el ejercicio de la enfermería como profesión, es necesario señalar dos aspectos: uno se le ha devuelto la autonomía o la toma de decisiones y que apunta hacia responsabilidad de la enfermera, y otro que son las acciones autónomas que lleva a cabo la enfermera, pero decididas por el médico en forma de indicaciones médicas.⁹

Siendo de esta manera, actualmente, existe la legislación de enfermeras y enfermeros en donde se describen las competencias profesionales y la descripción del ejercicio de la profesión y las responsabilidades éticas, morales y legales que se tienen que observar para dicho ejercicio profesional.

En México existen en la Constitución Mexicana los artículos que señalan:

Artículo 4° Garantiza el derecho a la protección de la salud

Artículo 5° Garantiza el derecho al ejercicio libre de cualquier profesión lícita.¹⁰

⁸ Marriner, A. Raile, M. *Modelos y Teorías en enfermería*. Elsevier Mosby. Madrid. 2007. 6° Ed. Pág. 11

⁹ Riopelle, Lise. Grondin, Louise. *Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Interamericana-McGraw-Hill. México. 1993. 1° Ed. Pág. 1-2.

¹⁰ Constitución Política De los Estados Unidos Mexicanos, pág. 13 - 14

En la Ley General de profesiones, se mencionan los requisitos, registro y sanciones que serán necesarios para los profesionistas, que deseen ejercer libremente una profesión lícita:

Artículo 64 Los delitos que comentan los profesionistas en el ejercicio de la profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal.

Artículo 70 Los registros de títulos y diplomas de especialización serán cancelados por la autoridad competente, de manera definitiva, por orden de autoridad jurisdiccional a través de una sentencia que inhabilite permanentemente a un profesionista para ejercer su profesión o especialidad.¹¹

Dentro de las obligaciones de los profesionales de salud se contemplan los indicadores internaciones de seguridad y evitación de riesgos.

Para los registros de enfermería la normatividad se encuentra en la Norma Oficial Mexicana. NOM. 168. SSA 1 1998. Expediente clínico. Apartado 9. De los reportes del profesional, técnico y auxiliar. 9.1 Hoja de enfermería.¹²

1.2 Proceso Atención Enfermería (PAE).

El Proceso Atención de Enfermería (PAE), es el método que utiliza la disciplina de enfermería, para proporcionar un cuidado basado en principios científicos, para esto se apoya en teorías, marcos de referencia, modelos conceptuales, que sirven de guía en cada paso del proceso.

Con la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, le da a la enfermería la categoría de ciencia, de modo que se pueda ofrecer,

¹¹ Ley General de Profesiones. CAPVII Infracciones, Delitos, Sanciones Y Recursos. Apartado I Infracciones Y Delitos. [www. Conapptel.org.mx](http://www.Conapptel.org.mx). Consultado el 15 de mayo 2013.

¹² Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA 1-1998, Del Expediente Clínico. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html. Consultado el 15 de mayo 2013.

desde una perspectiva enfermera, los cuidados sistematizados, lógicos y racionales, que son aplicados a la persona, familia y comunidad.¹³

En la actualidad en la profesión de enfermería, es imprescindible regirse por la reflexión y no por las tareas que se desempeñan en el cuidado enfermero por lo que es necesario el manejo de los planes de cuidados estandarizados y computarizados, de ello depende el dominio de los principios que rigen el proceso enfermero, con los cual se logran los objetivos (resultados) finales para, prevenir enfermedades y promover, mantener o restaurar la salud, proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo a las necesidades personales, potenciar la sensación de bienestar y capacitar al autocuidado de acuerdo a la actuación personal.

1.2.1 Razonamiento o pensamiento crítico

El razonamiento o pensamiento crítico en enfermería es el proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y el de los demás. Está enfocado hacia el logro de metas y se encuentra inmerso en el proceso enfermero porque implica la identificación y desafío de las suposiciones, la exploración de alternativas, la aplicación de la razón y la lógica para la toma de decisiones que es indispensable en la adaptación de cada una de las etapas del proceso enfermero.¹⁴

Son componentes indispensables del pensamiento crítico: los conocimientos, la experiencia práctica, el empleo del método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas.¹⁵

1.2.2 Características del pensamiento crítico en enfermería

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo.
- Orienta al paciente, la familia y a las necesidades de la comunidad.
- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico.

¹³ Rosales Susana, Gómez Eva .*Fundamentos de Enfermería*. El Manual Moderno. México. 2004. 3ª Ed. Pág 7

¹⁴ Potter,Patricia. Griffin Perry,Anne. *Fundamentos de Enfermería Vol. 1*. Harcout/Océano. Pág 285, 298

¹⁵ *Ibidem*, Pág 288

- Constantemente está reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar.
- Requiere conocimientos, habilidades y experiencia.
- Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano (usando los recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos.¹⁶

1.2.3 Concepto del Proceso Atención de Enfermería

Alfaro-Lefevre (2003), define al Proceso de Enfermería (PE), como un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas, centrados en el logro de objetivos (resultados) a las alteraciones de salud reales o potenciales y que sean eficaces, consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.¹⁷

1.2.4 Historia del Proceso Atención de Enfermería

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de:

1955 Lidia Hall describe a la enfermería como un proceso de tres etapas valoración, planeación y ejecución, otras enfermeras que compartieron este concepto fueron: Jhonson 1959;

1961 Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas, Wiedenbach 1963,

1966 Lois Knoweles, incorporó el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar, con un enfoque científico, explicando la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión.

¹⁶ Alfaro-Lefevre, Rosalinda. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Elsevier Masson. España. 2003. 5ª Ed. Pág. 36

¹⁷ Idem, Pág. 4

1967 Yura y Walsh definen en forma integral del proceso con cuatro fases: valoración, planeación ejecución y evaluación, dando gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica enfermera.

1970 Se visualiza a la profesión de enfermería como una disciplina científica, con base teórica y centrada en el cuidado del paciente.

1973 Se legitiman los pasos del proceso, cuando la Asociación Americana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería.

1974 Blodi, 1975 Roy, 1976 Aspinall, añaden la etapa del diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases; con esto se destaca la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta del proceso

En la práctica enfermera se desempeñan tres tipos de funciones:

- a) Las independientes en las que se encuentran inmersos los pasos del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación)
- b) Las funciones interdependientes se incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud.
- c) Las funciones dependientes en las que se realiza el cumplimiento de las órdenes del médico para la administración de medicamentos o tratamientos.¹⁸

1.2.5 Características del Proceso Atención de Enfermería

- ♦ Es un método que permite a la enfermera organizar su trabajo para la solución de problemas relacionados con la salud de las personas que requieren su atención y posibilita la continuidad del cuidado.
- ♦ Es sistemático porque sigue un orden lógico para el logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación).
- ♦ Es humanista por considerar al ser humano como un todo y no poderlo fraccionar.

¹⁸ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág 2- 3

- ♦ Es intencionado o con propósito porque se centra en el logro de objetivos, guiando las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; valora los recursos y/o capacidades del desempeño de la persona (interés por el autocuidado) y de la propia enfermera.
- ♦ Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la respuesta propia del hombre.
- ♦ Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- ♦ Es interactivo por requerir de la interrelación humano - humano con la persona para acordar y lograr objetivos comunes.¹⁹

Un aspecto importante en el proceso enfermero es la ética profesional, siendo una obligación el aseguramiento de que las decisiones y acciones sean realizadas en beneficio de las personas.

Durante el proceso enfermero se deben respetar los siguientes principios éticos:

- ❖ Autonomía: Las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones basándose en a) sus propios valores y creencias; b) una información adecuada y libre de coacciones, y c) un sólido razonamiento que considere todas las alternativas, en la actualidad se exigen los consentimientos informados para diversos procedimientos de atención extra e intrahospitalarios.
- ❖ Beneficencia: Hacer el mayor bien posible y evitar el daño.
- ❖ Justicia: Tratar a las personas con igualdad y equidad.
- ❖ Fidelidad: Mantener las promesas y no hacer promesas que no se puedan cumplir.
- ❖ Veracidad (decir la verdad). Ser honrada con los enfermos, familias y colegas.
- ❖ Confidencialidad: Respetar la privacidad de la información.
- ❖ Responsabilidad: Ser responsable de las consecuencias de sus acciones.²⁰

¹⁹ Op. Cit. Alfaro-Lefevre, Pág. 4

1.2.6 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso enfermero es una variación del razonamiento científico que permite la organización, sistematización y conceptualización de la práctica enfermera, es necesario que se posean conocimientos de las diferentes ciencias en las que la persona, familia o comunidad presenten alguna alteración, para dar un enfoque que diferencie los tratamientos médicos y de otros profesionales de la salud, para prestar cuidados sin riesgo, holísticamente y de manera individualizada.

1.2.6.1 Valoración

La valoración, es la primera etapa del Proceso de Enfermería, es la base de todos los siguientes pasos del proceso, en la valoración enfermera se realiza la recolección, selección y organización de los datos sobre el estado de salud de la persona, a través de diversas fuentes: estas incluyen a la persona como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia, y al entorno por lo que es de suma importancia que esta se realice de una manera completa y fiable para las decisiones y actuaciones posteriores, como la realización del análisis de datos para establecer las necesidades percibidas, problemas de salud y respuesta a estos problemas para lograr realizar el diagnóstico enfermero.²¹

Para que la recolección de datos sea completa es necesario obtener datos básicos que se reúnen en la información general e inicia el primer contacto con la persona y en ese momento se valoran todos los aspectos de su estado de salud.

Posteriormente se realiza la valoración focalizada, esta se realiza para determinar el estado de salud desde un aspecto específico.²²

Esta base de datos es primordial para realizar los diagnósticos enfermeros y planear los cuidados enfermeros individualizándolos, los que serán evaluados y perfeccionados en el tiempo que se presten los cuidados.

²⁰ Op. Cit. Alfaro-Lefevre, Pág. 20

²¹ Op Cit. Potter, Patricia Pág.301-302

²² Op. Cit. Alfaro-Lefevre, Pág. 37

Para una adecuada recolección de datos se deben cubrir ciertos requisitos como profesional de enfermería, como son la convicción, el conocimiento, experiencia, comunicación eficaz, habilidad en la utilización de métodos y procedimientos en la toma de datos, observación en los signos, inferencias y confirmación de impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.²³ Para seguir un orden, en la valoración se pueden utilizar diversos criterios, uno puede ser céfalo- caudal, comenzando desde la cabeza hasta las extremidades. Otro criterio para valoración es por “sistemas y aparatos”, en donde se valora el aspecto general y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente. El Criterio de valoración por “Patrones Funcionales de Salud”; en donde los datos se valoran por los hábitos y costumbres del individuo/ familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Para realizar la valoración enfermera se utilizan instrumentos que no son cuestionarios o encuestas, sino que son formatos por medios de los cuales se obtienen los datos objetivos y subjetivos de la persona, que sirven para valorar de forma holística las necesidades básicas para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Existen varios factores que afectan el proceso de la obtención de datos y que influyen en las percepciones e interpretaciones de los hechos por lo que es necesario desarrollar la habilidad para diferenciar los datos reales de la interpretación personal.

Las influencias que pueden recibirse son:

- 1 Sus respectivos estados y necesidades físicas, mentales y emotivas.

²³ *Ibidem*, Pág. 61-64

- 2 Sus conocimientos culturales, sociales y filosóficos.
- 3 Número y capacidad funcional de sus sentidos.
- 4 Experiencias pasadas asociadas con la situación actual.
- 5 Significado del evento.
- 6 Intereses preocupaciones, conceptos preconcebidos y niveles de motivación.
- 7 Conocimiento y familiaridad con la situación.
- 8 Condiciones ambientales y distracciones.
- 9 Presencia, actitudes y reacciones de otros.²⁴

En la valoración de los datos subjetivos se encuentran las percepciones que la persona puede describir sobre frecuencia, duración, localización e intensidad del síntoma, así como también los sentimientos de ansiedad, molestias físicas o estrés mental.

Los datos objetivos son observables y medibles que realiza quien obtiene los datos y está basada en estándares.²⁵

Las principales fuentes para la valoración enfermera son:

Datos subjetivos se obtienen de la persona, la familia, los allegados, equipo de salud y el expediente u otras notas.

Datos objetivos se obtienen por medio de la exploración física, los resultados de laboratorio, radiografías, literatura médica y enfermera.

Datos históricos-antecedentes, son los hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas que permitirán referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales, son datos sobre el problema de salud actual.²⁶

Métodos para obtener datos:

Existen tres métodos para obtención de datos:

²⁴ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 33

²⁵ Ibídem. Pág. 305-306

²⁶ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 305-308

- La entrevista o la interacción, se considera cualquier palabra dicha por la persona, el personal del equipo de salud o por otras personas que tengan importancia en relación con el paciente.
- La observación, los datos se obtienen mediante los sentidos, incluyendo documentos escritos.
- Exploración física o medición, son aquellos obtenidos por el uso de instrumentos que cuantifican la información.

Estos métodos o instrumentos de información no deben utilizarse por separado, ya que todos los medios tienen su fuerza, sus limitaciones y su utilización va a depender del estado de salud de la persona así como la situación.²⁷

Entrevista

La finalidad de la entrevista es obtener la historia de salud de la persona, para identificar las necesidades de salud, los factores de riesgo y los cambios específicos ocurridos en el bienestar y el estilo de vida. Se considera la base fundamental en esta etapa; ya que implica que el personal de enfermería escuche a la persona, establezca una relación empática enfermera-paciente, para obtener información precisa y validar los datos obtenidos (objetivos y subjetivos).

La entrevista consta de tres partes

La iniciación: debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible, para lo que debe pedirse permiso a la persona si acepta el acompañamiento de un familiar, en la aplicación de este proceso, se solicita a la madre que es el cuidador principal.

Hay que propiciar un ambiente favorable, tener en cuenta que, cómo se desarrolle este primer contacto, va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona; por lo que al comenzar se le llama a la persona por su nombre y mirándole a los ojos.

²⁷ *Ibidem*. Pág. 34

Cuerpo: Se establece la finalidad de la conversación que es la obtención de información necesaria, a través del formato estructurado para la recolección sistematizada y lógica de la información, en este caso se utilizó el instrumento de valoración de las catorce necesidades sobre la persona, de Virginia A. Henderson.

Cierre: Es la fase final de la entrevista, no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Observación

Desde el inicio de la primera entrevista, la observación es el indicador de la utilización de los sentidos, ya que permite la obtención de información de la persona y su entorno, estos hallazgos posteriormente serán confirmados o descartados.²⁸

Exploración Física

Es la tercera actividad que se realiza en la recolección de datos y es por medio de la exploración física de la persona que se establecen comparaciones, se confirman datos subjetivos.

Se utilizan cuatro técnicas específicas durante la exploración física: inspección, palpación, percusión y auscultación.²⁹

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).³⁰

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

²⁸ Op. Cit. Alfaro-Lefevre, Pág. 36

²⁹ Idem, Pág. 37

³⁰ Idem, Pag. 37

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.³¹

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.³²

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.³³

Las técnicas de exploración física en las que se puede abordar un examen físico son:

(Céfalo – caudal) desde la cabeza a los pies, este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas/aparatos corporales, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

³¹ Idem, Pág. 37

³² Idem. Pág. 37

³³ Idem. Pág. 37

1. Diagnóstico

Es la segunda etapa en el Proceso de Atención de Enfermería, en donde los diagnósticos enfermeros se llaman respuestas humanas, porque en ellas se centran las respuestas de las personas a los cambios de salud o circunstancias vitales y se van a establecer los problemas reales o potenciales de la persona, que van a requerir de intervenciones de enfermería, con la finalidad de ayudar a las personas a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades (resolviendo), o bien, recuperar su salud ante la presencia de enfermedad (disminuirlo).³⁴

Para definir los diagnósticos enfermeros es necesario ordenar, clasificar, analizar y sintetizar los datos obtenidos en la valoración y realizar la distinción, si es un diagnóstico enfermero o un diagnóstico interdependiente (médico), ya que de esto dependerá la actuación que se tendrá al realizar el plan de cuidados.

En la práctica enfermera se desempeñan tres tipos de funciones las independientes en las que se encuentran inmersos los pasos del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación); en las funciones interdependientes se incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y las funciones dependientes en las que se realiza el cumplimiento de las órdenes del médico para la administración de medicamentos o tratamientos.

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería:

Diagnóstico de enfermería Real: es un juicio a una situación que existe en el momento actual, es un estado que ha sido clínicamente validado con

³⁴ Op. Cit. Alfaro-Lefevre, Rosalinda Pág. 81, 82

características definitorias, tiene cuatro componentes: enunciado, características que lo definen y factores relacionados.

Diagnostico de enfermería potencial o riesgo: Es un juicio clínico de que una persona, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Diagnostico de enfermería posible es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales, un diagnostico posible requiere más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo.

Diagnostico de salud o bienestar: es un juicio clínico respecto a la persona, familia, grupo o comunidad en donde existe un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.³⁵

Para formular enunciados diagnósticos consistentes en dos partes se utiliza para diagnósticos enfermeros reales, potenciales o de riesgo y posibles. Consta de los siguientes componentes: formato PE: (P) problema enunciado de la respuesta del persona + (E) etiología / factores contribuyentes a la respuesta o causas probables de las mismas, no se describen manifestaciones.

En el formato de tres partes, el enunciado básico del diagnóstico enfermero consta de los siguientes componentes:

PES, consta de tres partes (P) problema enunciado de la respuesta de la persona + (E) etiología, factores causales o contribuyentes+ (S) signos y/o síntomas, que son los que validan el diagnostico.

En los diagnósticos de salud y los diagnósticos de síndromes, solo constan de una etiqueta de la NANDA³⁶

³⁵ Kozier, Bárbara & Erb, Glenora. *Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y prácticas*. Internacional. Mc Graw-Hill. 1993. 4ª Ed. Pág. 117

³⁶ *Ibidem*, Pág. 129 -130

2. Planificación

La planificación es la etapa en la cual se toman decisiones acerca de los cuidados que ayudaran a la persona a resolver los problemas que afectan su autonomía, y se trata de establecer los cuidados enfermeros, para satisfacer sus necesidades o bien a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

3. Ejecución

La ejecución de estos cuidados, ocasionará diferentes respuestas en la persona. Los datos de estas respuestas tendrán que ser valorados por la enfermera con el fin de que en la etapa de evaluación ella pueda comparar los resultados obtenidos con los resultados esperados (criterios de evaluación) y tomar nuevas decisiones.

4. Evaluación

La evaluación, permite comparar los resultados obtenidos después de la intervención y los resultados esperados (criterios de evaluación). El resultado podrá reflejarse en el cumplimiento o no de los objetivos considerados en el Plan de Atención y establecer nuevos diagnósticos, modificar cuidador o planificar nuevos cuidados.

1.3 Teoría de la Enfermería

Una teoría es un enunciado con apoyo científico, que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos que están sujetos a comprobación.³⁷

La teoría en enfermería es una conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, con el objeto de describir, explicar o predecir cuidados enfermeros. Una definición de teoría menciona “que la teoría enfermera es una articulación

³⁷Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 6

organizada, coherente y sistemática de una serie de declaraciones relacionadas con preguntas o cuestionamientos, de significado importante para enfermería, que se expresan como un todo significativo”.

1.3.1 Modelo de Enfermería.

Los modelos teóricos o grandes teorías han contribuido al crecimiento de la disciplina de enfermería, estableciendo un marco de referencia en donde se explican los fenómenos del Metaparadigma, que dan un sustento a la profesión, el paradigma de enfermería identifica cuatro conceptos básicos de interés para la profesión: persona, entorno, salud y enfermería, siendo parte integral del desarrollo de la teoría.³⁸

El trabajo de cada una de las enfermeras pioneras, se refleja en las diferentes teorías, que han representado y evolucionado la práctica de enfermería porque le imprimen características específicas, también han permitido que el hacer y quehacer enfermero se comporte de acuerdo a estas guías, ha sido útil en la investigación que ha permitido la existencia de una comunicación entre enfermeras dando un enfoque unificado en la práctica enfermera.

1.3.2 Antecedentes de la Teoría de Enfermería

La historia de la enfermería profesional empieza con Florencia Nightingale, al fundamentar el cuidado enfermero, la investigación y la observación desarrollados por ella, con la apertura de escuelas de enfermería, las mujeres educadas y cultas de la sociedad, Nightingale expresó su firme concepción de que el conocimiento de enfermería era distinto del conocimiento de medicina e implementó la idea de que la Enfermería se basaba en el conocimiento de las personas y de su entorno, lo que suponía una base de conocimiento diferente al que utilizaban los médicos en su práctica.

³⁸ Sandoval, Leticia. *Teoría de Enfermería*. SUA. ENEO. Enfermería Fundamental. Material de Apoyo. Pág. 2

De 1850 hasta 1950, es cuando los miembros de la profesión de la enfermería, empezaron a discutir sobre la necesidad de llevar a cabo, articular y probar, la Teoría de Enfermería.

En 1950 la enfermería se basaba en principios y tradiciones que se mantenían mediante la educación del aprendizaje y los manuales o guías de procedimientos hospitalarios, procedentes de años de experiencia.

1970 la enfermería era considerada una vocación, es a partir de esta década que pasa de vocación a profesión, dando un giro de gran importancia para la enfermería, siendo uno de los aspectos más importantes de la evolución educativa y supone la piedra angular para la disciplina de Enfermería.

1980 el desarrollo en las teorías de Enfermería fue el característico de los periodos de transición, del modelo de preparadigma al de paradigma. Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por sus miembros.

En el trabajo que realizan las enfermeras se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.³⁹

Metapadigma: Son los conceptos globales que identifican el fenómeno sobre el que se centra la atención de una disciplina, las propuestas generales que

³⁹ Idem. Pág. 1 -5

describen los conceptos y las propuestas globales que plantean las relaciones entre los conceptos.⁴⁰

Paradigma: corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de la disciplina. Para el filósofo Kuhn, un paradigma está constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica. Los paradigmas propuestos en la ciencia enfermera, se detallan a continuación:

a) Paradigma de la categorización: concibe los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. La teórica más representativa de este paradigma es Florence Nightingale.⁴¹

b) Paradigma de la integración: es una prolongación del paradigma anterior, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.⁴²

c) Paradigma de la transformación: presenta un cambio de mentalidad, según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un

⁴⁰ Kérouac, S.et. al. "*Grandes Corrientes del pensamiento enfermero*". Elsevier Mosby. España. 1996. 1º Ed. Pág. 3

⁴¹ Ídem. Pág.6

⁴² Ídem. Pág.6

patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera.⁴³

Biografía de Virginia A. Henderson

Virginia Avenell Henderson se considera dentro de las primeras eruditas en enfermería, que empezaron a ser reconocidas por la naturaleza de sus conceptos teóricos.

Su contribución en la disciplina de la enfermería, fue como enfermera, profesora, escritora e investigadora; dando lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e histórica de enfermería.

1897 Virginia Avenell Henderson, nació en Kansas (Missouri) EEUU.

1921 Se graduó en la Army School of Nursing en, se especializo como enfermera docente. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la primera Guerra Mundial.

1922 inicia como docente en un Hospital de Virginia, cinco años después obtiene la licenciatura en Enfermería y posteriormente su maestría.

1929 Trabajó como supervisora en el área clínica en Nueva York.

1930 regresa a la escuela donde estudio y dedicó a dar asesoría sobre proceso de enfermería y práctica clínica hasta 1948.

Su experiencia profesional de investigadora inicia en los años cincuenta.

1959 hasta 1971 dirigió el proyecto para elaborar los estudios de Enfermería Indexada, consistió en analizar 4 volúmenes sobre publicaciones biográficas acerca de la disciplina enfermera.

⁴³Idem. Pág.9

1960 escribe el libro titulado “Principios para la atención de Enfermería”.

1966 publicó “La Naturaleza de Enfermería”. Estos libros se han traducido en 25 idiomas.

Fundadora del nuevo consejo Inglaterra regional sobre recursos de la biblioteca para la enfermería.

1996 fallece en marzo. La biblioteca de la Sigma Theta Tau International lleva su nombre.

1.5 Modelo de Virginia A. Henderson

Su Filosofía se basa en los acercamientos teóricos de otros autores como Bertha Harmer que le permitió definir a la enfermería; del trabajo de Thorndike psicólogo estadounidense, de quien le interesó su trabajo de investigación sobre las necesidades básicas de los seres humanos y de Deaver George de quien aprendió el interés y el esfuerzo por la recuperación y rehabilitación de las personas al centrarse en la Independencia de la persona. Su experiencia, en la enfermería de rehabilitación y el trabajo de Orlando en relación con la conceptualización de la acción propia de la enfermería (Orlando, 1961).⁴⁴

En su definición de enfermería, que se encuentra en su libro. *The principales and practice of nursing*, 1955, menciona que:

“La función específica de la enfermera, es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (1966) “.

El modelo de Virginia Henderson refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de las necesidades, que son comunes a todas las personas, en

⁴⁴ García Piña, Aurora. *Virginia Henderson y las necesidades básicas*. SUA. ENEO. Antropología del cuidado. Material de Apoyo. Pág. 1-5

todas las edades, puesto que considera que el proceso de cuidar se debe orientar fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades básicas o fundamentales de la persona y tratando de conseguir el máximo nivel de independencia para el paciente.⁴⁵

La profesión de enfermería se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas y son comunes a todas las personas, en todas las edades, cuando no pueden hacerlo solas por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesarios, esta similitud también se encuentra en la jerarquía de Maslow, en donde postuló que todas las personas tienen ciertas necesidades básicas que deben satisfacerse para que el individuo alcance un nivel óptimo de bienestar. Estas por orden de prioridad antes de proceder a buscar la satisfacción de las necesidades de un nivel más alto es necesario que satisfaga las más fundamentales.⁴⁶

La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta útil para la enfermera que requiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación de la persona.

En la obra de Henderson se encuentran los conceptos claves que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

Conceptos metaparadigmáticos del modelo de V. Henderson:

Persona:

Ser constituido por los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Salud:

Independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

Entorno:

⁴⁵ Checa, Daniel. *Manual de Enfermería*. Difusión Avances de Enfermería. España. 2011. 2ª Ed. Pág. 26

⁴⁶ Du Gas. *Tratado de enfermería práctica*. Mc. Graw – Hill Interamericana. 2001. 4ª Ed. Pág. 175- 176

Factores que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona.

Cuidado:

Dirigido a suplir los déficit de autonomía de la persona.⁴⁷

Los postulados que sostienen el modelo de Virginia Henderson:

- ✓ La persona es un todo, V. Henderson, ve a la persona con un enfoque holístico.
- ✓ Identifica 14 necesidades humanas básicas.
- ✓ El rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible, porque si no se cumple ese rol esencial, otras personas menos preparadas que la enfermera lo harán en su lugar.

Los principales conceptos del pensamiento de esta autora se explican de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar, según la fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Los Valores

⁴⁷Idem. Pág. 27

El rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería, la empatía es una experiencia correlacionada al nivel de relación de confianza, es la comprensión o amor, es compasión, es emoción, es coparticipación en el dolor, es trascendencia humana; resulta importante cómo colocarse en el lugar del otro, a lo que V. Henderson llama apoyar, suplir, sustituir.⁴⁸

Los elementos mayores de su teoría son:

- ❖ La enfermera asiste a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud.
- ❖ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la de la salud.

Virginia Henderson, menciona dentro de sus proposiciones:

- La satisfacción de las necesidades de la persona, familia y/o comunidad, depende del poder, saber y querer.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por conseguirla.
- La enfermera tiene una función propia. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.

Identifico 14 necesidades básicas en las personas; en las que basa la atención de enfermería:

Las siete primeras son necesidades fisiológicas:

1.- **Necesidad de Oxigenación o Respirar normalmente**, consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.⁴⁹

⁴⁸ Riopelle, Lise. Grondin, Louise. *Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Mc Graw-Hill. España. 1997. 1ª Reimpresión. Pág. 3

⁴⁹Idem, Pág. 7

2.- **Necesidad de Nutrición u Alimentación o Comer y Beber adecuadamente**, todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.⁵⁰

3.- **Necesidad de Eliminación o Eliminar los desechos corporales**, el organismo debe deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.⁵¹

4.- **Necesidad de Movilización o Moverse y mantener posturas deseables**, el estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.⁵²

5.- **Necesidad de Descanso y Sueño o Dormir y descansar**. Para todo ser humano, debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.⁵³

6.- **Necesidad de Vestido o Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse**. El individuo debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un

⁵⁰ Idem, Pág. 14

⁵¹ Idem, Pág.19

⁵² Idem, Pág.23

⁵³ Idem,Pág.29

status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.⁵⁴

7.- Necesidad de Termorregulación o Mantener la temperatura corporal. La temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante.⁵⁵

Las necesidades 8 y 9 son de seguridad:

8.- Necesidad de Higiene o Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.⁵⁶

9.- Necesidad de Evitar los peligros y evitar lesionar a otros. Todo ser humano debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.⁵⁷

La necesidad 10 es de Autoestima:

10.- Necesidad de Comunicación o Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones. Una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.⁵⁸

La necesidad 11 es de Pertenencia:

⁵⁴ Idem, Pág.32

⁵⁵ Idem, Pág. 35

⁵⁶ Idem, Pág.41

⁵⁷ Idem, Pág.44

⁵⁸ Idem, Pág.49

11.- **Necesidad de Creencias o Rendir culto según la propia fe.** todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.⁵⁹

Las últimas necesidades son de autorrealización:

12.- **Necesidad de Trabajo y Realización o Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.** Todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.⁶⁰

13.- **Necesidad de Jugar o participar en diversas formas de ocio.** divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.⁶¹

14.- **Necesidad de Aprender,** descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.⁶²

Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos.⁶³

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, sea cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

Puede ser concebida de cuatro maneras:

a. Factor de orden físico

Atentado de la integridad física debido a:

Insuficiencia intrínseca del organismo.

⁵⁹ Idem, Pág. 55

⁶⁰ Idem, Pág. 59

⁶¹ Idem, Pág. 63

⁶² Idem, Pág. 68

⁶³ Op. Cit. García Piña, Pág. 2

Insuficiencia extrínseca del organismo.

Desequilibrio del organismo.

Sobrecarga del organismo.

b. Factor de orden psicológico

Atentado en la integridad del yo

c. Factor de orden sociológico

Atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno).

d. Falta de conocimiento Insuficiente, de uno mismo, de los demás y del medio.

Intervenciones

Las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, que es lograr la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. Por lo que las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar las acciones que tendría que realizar la persona para satisfacer sus necesidades.⁶⁴

1.6 Etapa del Desarrollo del Adolescente

Tener un conocimiento de los rangos normales de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la persona, son necesarios para la promoción de la salud y establecer hábitos saludables.

El crecimiento y desarrollo humanos son procesos ordenados y predecibles que empiezan con la concepción y continúan hasta la muerte, pero el ritmo y la conducta de esta progresión es básicamente individual. Una persona experimenta crecimiento o cambios cuantitativos y desarrollo o cambios cualitativos.

Para que una persona sana obtenga un desarrollo y crecimiento sincrónico, dependerá de una secuencia de influencias endocrinas, genéticas, constitucionales, ambientales y nutricionales.

⁶⁴ Op. Cit. Riopelle. Lise. Pág. 3 -5

El crecimiento físico es el aspecto cuantitativo o perceptible de la persona, son cambios en altura, peso, dentadura, estructuras del esqueleto y características sexuales.

El desarrollo tiene lugar de una manera gradual a través del tiempo, se van adquiriendo capacidades que se van ampliando mediante el crecimiento, el aprendizaje y la maduración.

La maduración es un proceso dependiente de la edad, es cualitativo y para alcanzar la maduración la persona tiene que renunciar a comportamientos y aprendizajes previos e integrar pautas nuevas en comportamiento para que continúen de manera secuencial.

La diferenciación, es el proceso por el cual las células y las estructuras se modifican, desarrollando características más refinadas, así como de un desarrollo de actividades y funciones que van de lo simple a lo complejo.

Todas las etapas del crecimiento y desarrollo tienen periodos críticos en donde por un tramo específico de tiempo el entorno ejerce su mayor impacto en la persona y es necesario que exista una estimulación sensorial para que la progresión tenga lugar. ⁶⁵

1.6.1 Características de la Etapa de Crecimiento y Desarrollo del Adolescente.

La adolescencia se puede definir como el periodo de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición de la infancia a la edad adulta. El termino pubertad se aplica a los procesos biológicos que tienen como fin alcanzar la capacidad reproductiva.

En la adolescencia se distinguen tres etapas:

- Adolescencia temprana o precoz: Comprende desde el inicio de la pubertad, de los 11 años hasta los 14 años.
- Adolescencia media: Entre los 15 y 17 años.

⁶⁵ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 177 – 178.

- Adolescencia tardía o adulto joven: Entre los 18 y los 21 ó 24 años, según diferentes criterios.

Los cambios de desarrollo son diversos y abarcan las áreas del crecimiento y del desarrollo. Las actividades físicas, psicosociales, cognitivas y morales se desarrollan, se amplían, se perfeccionan y se sincronizan de forma que el individuo puede convertirse en un miembro de la sociedad aceptado y productivo, el entorno de sus actividades también se amplía y se diversifica, este entorno incluye la escuela, la comunidad y la iglesia. Debido a las expectativas del desarrollo, a las actividades crecientes y a la base del conocimiento y a la expansión del entorno, el individuo experimenta nuevas dificultades y dilemas.⁶⁶

Cambios físicos

En la adolescencia se producen cuatro físicos principales:

- 1.- Aumento de la tasa de crecimiento esqueleto, del músculo y de las vísceras.
- 2.- Cambios específicos de cada sexo, como los cambios en la anchura de los hombros y de la cadera.
- 3.- Alteración en la distribución del músculo y de la grasa.
- 4.- Desarrollo del aparato reproductor y de los caracteres sexuales secundarios.

Fisiología de la pubertad.

La edad de comienzo de la pubertad es variable y tiene una relación más directa con la maduración ósea que con la edad cronológica.

El inicio de la pubertad viene dado por cambios en el eje hipotálamo- hipófiso- gonadal, en el hipotálamo se produce un aumento de la secreción pulsátil de hormonas liberadora de gonadotropinas (GnRH), que estimula a nivel de hipófisis la secreción de gonadotropinas (FSHY LH). Al iniciarse la pubertad, por acción de la GnRH hipotalámica aumenta la amplitud de secreción pulsátil de la LH que primero se hace evidente durante el sueño, al aumentar la secreción de LH también se evidencia durante el día.

⁶⁶ *Ibíd.*, Pág. 207

Con el aumento de la secreción de gonadotropinas, las gónadas crecen y maduran e inician la secreción de esteroides sexuales, que son los responsables de los cambios puberales, en las niñas hacia la mitad o el final de la pubertad, el aumento en los niveles de estrógenos producen la descarga cíclica de LH que hace posible la ovulación. En el varón, por acción de la FSH y de la testosterona se inicia la espermatogénesis.

Aunque el ovario produce principalmente estrógenos también secreta andrógenos en cantidad variable favoreciendo el desarrollo de acné y un discreto hirsutismo.

Lo mismo sucede con las gónadas masculinas, ya que el principal esteroide que secreta el testículo es la testosterona, también produce otros andrógenos y cantidades variables de estrógenos, causando un aumento del volumen de la mama en varones (ginecomastia) uni o bilateral, que puede ser algo doloroso.⁶⁷

Cambios fisiológicos en adolescentes femeninas:

El inicio del desarrollo mamario.

Aparición de vello púbico recto y pigmentado, que se riza progresivamente.

Menarca.

Ovulación y finalización del desarrollo mamario.

Aparición de vello axilar y aumento de la producción glandular de grasa y sudor, que puede producir acné.

Ensanchamiento y profundización de la pelvis femenina, con depósito de grasa subcutánea que condiciona el aspecto redondeado del cuerpo.

Cambios fisiológicos en adolescentes masculinos:

Aumento de la anchura de los hombros.

Aumento de la gravedad de la voz en niños, aparición de vello facial pigmentado y áspero, y aparición de vello torácico.

Crecimiento de los testículos y del saco escrotal.

Cambios de la voz precoces (gallos).

⁶⁷Díaz, Marta. Gómez, Carmen. *Tratado de Enfermería de la infancia a la adolescencia*. Mc. Graw – Hill. Interamericana. 2006. 1ª Ed. Pág.121

Crecimiento del pene y de la próstata.

Espermatogénesis (eyacuación de esperma).

Aparición de vello facial aterciopelado.⁶⁸

En ambos sexos ser como los demás es extremadamente importante, por lo que la interacción con los compañeros contribuye a aumentar la autoestima durante la pubertad.⁶⁹

1.6.2 Cambios cognitivos

Los cambios que tienen lugar en el interior del pensamiento y el entorno social ampliado del adolescente originan operaciones formales, que es el grado más alto de desarrollo intelectual según Piaget, ya que desarrolla la capacidad de resolver problemas a través de operaciones lógicas. Puede pensar de forma abstracta y resolver el problema hipotético de forma eficaz.

Con el desarrollo del pensamiento formal, el razonamiento abstracto y la capacidad de hipotetizar, ir más allá del presente y construir teorías. Se abandona el pensamiento simplista y se empiezan a construir visiones del mundo más globales y complejas, en este periodo de la vida, por primera vez, se empiezan a tomar decisiones personales con repercusión en el futuro.⁷⁰

Cuando se enfrenta a un problema, el adolescente puede considerar una gran variedad de causas y soluciones. Estas nuevas capacidades permiten a la persona tener más perspicacia y habilidad al jugar a ciertos juegos, como los videojuegos, los juegos de ordenador y los juegos de mesa que requieren un pensamiento abstracto y un razonamiento deductivo sobre muchas estrategias posibles, esta habilidad es importante en la búsqueda de la identidad sexual, también a información más detallada y diversa sobre la sexualidad y las conductas sexuales.

⁶⁸ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 222

⁶⁹ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág.220

⁷⁰ Op. Cit. Díaz, Marta. Pág. 142

Por este cambio cognitivo presentan diversas características que les proporcionan un medio evaluativo y sienten que son únicos, y una conducta típica es el deseo de la privacidad y la autoconciencia.

Otra característica es la fábula personal, se trata de una historia creada por el adolescente, que no es cierta, puede producir conductas indeseables y arriesgadas, ya que cree que es inmune a las consecuencias negativas, al pensar “que a él o ella no les pasará nada”, “a otros les pasa por tontos”, son algunas de sus respuestas.

El desarrollo del lenguaje es casi completo en la adolescencia, aunque el vocabulario continúa ampliándose, cumpliendo el objetivo principal es la adquisición de habilidades para la comunicación que puedan ser usadas de forma eficaz en diferentes situaciones.

Los adolescentes tienen necesidad de comunicar sentimientos, pensamientos y hechos a sus semejantes, a sus padres, a sus profesores, y a otras personas o autoridades.

Los adolescentes desarrollan diferentes habilidades y estilos de comunicación y aprenden cómo y cuándo utilizarlos de la manera más eficaz posible, por lo que el poseer unas buenas habilidades comunicativas, es crítico para que los adolescentes puedan superar la presión de grupo de sus semejantes en la participación de conductas no saludables.⁷¹

1.6.3 Cambios psicosociales

Según Erickson, el adolescente se enfrenta a un periodo de “crisis de identidad frente a difusión del rol”, en el que la búsqueda de su propia identidad se convierte en el eje de su vida.⁷²

⁷¹ Op. Cit. Potter, Patricia Pág 222- 223

⁷²Op. Cit. Díaz, Marta. Pág. 143

Identidad personal es la principal preocupación del desarrollo psicosocial de los adolescentes. Erickson encuentra que esta identificación es el peligro principal en esta etapa y sugiere que la exclusividad y la intolerancia de las diferencias observadas en las conductas de los adolescentes son defensas contra esta confusión en la identidad.

Los adolescentes se esfuerzan en ser emocionalmente independientes, pero siguen manteniendo el vínculo familiar, además deben tomar decisiones selectivas sobre la vocación, la educación futura y el estilo de vida. Las conductas que indican una resolución negativa de este desarrollo propio de la edad son la indecisión y la incapacidad de hacer una elección profesional.

Dentro de los cambios psicosociales se observa que los adolescentes tienen que lograr su identidad sexual, de grupo, familiar, vocacional, moral y de salud.

Identidad sexual, se determina por los cambios físicos de la pubertad. Desde el punto de vista de Freud, estos cambios fisiológicos de la pubertad reactivan la libido, la fuente de energía que alimenta el deseo sexual. Esto lo evidencia el interés de los adolescentes por las relaciones heterosexuales con parejas ajenas a la familia y por la práctica de la masturbación. Cuando estos cambios implican desviaciones en el desarrollo de conductas masculinas o femeninas tendrán los adolescentes dificultad para desarrollar una cómoda identidad. Otras influencias son las actitudes culturales y las expectativas de una conducta en función del sexo, y de modelos disponibles de estas funciones.

Identidad de grupo, los adolescentes buscan esta identidad porque necesitan autoestima y aceptación, por lo que se observa similitud en la forma de vestir y de hablar, la popularidad es la mayor preocupación, porque proporciona al adolescente un sentido de pertenencia, de aprobación y la oportunidad de aprender conductas aceptables.

En este periodo de búsqueda, los adolescentes necesitan de su grupo de iguales, separándose del dominio paterno, aunque en ciertas situaciones la presión del

grupo puede ser tan fuerte que releguen su identidad a las normas del grupo. Entre los temores más frecuentes en los adolescentes están las relaciones con el sexo opuesto, su imagen corporal y la capacidad para asumir los roles de adulto.⁷³

Identidad familiar, mientras el adolescente se esfuerza por establecer fuertes relaciones con los semejantes, se contrasta con el movimiento para alejarse de sus padres, la economía que necesitan nos les permite adquirir esa independencia, debido a sus estudios, actividades escolares y otros factores.

Por lo que la familia tendrá que establecer en conjunto la forma de cubrir su necesidad de, permitir cierta independencia, al mismo tiempo que presta un apoyo para conseguir el éxito en el desarrollo de esa identidad, por medio de establecer límites o la participación en las tareas domésticas. La emancipación de la familia será más exitosa si tiene lugar de forma gradual, produciendo una separación de la familia y de los vínculos familiares que durará toda la vida.

Identidad vocacional, la elección de una profesión de un trabajo que sea remunerador a lo largo de su vida, es una elección difícil que deben realizar los adolescentes por lo que una adecuada orientación les permitirá seleccionar cursos de acción que promuevan la autosatisfacción, la identidad y la oportunidad de crecer.

Identidad moral, el desarrollo del juicio moral depende en gran medida de las actividades cognitivas y comunicativas, de la interacción con los semejantes. Los adolescentes aprenden a entender que las normas son acuerdos cooperativos que pueden ser modificados para adaptarse a las situaciones y no son absolutas. Con relación a las normas, los adolescentes aprenden a usar su propio juicio más que a utilizar las reglas para evitar el castigo. La conciencia hace que los adolescentes se juzguen a si mismos internalizando los ideales, lo cual conduce a conflictos entre los valores personales y los de grupo.

⁷³ Op. Cit. Díaz, Marta. Pág. 143

No todos los adolescentes alcanzan el mismo grado de desarrollo moral y la secuencia de las etapas es similar para todos los individuos, incluso aunque varíe el momento de alcanzarlas.

Identidad de salud, los adolescentes sanos evalúan su propia salud de acuerdo a sentimientos de bienestar, a la capacidad de funcionar normalmente o a la ausencia de síntomas.⁷⁴

Las necesidades de los adolescentes varían según las culturas, el entorno, la economía y la educación, pero todas ellas comparten el mismo problema: la falta de servicios diseñados para responder a este grupo de edad, que unas veces incluye entre los niños y otras veces entre los adultos.

En los programas de promoción de la salud, la educación es uno de los elementos más importantes y deben conducir a un mejor conocimiento de sí mismo y del entorno, a mejorar la calidad de vida, las relaciones familiares, las relaciones con los amigos, las condiciones sociales, económicas y aumentar las posibilidades de conseguir trabajo, mejorar el modo de vivir y optimizar la comunicación entre hombres y mujeres para que puedan reflexionar sobre su propia sexualidad y sobre la salud reproductiva y así compartir responsabilidades en asuntos de sexualidad y procreación.⁷⁵

1.6.4 Riesgos para la salud

Los accidentes siguen siendo la principal causa de muerte entre los adolescentes, los accidentes automovilísticos son la causa más habitual de muerte, entre los 16 y 19 años son las edades en que más decesos ocurren, encontrándose asociados al alcoholismo y las drogas. Los accidentes más frecuentes como causa de muerte son las asfixias y las armas de fuego. El sentimiento de ser indestructibles les conduce a tener conductas arriesgadas.

⁷⁴ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág 223- 225

⁷⁵ Op. Cit. Díaz, Marta. Pág. 131

Homicidio, ha tenido un incremento entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, estos asesinatos son cometidos por conocidos o por algún miembro de alguna banda.

Depresión es un trastorno afectivo que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. En el área psíquica estar deprimido produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima. En la orgánica da cansancio, abatimiento, hipoactividad, trastornos alimentarios, alteraciones del sueño y disminución de la libido.⁷⁶

Suicidio, es la tercera causa de muerte en los adolescentes entre los 15 y 24 años de edad. La depresión y el aislamiento social pueden llevar a un intento de suicidio, pero el suicidio probablemente es el resultado de diversos factores, como:

- Descenso del rendimiento escolar.
- Retracción de si mismo.
- Pérdida de iniciativa.
- Soledad, tristeza y llanto.
- Alteraciones del sueño y del apetito.
- Verbalización del pensamiento sobre el suicidio.

Los factores asociados con el riesgo de suicidio son:

Antecedentes

- Intento de suicido previo.
- Un amigo de un miembro de la familia ha cometido un intento de suicidio.
- Antecedentes de abuso o abandono infantil.
- Antecedentes de hospitalización psiquiátrica.

⁷⁶ López Ibor Aliñoj. J. El enmascaramiento y desenmascaramiento de la depresión. Revista Clínica Española. Vol. 197, Monográfico 3: 10-18. Nov. 1997

- Muerte de un progenitor durante la infancia.

Factores individuales

- Desesperanza.
- Depresión marcada, persistente.
- Alcoholismo o toxicomanía.
- Impulsivo.
- Dificultad para tolerar la frustración.
- Sentimientos de odio contra si mismo o excesiva culpabilidad, sentimientos de humillación.
- Trastorno del pensamiento (deseos de unirse con una persona muerta, escucha voces que le dicen que se suicide).
- Problemas de imagen corporal/física (pubertad retrasada, enfermedad crónica, discapacidad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno del aprendizaje).
- Preocupación con la identidad sexual: homosexual o lesbiana en un entorno sin apoyo.
- Se considera totalmente desamparado, una víctima del destino.
- Necesidad de hacer las cosas perfectamente.

Factores familiares

- ♦ Situación familiar difícil: conflicto encarnizado y duradero padre-hijo.
- ♦ Padres hostiles.
- ♦ Rechazo franco de uno o ambos padres.
- ♦ Divorcio o separación de los padres.
- ♦ Movimiento reciente o impedimentos.
- ♦ Ruptura familiar o pérdida de los padres.
- ♦ Exposición a expectativas parentales superiores no realistas.
- ♦ Indiferencia parental con muy bajas expectativas.

Factores sociales /ambientales

- ★ Armas de fuego en el hogar.
- ★ Encarcelamiento.
- ★ Ausencia de un sistema de apoyo social eficaz.
- ★ Aislamiento exposición al suicidio de otra persona.
- ★ Escasas oportunidades sociales, profesionales, educacionales.⁷⁷

Abuso de sustancias

Los adolescentes pueden creer que las sustancias que alteran el estado de ánimo crean una sensación de bienestar o mejoran la realización de actos, todos los adolescentes tienen un riesgo de utilizar drogas experimentales conocidas, pero aquellos que poseen valores no convencionales o proceden de hogares inestables tienen mayor riesgo de caer en un uso crónico de dichas sustancias y padecer dependencia física.

Trastornos alimentarios

El número de trastornos alimentarios está aumentando entre las chicas adolescentes, los pesos extremos, provocados por una ingesta excesiva o inadecuada, son habituales en los años de la adolescencia.

La anorexia nerviosa, está considerada como un síndrome clínico que tiene dos componentes, físico y psicosocial, los riesgos de padecerla son la posición social media- alta y profesional, el nivel escolar y una escuela altamente competitiva.

Además del miedo exagerado a ganar peso por lo que mantienen su peso corporal en el peso mínimo normal para su edad y estatura.

La bulimia nerviosa se identifica más con el hecho de hartarse al comer y con conductas para evitar ganar peso, como el vómito provocado, la mala utilización de laxantes y otros medicamentos o la práctica excesiva de ejercicio. La bulimia está considerada como una enfermedad biopsicocial.

⁷⁷Op. Cit. Potter,Patricia. Pág. 225

La clasificación y los puntos de corte más aceptados en el ámbito internacional son los que se observan en la siguiente tabla:⁷⁸

Clasificación para el ICM:

Desnutrición	< 18.5 kg/m ²
Peso normal	18.5-24.9 kg/m ²
Sobrepeso	25-29.9 kg/m ²
Obesidad (Clase 1)	30-34.9 kg/m ²
Obesidad (Clase 2)	35-39.9 kg/m²
Obesidad extrema (Clase 3)	≥40 kg/m ²

Ejercicio

El ejercicio es una actividad física destinada a condicionar al cuerpo a mejorar la salud y mantener la forma física también se puede usar como medida terapéutica.⁷⁹

El ejercicio debería ser una prescripción clave para quienes trabajan en la promoción de la salud, en cualquier etapa del desarrollo humano, las intervenciones son para la educación, prevención y detección precoz, porque el declive funcional como consecuencia de la falta de ejercicio debe ser un motivo de preocupación, en la actualidad la actividad física ha sido sustituido por la televisión, los videojuegos y la tecnología, disminuyendo la tolerancia a la actividad.⁸⁰

La mecánica corporal, el ejercicio y la actividad, permiten la coordinación de los sistemas musculoesquelético y nervioso con el objeto de mantener el equilibrio, la postura y una alineación corporal adecuadas al levantar peso, inclinarse, moverse y llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Al implementar adecuadamente estas actividades se reduce el riesgo de lesión del sistema musculoesquelético y

⁷⁸ Ildeliza, María de Lourdes. *La alimentación del adulto y adulto mayor y las ciencias sociales*. SUA. ENEO. Atención Nutricional del Adulto y el Adulto Mayor. Material de Apoyo. Pág. 22

⁷⁹ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 1010

⁸⁰ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 1538

facilita los movimientos corporales, permitiendo la movilidad física sin tensión muscular ni empleo excesivo de la energía muscular.⁸¹

Experimentación sexual.

La información en la etapa inicial de la adolescencia debe centrarse en los cambios físicos que se producen durante la pubertad, más adelante necesitan información sobre planificación familiar, en donde es importante abordar la cuestión de la salud sexual y reproductiva, debido a la falta de información que los jóvenes tienen sobre estos aspectos, sobre sus derechos sexuales y reproductivos, generan la problemática de los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, los abortos y las violaciones, son situaciones que se han incrementado, provocando un gran impacto negativo, en los individuos, las familias, las comunidades y en la sociedad en general.⁸²

La falta de garantías para el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos propicia aún situaciones graves de inequidad en los que se observan la violencia y abuso sexual, incesto, embarazos no deseados, abortos en malas condiciones, infecciones de transmisión sexual, bajo nivel de autoestima y violencia intrafamiliar, entre otros.

Los adolescentes también van cambiando su actitud, sus roles y su forma de expresión de sentimientos. Debe conocer los derechos humanos que le asisten y entender los derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad y equilibrio.⁸³

La presión de los semejantes, los cambios fisiológicos, psicosociales y las expectativas de la sociedad contribuyen al establecimiento de relaciones heterosexuales y homosexuales precoces.⁸⁴

⁸¹ Op.cit. Potter, Patricia. Pág. 1009

⁸² Op.Cit. Díaz, Marta. Pág. 129

⁸³ Op.Cit. Díaz, Marta. Pág. 130

⁸⁴ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág. 226

Es importante que dentro de la educación sexual y desde el marco legal, también se den a conocer los términos, artículos y penalización a la cual pueden ser objeto los perpetradores de los delitos sexuales.

Se establecen como delitos sexuales: el abuso sexual, la violación, el estupro, los atentados al pudor y el incesto, principalmente:

Abuso sexual.- Art. 260. Código Penal: Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo; se sigue de oficio y la pena establecida es de 3 meses a 2 años de prisión y si se ejerce violencia física, la pena puede aumentar a 3 años.

Estupro.- Art. 262. Código Penal: Al que tenga cópula con una persona mayor de 12 años y menor a 18, obteniéndose su consentimiento por medio de engaño; la pena es de 3 a 4 años de prisión, se sigue por querrela.

Violación equiparada.- Art. 266. Código Penal:

I. El que sin violencia realice cópula con una persona menor de 12 años de edad, y

II. Al que sin violencia realice cópula con una persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo.

Se sigue de oficio y la pena es de 8 a 14 años de prisión sin derecho a fianza.

Incesto.- Art. 272. Código Penal: son relaciones sexuales entre ascendentes y descendentes o colaterales entre sí. Se sigue de oficio, la pena es de 1 a 6 años de prisión a los ascendentes y de 6 meses a 3 años a los descendientes y entre hermanos.

La denuncia del abuso sexual en adolescentes, es una situación embarazosa para quien la sufre, pero es la única manera con la que se terminaría con los riesgos que representan, como la trata de personas, pedofilia, prostitución de menores por medio de la pornografía.

En un gran porcentaje de víctimas, el abuso sexual se da de manera gradual: cosquillas, palmaditas, caricias, manoseos, hasta finalizar con el sometimiento sexual.

Es importante que se conozcan los factores de riesgo que pueden predisponer a esta agresión, son los mismos que ponen en riesgo la salud del adolescente.

Factores de riesgo:

- ♦ Disfunción familiar.
- ♦ Violencia intrafamiliar.
- ♦ Antecedentes de abuso sexual en la familia.
- ♦ Padres ausentes y poco afectivos.
- ♦ Aislamiento social.
- ♦ Drogadicción.
- ♦ Alcoholismo.
- ♦ Pobreza.
- ♦ Ignorancia.
- ♦ Discapacidad.
- ♦ Accesos a medios de comunicación donde se exhibe pornografía.

Lugares de mayor riesgo

- Hogares disfuncionales.
- Guarderías infantiles.
- Internados escolares.
- Orfanatos.
- Tutelares para menores.⁸⁵

Dos consecuencias importantes de la actividad sexual de los adolescentes son las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo.

Enfermedades de transmisión sexual, los adolescentes requieren estudios específicos para la detección oportuna de las mismas, un examen anual sería

⁸⁵ García, José y otros cinco editores, *Urgencias en Pediatría. Hospital Infantil de México "Federico Gómez"*. Mc Graw-Hill. Interamericana, Serie Educación, 6ª Ed. México.2011. Pág. 715, 716.

ideal para los adolescentes que tengan vida sexual activa, con o sin síntomas, así como la educación necesaria para evitarlas.

El virus de inmunodeficiencia humana, que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se trasmite a través de las relaciones sexuales sin protección, por el uso compartido de jeringuillas y por productos sanguíneos infectados. Por lo tanto esta combinación de sexo y drogas hacen más vulnerables a los adolescentes a la amenaza del sida.

Embarazo

Los embarazos son comunes entre las edades de 15 y 19 años, aunque en la mayoría son indeseados, las adolescentes deciden tener al niño.

El embarazo entre adolescentes se da en todas las clases socioeconómicas, tanto en las escuelas públicas como privadas, en todas las comunidades religiosas y étnicas.⁸⁶

La familia es la base fundamental de la sociedad, sin embargo por el ritmo de vida que actualmente se lleva, las vías de comunicación se encuentran fracturadas aumentando el riesgo en las conductas de salud, se han fracturado también los principios sobre los cuales se edificaban dichas familias, como el amor, el perdón, el respeto, la compasión, el trabajo y el compartir actividades recreativas edificantes, teniendo como resultado, alteraciones en la salud mental y emocional de sus miembros.

Durante la adolescencia se deben establecer vías de comunicación adecuadas para evitar los riesgos de salud y poder actuar ante las situaciones que reflejen alertas de peligro.

⁸⁶ Op. Cit. Potter, Patricia. Pág 226

Capítulo II

Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

Presentación del caso

Adolescente femenina de 16 años de edad, que ha presentado los cambios propios de la adolescencia como son los biológicos, cognitivos, sociales y psicosexuales, de una manera que han alterado su crecimiento evolutivo normal, aumentando el riesgo de su salud, por lo que se tendrán que buscar apoyos eficaces que le permitan obtener las herramientas adecuadas para restablecer conductas saludables, tanto en su actitud, la toma de decisiones y sus relaciones familiares.

2.1 Valoración

Ficha de Identificación.

Nombre: MPGM	Fecha de nacimiento: 21-11-1996	Edad: 16 años 2m	Sexo: Femenino
Lugar de nacimiento: Distrito Federal	Seguridad Social: Ninguna	Escolaridad: 1° de Secundaria	Ocupación: Trabajo Informal (dos días por semana)
Peso: 85 Kg	Talla: 1:51 cm	Religión: Creyente	Estado Civil: Soltera

1.- Necesidad de Oxigenación

Datos Subjetivos

1.- ¿Realizas algún tipo de ejercicio?

Si () No () Ocasional (X) ¿Cuál? Caminar

Me gusta salir a caminar por las noches.

¿En compañía de alguien o sola? Sola o con mi prima.

2.- ¿Presentas alguna molestia cuando realizas el ejercicio? Sí ¿Antes o después de realizarlo? Cuando lo estoy realizando ¿Cuáles son las molestias? Tos, sensación de falta de aire y ahogo. Otro: Cuando voy caminando, no puedo ir hablando al mismo tiempo.

¿Te cansas con facilidad? Si (X) No ()

3.- ¿Tú fumas? Si () No (X) ¿Alguien más de tú casa fuma? Si (X) No ()

¿Quién? Mi abuela materna

4.- ¿Sabes si tienes alguna alergia respiratoria? Si () No (X)

5.- ¿Cerca de tú casa hay Fabricas, Tabiquerías, Hojalaterías?

Si () No (X)

6.- ¿Tienes algún familiar directo, con problemas respiratorios? Si () No (X)

7.- ¿Convives con mascotas perros, gatos, aves etc.? Si () No (X)

8.- ¿Te has vacunado contra la Influenza últimamente? Si () No (X)

Datos Objetivos

Frecuencia respiratoria (20x') Temperatura (36.2°C) Frecuencia cardiaca (80x')
Presión Arterial (110/70)

La coloración de la piel es rubicunda, sin datos de disnea, cianosis o hematomas, presenta respiración nasal.

Ritmo respiratorio: Es regular en la inspiración e inspiración, con una adecuada permeabilidad en las vías respiratorias, asegurando la circulación del aire.

Amplitud los movimientos torácicos y abdominales simétricos, permiten que se observe la cantidad de aire inspirado y espirado en cada ciclo respiratorio.

Los ruidos respiratorios: silenciosa, refiere no roncar durante el sueño. El color de tegumentos es de color rosado y las narinas se observan limpias, mucosidad en pequeña cantidad, es transparente y fluida.

No se palpan masas, los bordes costales, para valorar el frémito se pide pronuncie una palabra, sintiendo las vibraciones que son fuertes a un nivel normal de voz, se solicita que suba al tercer piso, posteriormente se toman signos vitales, obteniendo: F.C. 65 x', F.R. de 32 x', T/A 100/60, accesos de tos y disnea.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos Subjetivos

1.- ¿Cómo es tu apetito malo, regular, bueno o abundante? Malo

2.- ¿Cuáles son tus horarios de comida?

Desayuno: Depende de la hora que me levante, entre 10 y 11 a.m., por lo regular desayuno lo que haya sobrado de un día anterior, si no una sopa maruchan, o un sope o una gordita, lo que pueda comprar, sino tengo dinero nada, hasta la hora de la comida.

Comida: Horario 15 ó 16 hrs., lo que prepara mi abuelita y si me gusta me lo como, sino nada, hasta la hora de la cena.

Cena: Horario 22 ó 23 hrs; Ceno lo que haya hecho mi mamá, o tortas, por lo regular es la comida más fuerte que realizo.

3.- ¿Presentas algún trastorno digestivo? Gastritis (X) Colitis (X) Agruras (X) Reflujo () Ulcera gástrica () Diarrea () Parasitosis ()
Estreñimiento (X) Otro _____

4.- El lugar preferido para comer es: El comedor, o el sillón o mi cuarto, no tengo un lugar en especial, depende mi estado de ánimo.

5.- ¿Te gusta comer solo o acompañada? Acompañada ¿Por quién? Por mi familia la que esté presente, a veces.

¿Compartes todos los alimentos con tu familia? Si () No (X) ¿Por qué? Varía de acuerdo al horario de trabajo de mi mamá.

6.- ¿Cuáles son tus alimentos preferidos? Tacos dorados, tostadas de tinga de pollo, enchiladas suizas ¿y bebidas preferidas? La coca y el boing de 250 ml diario. ¿Qué líquidos consumes y en qué cantidad diaria? Agua de Tang dos litros diarios ¿Qué alimentos te desagradan? Longaniza, berros, verduras, frutas.
¿Tienes alguna dieta en especial? No

7.- ¿Comes entre comidas? Si () No () A veces (X) ¿Qué comes?

Golosinas (paletas, chicles, dulces y comida chatarra)

8.- ¿Alguna vez te has provocado el vómito?

Si (X) No () ¿Cuándo? Cuando me siento muy “llena como si fuera a explotar”, para descargar un poco el estomago.

9.- ¿Tus emociones modifican tu forma de comer?

Si (X) NO () ¿Cómo? Según mi estado de emocional, si me siento triste como poco, muy poco, si estoy enojada no como, si estoy contenta como porciones normales.

10.- ¿Sabes si tienes alguna alergia alimenticia? No

Datos Objetivos

Peso: 85 Kg Talla: 1.51 mts. I.M.C. 35.52 Perímetro abdominal: 104 cm

Perímetro braquial: 34 cm

Boca se observan mucosas orales hidratadas húmedas y de color rosa.

Dientes: color marfil, alineados y completos, se encontró caries en el segundo molar cuadrante inferior izquierdo, encías adheridas a los dientes.

Lengua saburral, rosada, sin grietas.

Hábitos alimentarios:

Presenta ayunos prolongados, no ingiere alimentos de los cuatro grupos de alimentos, la cantidad de líquidos ingeridos es aceptable pero no así la preferencia de líquidos que ingiere, contienen muchos azúcares, horarios de alimentos desajustados.

Consumo de alimentos por semana:

Frutas (1) y verduras (3)

Cereales: Pastas (4), Tortillas (6 a 8 diarias), pan blanco (2 ó 4 al día), si es de dulce (2 ó 3), galletas un paquete a la semana, sopa maruchan 2 a la semana.

Leguminosas: Frijoles (1 vez a la semana).

Proteínas: Carne (1), Pollo (3), Pescado o mariscos (0), leche (0), Huevo (6).

Comida chatarra 1 bolsita cada tercer día, dulces surtidos 5 al día, chicles 1 paquete cada tercer día, refresco (6 en los fines de semana de 600 ml), jugo envasado (1 diario de 250 ml, por las mañanas), agua endulzada Tang (2 litros diarios), bebidas alcohólicas esporádicamente, llegando a la embriaguez.

3.- Necesidad de Eliminación

Datos Subjetivos.

Hábitos intestinales

- 1- ¿Cuántas evacuaciones presentas al día? Una vez al día o cada tercer día.
- 2- ¿Qué características tienen las evacuaciones? Formadas, duras, secas y de color y olor característicos, café
- 3- ¿Sufres de gases o flatulencias? Si, principalmente el día que no evacuo.
- 4- ¿Cambia tu estado de ánimo por esta situación? Si me incomoda, porque me siento como hinchada, y siento el abdomen más grande.
- 5- ¿Has tomado laxantes? Si () No (X)
- 6- ¿Cuántas micciones tienes al día aproximadamente? De cinco a ocho veces al día
¿Puedes referir la cantidad de orina? Aproximadamente de 200 ml por micción. ¿Qué características tiene la orina? Color amarillo fuerte, si tomo agua, es amarilla clara.
- 7.- ¿Has presentado alguna molestia? Sí, de dolor y ardor al orinar, “ más cuando me aguanto de ir al baño.”
- 8.- ¿Has observado sangre o pus? Sangre nada más cuando menstruo.
- 9.- ¿Fuiste al médico? No, “mi mamá, medio agua de jamaíca, y baños de asiento con agua con vinagre y se me quito”, además deje de tomar tang.
- 10.- ¿Ahora tienes ese problema? Sí
- 11.- ¿Has presentado salida de flujo? Si (X) No ()
- 12.- ¿Cuándo? Antes de menstruar ¿Color? Blanco o a veces café

13.- ¿A qué edad se te presentó tu primera menstruación (Menarca)? A los 11 años ¿Cómo son tus periodos menstruales?

Regulares (X) 25 días Irregulares () ¿Molestias con tu periodo? Sí, Cólicos menstruales, los dos primeros días. Duración de sangrado normalmente 3 días, pero sí ha llegado a durar 7 u 8 días. ¿Tienes alguna duda o inquietud sobre esto? No

14.- ¿Tú sudoración es? Excesiva () Normal (X) Nocturna ()

Datos Objetivos

Se observa abdomen blando, depresible, globoso, a expensas de panículo adiposo, se observan estrías y una mancha café claro “hipercrómica” de aproximadamente 10 cm, indolora, se palpa intestino y vejiga vacíos.

Genitales externos con vello púbico, con distribución en forma de triángulo invertido, no permitió más exploración.

Se observa muy nerviosa, al comentar que ha tenido relaciones sexuales, se retuerce el cabello, aumenta la coloración de su cara, la sudoración de las manos aumenta, solloza, aunque cooperadora, refirió sentirse apenada, consiente en que las relaciones fueron sin protección.

4.- Necesidad de movilidad y postura

Datos Subjetivos

1.- ¿Tienes alguna dificultad para caminar? Si () No (X)

¿Utilizar algún apoyo ortopédico (bastón, andadera, silla de ruedas, muletas, platillas, prótesis etc.)? Si () No (X)

2.- ¿Has tenido fracturas o esguinces? Si (X) No () esguince cervical a finales de noviembre 2012, utilizó collarín blando por cuatro semanas. Quedando con secuelas de sensación de pesadez en cuello.

3.- ¿Has tenido intervenciones quirúrgicas? Sí () No (X)

4.- ¿Has tenido problemas de espalda? Si (X) A nivel lumbar No ()

¿Frecuentemente? Solo cuando estoy mucho tiempo de pie, o uso zapatillas.

5.- ¿Tienes problemas de cadera o pies? Si () No (X)

Datos Objetivos

Se observa el sistema musculo esquelético íntegro y acorde a su edad, la marcha es independiente, la postura que adopta no es erguida en parte por el sobre peso y la columna vertebral presenta lordosis, por la postura adoptada en ocasiones presenta dolor, a nivel lumbar, sin limitación en el movimiento de articulaciones de las extremidades superiores e inferiores, no se palpan deformaciones de huesos, presencia de tumores, ni crepitaciones.

Observaciones: Presentó esguince cervical hace tres meses, al realizar movimiento de levantamiento de un mueble hasta un tercer piso, sin mecanismo de apoyo de mecánica corporal, como tratamiento utilizó collarín blando por cuatro semanas, dejando como secuela la sensación de pesadez en el cuello, no recibió terapia de rehabilitación.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Datos subjetivos

- 1.- ¿Cuántas horas duermes al día? Mínimo diez horas, los fines de semana duermo menos, porque voy a trabajar con mi papá.
- 2.- ¿A qué hora te vas a tu recámara? Al terminar de cenar, como a las 23:30 hrs.
- 3.- ¿Realizas alguna actividad o rutina antes de dormir? Si (X) No ()
Actividad física no, a veces me lavo los dientes antes de dormir, después me conecto a las redes sociales de internet, me duermo hasta que me vence el sueño.
- 3.- ¿Te conectas diario? Sí (X) ¿Cuántas horas? Aproximadamente 4 ó 5.
- 4.- ¿Tu sueño es continuo o interrumpido? Continuo.
- 5.- ¿Sabes si roncas al dormir? A veces ¿Cuándo? Al acostarme después de cenar y al dormir sin almohada.
- 6.- ¿Tienes insomnio, Parasomnias (disfunciones que se presentan durante el sueño como sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, etc.)?
Si () No (X)
- 7.- ¿Al despertar te sientes descansada? Si () No (X) Despierto en ocasiones con dolor de cabeza de un solo lado y principalmente el ojo del lado que me duela, hay veces que tengo que vomitar, no tolero ningún tipo de luz, y me pongo hielo en la cabeza, dice mi tía que es migraña.
- 8.- ¿Haz asistido a consulta médica cuando tienes estos síntomas? No, ya sé que con lo que hago se me quita.

Datos Objetivos

Estado de conciencia alerta, orientada en las tres esferas, no presenta bostezos continuos, ni se muestra distraída, duerme en una habitación para ella sola, con adecuada ventilación e iluminación, refiere no levantarse desde que se acuesta, no existen ruidos que alteren su sueño.

Reconoce que duerme tarde por estar conectada a las redes sociales de internet, por más de dos horas, llegando a altas horas de la noche, por lo que se levanta

tarde, ocasionalmente despierta con cefalea y ha llegado presentar migraña, sin tratamiento médico.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Datos subjetivos

1.- ¿Cómo eliges tus prendas de vestir cotidianamente? Al principio la planeo, pero al momento de empezar a vestirme cambio de opinión, me gusta la ropa deportiva, colores como el rosa, el morado.

2.- ¿Influye tu estado de ánimo, la moda, círculo social para hacer dicha elección? Si, cuando es mi estado de ánimo, me es indiferente lo que elija para ponerme. Cuando es la moda tardo mucho para elegir, cuando es para un evento social, ocasión especial o importante para mí, tardo mucho en decidirme para escoger y aún así no estoy a gusto, hasta que alguien me dice lo contrario.

3.- ¿Te gusta esmerarte en tu arreglo personal? Si () No (X) ¿Por qué? No me gusta verme bien

4.- ¿Tu creencia religiosa influye en tu manera de vestir? Si (X) No ()
¿Por qué? Porque nos enseñan que debemos vestir de manera correcta, sin enseñar de más, nuestro arreglo personal debe ser con decoro y maquillaje discreto.

5.- ¿Necesitas ayuda para seleccionar tu ropa?
Si () No (X) Pero si hay alguien siempre pido opinión.

6.- ¿Usas ropa especial para dormir? Sí (X) No () ¿Cuál? Camisetas y short, pijamas, cuando menstruo pants.

Datos Objetivos

Se observa que su ropa, es adecuada para su edad, la elección es personal al gusto y a las circunstancias, apropiada a sus funciones y actividades que realiza, es apropiada al clima, como playeras, jeans, chamarras, sudaderas, su ropa se observa con escotes discretos y estampados, holgada, tenis y zapatos de piso, accesorios discretos, posee la capacidad para vestirse y desvestirse, la ropa que usa es un poco desproporcionada a la talla y peso, porque la usa ajustada, principalmente el pantalón y las blusas y playeras holgada.

7.- Necesidad de Termorregulación

Datos subjetivos

- 1.- ¿Te adaptas a cualquier clima? Si (X) No ()
- 2.- ¿Qué clima te gusta más para desarrollar tus actividades cotidianas? El clima frío
- 3.- ¿Qué golosinas consumes más, para no tener frío? Dulces y chocolates.
- 4.- ¿En época calurosa, cómo de refrescas? Con bebidas frías, raspados y chocolate frío.
- 5.- ¿Te has enfermado de gripa últimamente? Sí () No (X)
- 6.- ¿Has tenido Infección de vías respiratorias bajas (Neumonía)?
Sí () No (X)
- 7.- Infección Gastrointestinal No (X) Si ()
- 8.- Otro tipo de infección (Especifique) Solo de vías urinarias.

Datos Objetivos

No presenta problemas en la termorregulación, aun en los cambios de temperatura, acepta el clima templado, usa ropa de acuerdo a época, en caso de calor ingiere más líquidos en caso de frío bebidas calientes.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Datos Objetivos

1.- ¿Con que frecuencia te bañas?

Antes diario, con cambio de ropa, últimamente me baño una vez a la semana, y principalmente porque me presionan, o porque ando menstruando.

2.- ¿Tienes algún motivo para no cuidar tu higiene? Últimamente, he perdido interés por la limpieza, principalmente de mi persona, mi casa.

3.- ¿Por qué perdiste ese interés? Porque me siento, triste, enojada, tengo cambios de humor, dice mi mamá que estoy deprimida.

4.- ¿Siempre has sido así? No

5.- ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?

Una vez al día () dos veces al día () tres veces al día ()
Ocasionalmente (X) ¿Por las mañanas o por las noches? Según si voy a salir temprano, es por las mañanas, sino por las noches antes de dormir.

¿Presentas alguna molestia en tu dentadura? A veces he sangrado de las encías al lavarme los dientes.

¿Utilizas hilo dental? No sé cómo usarlo.

¿Enjuague bucal? No, solamente pasta de dientes

6.- ¿Te lavas las manos antes de ingerir tus alimentos? A veces ¿Por qué?
Como medida higiénica, pero si ya tengo mucha hambre, no me las lavo.

7.- ¿Te lavas las manos antes y después de ir al baño? Si (X) bueno a veces
¿Por qué? Porque en ocasiones tomo mis alimentos en la calle principalmente cuando ando trabajando con mi papá.

8.- ¿Qué utilizas para el aseo de manos? Jabón y agua. ¿Utilizas gel antibacterial cuando no puedes lavarte las manos? No

9.- ¿Por qué te muerdes las uñas? Por que las tengo muy delgadas y luego se me rompen.

10.- ¿Qué medidas realizas para mantener lubricada tu piel? Utilizo crema hidratante.

11.- ¿Quién realiza el aseo de tu habitación? Yo, pero últimamente, me cuesta trabajo realizarlo. ¿Por qué? No me interesa hacerlo, a mi no me incomoda.

12.- ¿No crees que es un foco de infección o que pueda atraer plagas?

Probablemente, pero nadie entra.

Datos Objetivos

Su aspecto general se observa limpio y aliñado, tiene un olor corporal agradable a jabón y perfume. La piel, es de color moreno claro, textura se observa seca, aunque utiliza crema hidratante, se la aplica una vez al día posterior al baño, temperatura cálida, en zonas interdigitales y submamaria no presenta lesiones, presenta acantosis nigricans en cuello, axilas, área de bikini y línea interglútea.

Mucosas Orales rosas, húmedas y lisas.

Dientes: Mala técnica de cepillado, utilizando solamente pasta dentífrica.

Cabello: Ligera seborrea en cuero cabelludo, el pelo es rizado natural, la mayor parte del tiempo lo trae recogido y estilizado con gel, las puntas del pelo se observan quebradizas.

Uñas de las manos son delgadas, se encuentran cortas con bordes desiguales porque se las muerde, las uñas de los pies las trae recortadas, cuidadas así como sus pies sin callosidades ni grietas.

Habitación se observa insalubre, refiere no sentir deseos de mantenerla limpia, ni arreglada, pasa días sin asearla, le tienen que presionar para que realice su aseo, este cambio de conducta es reciente.

Sabe que la insalubridad puede llegar a ocasionar problemas de salud, pero no encuentra el ánimo para realizarlo.

Las condiciones de la casa para realizar la higiene, es adecuada, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

9.- Necesidad de evitar peligros

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Con quién vives? Con mi mamá, mi hermana y la pareja de mi mamá.
- 2.- ¿Cuántos miembros componen tu familia nuclear? En el primer matrimonio de mi mamá 4, igual que en el actual.
- 3.- ¿Qué lugar ocupas en tu familia actual? Tercero
- 4.- ¿Cómo reaccionas ante una urgencia?
Pánico () Miedo (X) Bloqueo (X) mi única expresión es la risa nerviosa Euforia () Con risa nerviosa (X)
- 5.- ¿Cuentan con algún botiquín de primeros auxilios en donde vives?
Si () No (X)
- 6.- ¿Sabes identificar las áreas de seguridad ante una situación de urgencia como un sismo o un incendio? Si (X) No ()
- 7.- ¿Cómo almacenan las sustancias peligrosas en tu casa? Las acomodan debajo de una mesa en la cocina, sin rotulación.
- 8.- ¿Tienen armas de fuego en tu casa? Si () No (X)
- 9.- ¿Manejas instalaciones eléctricas y de gas? Si () No (X)
- 10.- ¿Conoces medidas de precaución para el manejo de sustancias inflamables?
No.
- 11.- ¿Cuentas con cartilla de vacunación? Sí (X) No ()
Esquema completo Sí () No (X) Me falta la vacuna del Papiloma Humano
- 12.- ¿Te gustan los deportes extremos? Sí(X) No () ¿Cuáles? Las carreras de autos, lo que llaman arrancones y me gustaría aprender a manejar motocicleta.
- 13.- ¿Sabes conducir automóvil? No
- 14.- ¿Has tomado algún tipo de droga? No
- 15.- ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Solo en fiestas.
¿Has llegado al estado de embriaguez? En algunas ocasiones.
- 16.- ¿Has fumado? Una vez, pero no me gusto

17.- ¿Has tenido relaciones sexuales? Si

18.- ¿Usaste protección? No

19.- ¿Tienes alguna limitación física? A veces me duele, el cuello, los hombros, los brazos.

¿Algún motivo en especial?

Sí, sufrí un esguince cervical hace tres meses y últimamente me despierto con esta molestia.

20.- ¿Te limita la movilidad? Nada más cuando me duele.

Datos Objetivos

Su casa es de materiales perdurables, vive en un primer piso, con barandales de protección en la escalera, la ventilación e iluminación es adecuada, natural, cuenta con todos los servicios de urbanidad, los pisos son de mosaico, en el baño existe piso antiderrapante, son seguros para el desplazamiento y convivencia diaria, además cuenta con tapetes adherentes, las ventanas tienen todos los vidrios, los equipos electrónicos cuentan con enchufes individuales, el gas se encuentra fuera del domicilio (en la azotea).

No cuentan con equipo de protección contra accidentes y peligros del entorno.

No tiene acciones en caso de incendio o temblor.

No cuenta con la vacuna contra el Papiloma Humano, porque menciona su mamá, que su servicio de seguridad social IMSS, la aplico a niñas de 9 años y ella contaba con 11 años, salubridad la aplico siempre y cuando tuviera el Seguro Popular y como ella cuenta con seguridad social, quedó descartada, en servicio privado era muy costoso.

Dentro de los factores sociológicos se observa su habitación desordenada, refiere no sentir deseos de mantenerla limpia, ni arreglada, pasa días sin arreglarla, le tienen que presionar para que realice su aseo, esto es desde hace dos años.

Sabe que la insalubridad puede llegar a ocasionar problemas de salud, pero no encuentra el ánimo para realizarlo.

Por la etapa del desarrollo ha sufrido agresión en sentido físico y psicológico, por lo que su estado de ánimo se encuentra alterado, aumentando los riesgos de seguridad.

10.- Necesidad de comunicación

Datos Subjetivos

1.- ¿Te preocupa algo?

Si () No (X)

2.- ¿Te sientes estresada?

Si (X) No () ¿Por qué? Sí me estresa el ruido, los gritos de los niños, los autos en la calle.

3.- ¿Tienes comunicación con tu familia?

Si () No (X) ¿Por qué? No acostumbramos hablar de lo que nos sucede

4.- ¿Con quién tienes mayor comunicación? Con mi prima de 16 años y mis tías, al último mi mamá.

¿Crees que tu prima te pueda ayudar cuando tengas algún problema? A lo mejor no, pero me escucha

¿Tienes a alguien más a tu alrededor? Si mis tías y mi mamá

5.- ¿Quiénes conforman tu familia?

En el primer matrimonio de mi mamá, era mi papá, mi mamá, un hermano y yo.

En su relación actual, somos mi mamá, su pareja, mi hermana y yo.

6.- ¿Tienes buena relación afectiva con la pareja de tu mamá?

Ya no, cuando no vivíamos juntos sí, él es alcohólico y discutimos mucho.

7.- ¿Cómo consideras tu relación con tu mamá? De menos a peor, peleamos mucho, casi no hablo con ella.

8.- ¿Siempre ha sido así?

No, antes de que naciera mi hermana, compartía más cosas con mi mamá, cuando ella nació, me sentí desplazada, pero no dije nada ni hable de esos sentimientos.

9.- ¿Qué edad tiene tu hermana? Seis años

10.- ¿Tu hermano que edad tiene? 22 años

11.- ¿Con tu hermano como te relacionas? Casi no lo veo ya tiene su pareja y no vive con nosotros, antes nos llevábamos bien.

12.- ¿Te gusta estar sola?

Si (X) No () ¿Por qué? Me gusta disfrutar de la soledad

13.- ¿Te reúnes con tus amistades?

Si () No (X) No tengo amigos.

14.- ¿Tienes celular?

Si (X) No ()

15.- ¿Te gusta comunicarte a través de las diferentes redes sociales?

Si (X) No () ¿Por qué? Porque no confío en las personas que veo, las virtuales no las conozco.

16.- ¿Confías en tus amigos (as)? No tengo amigas, actualmente, una nunca demostró ser mi amiga, y la otra se fue a vivir al interior del país, solamente tengo comunicación con ella por face.

17.- ¿Le exteriorizaste tu enojo a tu amiga? Sí ¿Cómo? Me peleé a golpes con ella, como le gane me burlaba después por el facebook, como sabía su contraseña me enteraba de lo que hacía y la ponía en mal con sus amigos.

18.- ¿Cuándo te enojas como lo expresas? No hablo con nadie y no como.

¿Por mucho tiempo? Sí, tengo ayunos prolongados

19.- ¿Te consideras Apática? Sí, de dos años a la fecha, inicio alguna actividad y después la dejo sin un motivo.

20.- ¿Le encuentras alguna solución a la situación que vives?

Por eso prefiero el aislamiento, “me gustaría quedarme dormida todo el tiempo”, para no sentir o saber nada de mí alrededor.

Datos Objetivos

No se observan alteraciones en los órganos de los sentidos, mantiene una conversación que facilita el intercambio de ideas, un ritmo moderado, utiliza un lenguaje claro y preciso, a lo largo de la valoración en su expresión no verbal, adopta una posición encorvada, en la expresión de sentimientos y emociones en

más de una vez habla en voz más baja y suspira, se retuerce el cabello, llora, menciona la deslealtad de las “amigas”.

No demuestra actitudes de autodefensa; el entorno que para ella representa seguridad es su habitación, no permite que lo traspasen si va a recibir críticas o juicios, principalmente de su mamá.

La comunicación es ineficaz en su entorno familiar, prefiere el aislamiento, expresa crisis de llanto, refiere “me gustaría quedarme dormida todo el tiempo”, para no sentir o saber nada de mí alrededor.

Observaciones

Antes de la expresión de sentimientos y emociones, empieza a caminar alrededor de la habitación, al referirse a la deslealtad de “su amiga”, menciona, siempre me “picaba” para que hiciéramos cosas arriesgadas, pero ella no las hacía, me engaño para que tuviera relaciones sexuales con una persona mayor, yo tenía 14 años y él 40, después que lo hice, me sentí sucia, no me gusto, él me acorralaba cuando iba a la escuela, o cuando iba a algún mandado, se lo platiqué a una prima y me aconsejo se lo dijera a mi mamá, o a alguien más, se lo platiqué a mis primas, pero me malentendieron, porque pensaron que andaba con ese, después de eso, “mi amiga” quería que nos fuéramos a cosas más extremas como ya no quise seguirla, me dijo que no valía nada, que ahora ya era como ella y no tenía caso ser mi amiga, pero ya había dejado la escuela, me peleaba con mi familia. Esta experiencia no la había expresado, con personas adultas hasta este momento.

Desde entonces evito a las personas que visualizo físicamente, por lo que entablo conversaciones con personas “virtuales”, aunque reconoce que también puede llegar a recibir decepciones.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Crees en un Ser Superior? Sí, Dios y su hijo Jesucristo.
- 2.- ¿Qué significado tiene Dios en tu vida? Poco actualmente. ¿Por qué? Porque apenas me bauticé en la Iglesia de los Santos de últimos Días
- 3.- ¿Qué religión practicabas anteriormente?
Era católica, pero no asistía a misa, ni me confesaba, nada más cuando hice mi primera comunión, en realidad no participaba en nada.
- 4.- ¿Y ahora, acudes a reuniones religiosas? Si (X) No () ¿Cada cuando?
Apenas estoy empezando a asistir, los domingos.
- 5.- ¿Te has sentido abandonado por Dios? Si
- 6.- ¿Has sentido desesperanza? Si
- 7.- ¿Piensas que has sufrido en algún momento de tu vida?* Si
- 8.- ¿La oración es una parte importante de tu vida?* No sé, apenas estoy acercándome a Dios por este medio.
- 9.- ¿Encuentras significado y propósito a tu vida?* No
- 10.- ¿Crees en la vida después de la muerte? * Al momento de morir no.
- 11.- ¿Te crees capaz de dar y recibir amor? * No
- 12.- ¿Estas satisfecha con tu vida? * No
- 13.- ¿Tienes metas para ti misma? * No
- 14.- ¿Estás satisfecha con la forma en que utilizas tus habilidades? * No
- 15.- ¿Alguna vez has estado resentido? Si
- 16.- ¿Te cuesta trabajo perdonar a los demás? * Sí
- 17.- ¿Aceptas las situaciones que hay en tu vida? * No
- 18.- ¿Aceptas los cambios que hay en tu vida? * No
- 19.- ¿Has sentido culpa por algún evento en tu vida? Si

20.- ¿Aceptas fácilmente los cambios que ocurren en tu vida?^{* 87} No

21.- ¿En quién encuentra el mayor apoyo en tiempos de dificultad? Apenas estoy conociendo a Dios como fuente de apoyo y en la Iglesia.

Datos Objetivos

La expresión de su creencia en un Ser Superior es apenas una perspectiva nueva, ha expresado desesperanza, no existe satisfacción por la vida, cuenta con redes de apoyo para su espiritualidad, pero no las utiliza continuamente.

Refiere culpa y frustración al no sentir la satisfacción en varios aspectos de su vida.

⁸⁷ Potter, Patricia, Griffin, Ann. *Fundamentos de Enfermería. Vol. 2*, Harcourt - Océano – Elsevier. España, 5ª Ed., Pág. 611. Los asteriscos se refieren a ítems de la Escala de placidez espiritual de JAREL.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Datos Subjetivos

1.-¿Estudias o trabajas?

Si () No () Ninguno (X)

A veces trabajo con mi papá en su negocio, los fines de semana.

¿Por qué a veces? Solamente me pide que lo apoye cuando no tiene su personal completo.

2.- ¿Hasta qué grado escolar cursaste? El segundo año de secundaria

3.- ¿Realizas alguna actividad? A veces los fines de semana le ayudo a mi papá en su trabajo, que consiste en hacer fletes, soy la encargada de dar los costos y ser cajera, en ocasiones le ayudo a cargar y por eso me lastime la espalda ocasionándome un esguince cervical.

4.- ¿Tienes algún pasatiempo? Últimamente la televisión, chatear,

5.- ¿Estas satisfecha con el rol familiar que tienes? Sí () No () A veces (X)

6.- ¿Tienes algún propósito por realizar?

Si () No () A veces (X) ¿Cuál? Terminar la secundaria y estudiar para cultora de belleza, pero siento que no seré capaz de hacerlo.

7.- ¿Disfrutas de la vida?* Sí () No (X) A veces ()

8. ¿Te resulta difícil tomar decisiones?* Sí (X) No ()

9.- ¿Existen cosas que te interesen?* Sí () No () A veces (X)

10.- ¿Has pensado más de lo habitual, en tu propia vida? *Sí () No (X)

11.- ¿Tienes la impresión de que la vida carece de sentido?* Sí (X) No ()

12.- ¿Te sientes agotado o falta de energía?* Sí (X) No ()

13.- ¿Tienes alguna dificultad para dormir?* Sí (X) No ()

14.- ¿Sientes dolores o molestias en alguna parte de tu cuerpo?* Sí (X) No ()

15.- ¿Tienes poco apetito o has perdido peso?* Sí () No (X)

16.- ¿Has abandonado muchos de tus intereses y actividades habituales? * Sí (X)
No ()

- 17.- ¿Sientes que tu vida está vacía?* Sí (X) No ()
- 18.- ¿Te aburres con frecuencia?* Sí (X) No ()
- 19.- ¿Tienes esperanza en el futuro? * Sí (X) No ()
- 20.- ¿Estas molesta por pensamientos que no puedes alejar de tu mente? * Sí (X)
No ()
- 21.- ¿Estas de buen humor la mayor parte del tiempo?* Sí (X) No ()
- 22.- ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a suceder? * Sí (X) No ()
- 23.- ¿Te sientes contenta la mayor parte del día?* Sí (X) No ()
- 24.- ¿Te sientes desamparada? *Sí (X) No ()
- 25.- ¿Te sientes intranquila y nerviosa con frecuencia?* Sí (X) No ()
- 26.- ¿Prefieres quedarte en casa antes que salir y realizar algún proyecto?
*Sí (X) No ()
- 27.- ¿Te preocupas por el futuro? *Sí () No (X)
- 28.- ¿Piensas que es maravilloso vivir ahora? *Sí () No (X)
- 29.- ¿Te sientes desanimado y triste con frecuencia? *Sí (X) No ()
- 30.- ¿Sientes que nadie te aprecia? *Sí (X) No ()
- 31.- ¿Extrañas el pasado? *Sí () No (X)
- 32.- ¿Crees que la vida es emocionante? *Sí (X) No ()
- 33.- ¿Se te hace difícil comenzar nuevos proyectos? *Sí (X) No ()
- 34.- ¿Te sientes con mucha energía? *Sí () No (X)
- 35.- ¿Crees que los demás están en mejores condiciones que tú? *Sí (X) No ()
- 36.- ¿Te molestan con frecuencia por cosas, sin importancia?* Sí (X) No ()
- 37.- ¿Tienes ganas de llorar con frecuencia? *Sí (X) No ()
- 38.- ¿Tienes problemas para concentrarte? *Sí (X) No ()
- 39.- ¿Disfrutas levantarte por la mañana? *Sí () No (X)
- 40.- ¿Evitas las reuniones sociales? *Sí (X) No ()⁸⁸

*⁸⁸ Ramos Brieva et al., Test depresión. Versión validada en castellano de la escala geriátrica para la depresión. 1991,1993.

Las preguntas que tienen un asterisco, son parte de la referencia, al pie de página.

Datos Objetivos

Manifiesta que le gusta trabajar para tener dinero, y tener autonomía, aunque reconoce que debe concluir primero su estudios básicos para continuar su superación, reconoce que le cuesta un gran esfuerzo seguir con lo que inicia, sabe que tiene la capacidad para esa realización personal, pero también siente la necesidad de sentirse valorada, para que enfrente lo que se le presente en la vida y le permita tomar mejores decisiones.

Al realizar un test de autoestima en adolescentes (se anexa), el resultado es de baja autoestima, y que por lo tanto presenta dependencia en varias necesidades, al presentar estreñimiento, desequilibrio en el sueño por hipersomnia, principalmente al despertar y no descansar, adinamia y Anhedonia, sensación de vacío, falta de cooperación en diferentes responsabilidades familiares, el autoconcepto disminuido al comentar minusvalía, culpabilidad y falta de vitalidad, los cuales son datos de depresión.

Su mamá la ha llevado a recibir atención psicológica, sin continuar el proceso de valoración para llegar al diagnóstico de depresión, aunque al realizar diversos cuestionarios, en este PAE, demuestra que tiene síntomas depresivos, poniendo en riesgo la salud emocional de la persona.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Datos Subjetivos

1.- ¿Qué actividades recreativas realizas en tu tiempo libre? Ninguna

2.- ¿Tu estado de ánimo influye para realizar tu actividad? Si (X) No () No me gusta zumba, ni aerobics, no le encuentro “chiste alguno”.

3.- ¿En tu localidad existen áreas recreativas?

Si (X) No () ¿Cuáles? GYM, casa de la cultura, parques.

4.- ¿Asistes a alguna de ellas? No

5.- ¿Qué otras actividades te agradan?

Me gusta ir al cine, ver televisión, me gustan las películas de Terror, Amor y Suspenso.

6.- ¿Reservas algún tiempo para divertirte? Ninguno (X) Poco () Mucho () Suficiente ()

7.- ¿Cuál es su diversión preferida? Escuchar música, chatear por internet.

8.- Pérdida de interés por las actividades recreativas físicas: Sí (X) No ()

¿Por qué? Empiezo alguna actividad, pero me desánimo muy rápido y dejo de hacerlas.

9- Cambio en habilidades o funciones físicas/corporales: Sí (X) No () ¿Cuáles?

Por obesa, me canso muy rápido y por eso prefiero no hacer ejercicio.

Datos Objetivos

De acuerdo a la etapa del desarrollo que cursa debería realizar diferentes actividades recreativas, deportivas, de ocio y placer, pero presenta una pasividad para la actividad física, además su afición a las redes sociales, no le permiten tener un adecuado desarrollo psicosocial, así como su entorno familiar.

Su estado de ánimo en ocasiones es de apatía y lo acepta, manifiesta que casi todo le aburre y es participativa pero se desanima muy pronto.

La complejión física también le impide realizar actividades recreativas, ya que presenta una obesidad grado II.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Sabes leer y escribir? Sí (X) No ()
- 2.- ¿Tienes problemas auditivos? Sí () No(X)
- 3.- ¿Tienes problemas oculares? Sí () No (X)
- 4.- ¿Tienes problemas para aprender? Si () No (X) ¿Cuál?
- 5.- ¿Hasta qué año cursaste? Segundo año de secundaria
- 6.- ¿Te gusta estudiar? Si () No (X) ¿Por qué? Aunque sé que es una forma de superación, no tengo el ánimo para realizar el inicio de un curso.
- 7.- ¿Tu familia te apoya para que realices actividades de aprendizaje? Sí (X) No ()
Mi mamá me ha dicho que tengo que terminar mis estudios, sino no voy a encontrar un trabajo estable.
- 8.- ¿Tienes interés en aprender cómo manejar tu problema de salud? Sí (X) No ()
¿porqué? Porque yo no era así, además no sé cómo hacerlo, ni a donde, ni a quién recurrir.

Datos Objetivos

No se observan datos de alteración cognitiva, se encuentra adaptada en el hoy y ahora, en sus tres esferas, se interesa en el aprendizaje de su salud emocional y física, pero no tiene los conocimientos necesarios, ni conoce redes de apoyo para lograr su objetivo, por su estado emocional manifiesta que se encuentra desanimada para realizar actividades que incluyan el aprendizaje, aunque lo expresa verbalmente por sus actitudes y acciones no encuentra la suficiente motivación para llevarlas a cabo, lo que no le permite informarse de los recursos disponibles, para alcanzar el aprendizaje requerido.

2.2 Organización de datos

DATOS	NECESIDAD	DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> -Mínima actividad física. -Disnea de esfuerzo. -Tos -Fumador Pasivo -Signos vitales posteriores a ejercicio. F.C. 65 x', F.R. de 32 x', T/A 100/60. 	Oxigenación	Parcialmente Dependiente
<ul style="list-style-type: none"> -Ayunos prolongados Peso: 85 Kg, Talla 1.51 mt. IMC 35.52, P.A. 104 cm, P.B 34 cm, -Obesidad Tipo II. -Caries en el segundo molar cuadrante inferior izquierdo -Dieta desbalanceada, rica en carbohidratos. -Horarios desajustados, bebidas alcohólicas esporádicamente, llegando a la embriaguez. 	Nutrición	Dependiente
<ul style="list-style-type: none"> -Evacuaciones una vez al día o cada tercer día, con características de heces duras, secas y formadas, presenta flatulencias, principalmente el día que no evacua. -Refiere distensión abdominal y cambios en el estado de ánimo por esta situación. -Presenta datos de disuria. No comprobados. 	Eliminación	Parcialmente Dependiente

<ul style="list-style-type: none"> -Postura no erguida, más bien encorvada. -Lordosis. -Sensación de pesadez en cuello como secuela de esguince cervical. –Sedentarismo, no realiza actividad física. 	<p>Movilidad y Postura</p>	<p>Dependiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Duerme 10 horas -Accesa a las redes sociales de internet hasta altas horas de la noche. -Concilia el sueño por cansancio. -Presenta cefalea y migraña. 	<p>Descanso y Sueño</p>	<p>Parcialmente Dependiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Capacidad de vestirse y desvestirse. -Ropa adecuada a la época, ocasión y estación. -Maquillaje discreto. 	<p>Usar prendas de vestir adecuadas.</p>	<p>Independiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -No presenta problemas de adaptación al clima. Ingiere golosinas para mantener una temperatura corporal normal, en época fría, y bebidas frías en época calurosa. 	<p>Termorregulación</p>	<p>Independiente</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Higiene personal descuidada, -El cuero cabelludo tiene ligera seborrea, puntas dañadas. -Piel se observa seca, presenta acantosis nigricans en cuello, axilas, área de bikini y línea interglútea. Se observan estrías en abdomen y una mancha café claro “hipercrómica” de aproximadamente 10 cm, indolora. -Dentadura, caries en el segundo molar cuadrante inferior izquierdo, con técnica inadecuada de cepillado. -Las uñas de las manos son delgadas, se encuentran cortas con bordes desiguales porque se las muerde. -Habitación desordenada, sin ánimos ni deseo de realizar el aseo de la misma, esta situación es reciente. 	<p>Higiene y protección de la piel</p>	<p>Dependiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Desconoce equipo y acciones contra incendio y/o temblor, así como protección contra accidentes y peligros del entorno. -Cartilla de vacunación incompleta, falta vacuna contra el Papiloma Humano. -Afición por deportes extremos. -Relaciones sexuales tempranas, sin protección. -Con riesgo a las adicciones 	<p>Evitar Peligros</p>	<p>Dependiente</p>

<ul style="list-style-type: none"> -No se observan alteraciones en los órganos de los sentidos. -La valoración en su expresión no verbal, adopta una posición encorvada, dificultad para la expresión de sentimientos y emociones, -Desconfiada en sus relaciones sociales. -El enojo lo expresa con hostilidad y anorexia. -Muestra apatía a diversas actividades. -Comunicación familiar conflictiva. -Su entorno que para ella representa seguridad, es su habitación, no permite que lo traspasen si va a recibir críticas o juicios, principalmente de su mamá, prefiere el aislamiento. 	<p>Comunicación</p>	<p>Dependiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Asiste a sus servicios y actividades religiosas por lo menos una vez a la semana. -Desesperanza y abandono por Dios. -Refiere culpa y frustración al no sentir la satisfacción en varios aspectos de su vida. - Expresiones de inutilidad, resentimiento, dificultad para perdonar. 	<p>Vivir según sus Creencias y Valores</p>	<p>Dependiente</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Baja autoestima, y que por lo tanto presenta dependencia en varias necesidades. -Depresión -Anhedonia - Apatía -Manifiesta que le gusta trabajar para tener dinero, y tener autonomía. -Reconoce que debe concluir sus estudios básicos para continuar superándose. -Reconoce que le cuesta un gran esfuerzo finalizar con lo que inicia. -Sabe que tiene la capacidad para esa realización personal, pero también siente la necesidad de sentirse valorada, para que enfrente lo que se le presente en la vida y le permita tomar mejores decisiones. 	<p style="text-align: center;">Trabajar y Realizarse</p>	<p style="text-align: center;">Dependiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -No realiza actividades recreativas, deportivas por falta de interés. -Afición por las redes sociales -Manifiesta que casi todo le aburre y es participativa pero se desanima muy pronto. 	<p style="text-align: center;">Jugar y participar en Actividades Recreativas</p>	<p style="text-align: center;">Parcialmente Dependiente</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo familiar para el aprendizaje. -Conocimientos deficientes para mejorar su salud física y emocional. -Desanimo -Falta de motivación. 	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p>	<p style="text-align: center;">Dependiente</p>

2.3 Diagnósticos

Necesidad de Oxigenación

Diagnóstico

1.- Riesgo de intolerancia a la actividad, relacionado con estilo de vida sedentario.

Necesidad de Hidratación y Nutrición

Diagnóstico

2.- Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por peso corporal superior en un 45.05% más al ideal según la talla, sexo, edad, IMC 35.52%, P:A: 104cm.

Necesidad de Eliminación

Diagnóstico

3.- Estreñimiento relacionado con malos hábitos alimentarios, manifestado por distensión abdominal, eliminación de heces duras, secas y formadas.

Necesidad de Movilización y Postura

Diagnóstico

4.- Sedentarismo, relacionado con inactividad física y falta de interés, manifestado por permanecer aproximadamente 8 horas sentada viendo televisión y en el chat, por medio de teléfono celular.

5- Riesgo de lesión, relacionado con agentes lesivos físicos (cargar cosas pesadas).

Necesidad de Descanso y Sueño

Diagnóstico

6.- Deprivación del sueño, relacionado con actividad nocturna inadecuada, manifestado por somnolencia diurna, aumento de la sensibilidad al dolor, irritabilidad, cefalea, migraña.

Necesidad de Usar prendas de Vestir

Diagnóstico

7.- Disposición para satisfacer las necesidades físicas para vestirse y desvestirse, puede ser reforzado.

Necesidad de Termorregulación

Diagnóstico

8.- Disposición para mantener una termorregulación eficaz y puede ser reforzado.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Diagnóstico

9.- Descuido personal, relacionado con desinterés en su apariencia física, sensación de minusvalía, manifestado por higiene personal y del entorno inadecuada.

10.- Deterioro en el mantenimiento del hogar, relacionado con falta de ánimo para realizar sus actividades, manifestado por entorno desordenado, acumulo de suciedad, residuos alimentarios.

Necesidad de Evitar Peligros

Diagnóstico

11.- Riesgo de suicidio, relacionado con factores sociales, alteración de la vida familiar, soledad, soporte emocional insuficiente, duelo (pérdida de personas importantes, amigas).

Necesidad de Comunicación

Diagnóstico

12.- Alteración de los procesos familiares, relacionado con violencia intrafamiliar, falta de alianzas madre-hija, manifestado por sensación de inseguridad, enojo, aislamiento, hostilidad, apatía, periodos prolongados de ayuno

13.- Afrontamiento ineficaz, relacionado con falta de capacidad para la comunicación familiar, manifestado por aislamiento.

Necesidad de Vivir según sus Creencias

Diagnóstico

14.- Desesperanza, relacionado con sentir falta de apoyo espiritual, manifestado por sentimientos de culpa y frustración, expresión verbal de abandono por Dios.

Necesidad de Trabajar y Realización

Diagnóstico

15.- Baja autoestima situacional, relacionado con desánimo, manifestado por falta de aprobación, sentimientos de minusvalía e inferioridad.

Necesidad de Jugar y participar en Actividades Recreativas

Diagnóstico

16.- Disminución en las actividades recreativas, relacionado con apatía, manifestado por falta de motivación para su ejecución.

Necesidad de Aprendizaje

Diagnóstico

17.- Conocimientos deficientes sobre su propia salud, relacionado con falta de interés en su persona, manifestado por apatía, desánimo y falta de motivación para su autocuidado.

2.3 Planeación, Ejecución y Evaluación

Necesidad de Comunicación

Diagnóstico

1.- Alteración de los procesos familiares, relacionado con violencia intrafamiliar, falta de alianzas madre-hija, manifestado por distanciamiento afectivo y pérdida de confianza, enojo, aislamiento, hostilidad, apatía, periodos prolongados de ayuno.

Objetivo:

Mariana referirá mejora de los procesos familiares, evitando la violencia familiar, por medio de un sistema de apoyo mutuo entre madre-hija, buscando los recursos externos adecuados en un lapso de tres meses y de manera permanente.

Acciones:

- Ayudar a la madre y la hija a valorar su situación de forma realista.
- Reconocer sus puntos fuertes con el fin de reforzar la alianza madre- hija.
- Fomentar la expresión verbal de sentimientos (culpabilidad, enfado, hostilidad):
- Informar a la madre y la hija sobre los distintos niveles de violencia familiar para que puedan identificarlos.
- Identificar la existencia de codependencia entre los miembros.
- Programar reuniones familiares con la participación de todos los miembros que componen la unidad familiar con el fin de:
 - Dar oportunidad a la expresión de sentimientos, necesidades, miedos, percepciones.
 - Clarificar sus relaciones.
 - Aceptar la situación.
 - Potenciar sus puntos fuertes y débiles.
 - Ventilar sus emociones.

Ejecución

1.- Reconocer conjuntamente Mariana y la madre, las situaciones que ocasionan la violencia intrafamiliar, entre ellas se contemplan las siguientes:

El alcoholismo del padrastro.

Falta de confianza para expresar sentimientos y emociones.

Evitar juicios por parte de la madre, tratando de escuchar razones y motivos.

2.- Proponer pláticas entre madre- hija, empezando por 15' diarios por una semana, e incrementar el tiempo.

3.- Entablar una terapia de escucha, en la que la hija hablará por 15' sin ser interrumpida, posteriormente la madre hará lo mismo, una vez por semana.

4.- Organizar una salida a un café, o cine, o paseo, únicamente las dos.

5.- Hablar de un tema que les cause incomodidad abordar.

6.- Utilizar ejercicios de técnicas de relajación (música, ejercicios de respiración)

Se realizaron las acciones estando de manera presencial la enfermera, posteriormente se obtuvo información, acerca de las acciones que realizaron en forma conjunta madre e hija.

La madre expresa lo culpable que se siente ante la situación que presentó su hija y principalmente por no darse el tiempo para escucharla, pensando que actuaba por rebeldía, "por no haber puesto atención en las señales de auxilio que le enviaba su hija", también hablaron de lo sucedido en la situación de la "amiga" y la agresión sexual de la que fue víctima Mariana.

Al tocar este punto, les da oportunidad para expresar sentimientos, aceptan hablar sin interrupciones para evitar malos entendidos, reconocen el amor que se tienen, y se comprometen a no emitir juicios, ni hacer comparaciones.

En menos de una semana cambia su conducta, Mariana está más tiempo fuera de su habitación, espera a su familia para tomar los alimentos, realizaron la salida programada para ir de compras al centro solas.

En cuanto al alcoholismo del padre aceptan buscar apoyo en una asociación de autoayuda en Al-anon, así como también en una Asociación en contra de la

violencia de género y abuso sexual infantil y de adolescentes, asisten a la cita de evaluación, pero se tenía que formar un grupo entre las edades que hubiesen tenido las mismas características de situación, hasta la fecha sigue en tiempo de espera, el apoyo que han recibido es la asistencia a un grupo de “contención de emociones”, en el cual expresan los sentimientos tanto la persona abusada como la madre, para poder afrontar la situación y su adaptación a las actividades de la vida cotidiana.

Evaluación

El afrontamiento de situaciones de violencia familiar, llevan un proceso a mediano o largo plazo, por lo que este objetivo, no se ha resuelto en su totalidad, pero permitió, que se haya entablado una relación madre- hija, logrando el autocontrol en situaciones que altera la relación de alianza y convivencia, evitando el distanciamiento porque ya no se recurre al aislamiento, existen todavía enojos, gritos, pero una técnica que les ha funcionado es: salirse o retirarse por 10 minutos o hasta una hora después y retomar el punto, ya no se van a dormir enojadas y se despiden y saludan de beso. La asistencia a estos grupos de apoyo, también les ha permitido manejar la situación del alcoholismo del padrastro, por lo que le han sugerido la ayuda que ofrecen en A.A. o en Centros de control de adicciones, no han logrado mucho, pero también están planeando, tomar otras decisiones.

Con estas acciones, ejecución y evaluación se cubre también la necesidad del diagnóstico de Afrontamiento ineficaz, relacionado con la falta de comunicación.

Necesidad de Hidratación y Nutrición

Diagnóstico

2.- Desequilibrio Nutricional por exceso, relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por peso corporal superior en un 45.05% más al ideal según la talla, sexo, edad, IMC 35.52 %, P.A. 104 cm.

Objetivo:

Mariana logrará el equilibrio nutricional, integrando hábitos de vida saludables (dieta adecuada) en un plazo de dos semanas.

Acciones:

- 1.- Animar a llevar un diario de comidas durante una semana.
- 2.- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- 3.- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- 4.- Determinar las preferencias de comidas.
- 5.- Utilizar el plato del buen comer para la selección de los alimentos.
- 6.- Enseñar alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- 7.- Mostrar los riesgos metabólicos con el hecho de estar por encima del peso.
- 8.- Llevar un registro de peso semanal o mensual, por tres meses.
- 9.- Tratar la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio con la ganancia y pérdida de peso.
- 10.- Los cambios de hábitos alimentarios, motivarán, un aumento de la autoestima.

Ejecución

1-4.- Se realizó un formato en donde se englobaron los primeros 4 puntos de las acciones, anotando, la hora en que se ingieren los alimentos, que alimentos se ingieren, donde los consume, con quien los consume, ¿por qué los consume? (hambre, antojo, ocio), ¿Cómo se sintió después de consumirlos? (anexo 2).

5-6.- Se utilizó el plato del buen comer, señalando que en su plato se haga un lugar para los cinco grupos de alimentos.

Se ayudo a la selección de menús en cada desayuno, comida y cena, por una semana.

Se recomiendo para evitar el estreñimiento, un consumo diario de 800 gramos de fibra al día, de los dos tipos, solubles e insolubles; estos se encuentran en leguminosas, frutas, pulpa y piel; verduras, frutos secos, avena y cereales integrales.



7.-Se mostro la definición de obesidad por medio de un artículo en donde se menciona el concepto de sobrepeso y obesidad.

Sobrepeso: designa un aumento del peso corporal por encima de lo que correspondería según la edad y el sexo.

Obesidad: indica un exceso de grasa corporal, es considerada por la OMS, una epidemia mundial. El aumento de su prevalencia se atribuye al consumo de alimentos altamente energéticos y de alimentos ricos en grasa, así como una disminución de la actividad física, favorecida por los avances tecnológicos y los cambios en los estilos de vida.

Existen dos tipos de obesidad: obesidad simple o exógena y obesidad endógena (la cual obedece a alteraciones orgánicas)

8.- Para el registro de peso y medidas, se utilizó la misma báscula, cinta métrica, misma ropa con la que se inició, se midió también la circunferencia de la cintura, cadera, perímetro braquial, así como la obtención del IMC., para verificar los avances.

El IMC, se obtiene al dividir el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado, según la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

Durante la implementación del Proceso Atención de Enfermería se realiza la siguiente tabla en donde se anotan los progresos de Mariana.

Peso Inicial	Talla	IMC	Perímetro Abdominal	Perímetro Cadera	Perímetro Braquial
Marzo 85 kg	1.51 cm	35.52%	104 cm	110 cm	35 cm
Abril 81 kg	1.51 cm	35.52%	102 cm	98 cm	33cm
Mayo 78.700 kg	1.51 cm	34.51%	98 cm	96 cm	31 cm

9.-De las diversas actividades físicas propuestas, se desarrollaron de forma paulatina:

- ✓ Caminar 30 minutos diarios, al principio se dividieron en 3 veces al día de 10' cada uno por siete días; luego fueron 2 veces de 15' cada uno, por una semana, posteriormente los 30 minutos de corrido, por dos semanas.
- ✓ Se inicio bailando 15 ', el ritmo que escogió, fue salsa, sin que fueran pasos de zumba, ni de alto impacto.

✓ Realización de ejercicios utilizando una silla o en la cama. Iniciando con series de 10, así como palos de escoba, para apoyo.

10.- Al observar la persona que alcanzó una meta a corto plazo, aumento su autoestima, animándose a continuar con los cambios dietéticos y la activación física.

Evaluación

Se logra modificar los hábitos alimenticios para buscar el equilibrio nutricional y la activación física, cumpliendo con el objetivo planteado, así como también la intolerancia a la inactividad en la necesidad de oxigenación y el sedentarismo en la necesidad de movilización y postura y el estreñimiento en la necesidad de eliminación.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Diagnóstico

3.- Descuido personal, relacionado con desinterés en su apariencia física, sensación de minusvalía, manifestado por higiene personal y del entorno inadecuada.

Objetivo

Mariana cuidará de su persona, identificando las causas de la falta de motivación por su higiene personal y su entorno, en lapso de un mes.

Acciones:

- 1.- Identificar las ventajas de mantener una adecuada apariencia física e higiénica.
- 2.- Identificar los probables problemas de salud causadas por el descuido personal y el entorno, como la proliferación de fauna nociva (en la persona la aparición de pediculosis, (en el entorno chinche y cucarachas).
- 3.- Fijar objetivos alcanzables por semana, para establecer hábitos sencillos y aumentar la responsabilidad en su higiene personal, reforzando la conducta apropiada.
- 4.- Animar a la persona a que acepte el desafío de mantener su higiene personal y de su habitación, aumentando gradualmente las actividades y las tareas que le proporcionen satisfacción.
- 5.- Animar a la persona a cuidar de sí misma.
- 6.- Orientar a la persona acerca de que las conductas destructivas, no son la forma de enfrentar la realidad de las situaciones conflictivas.

Ejecución

- 1.- Para la motivación personal, se utilizaron revistas para mostrar diferentes peinados y combinaciones de ropa juvenil, y revistas de decoración en habitación.

2.- Se destacaron por medio de un listado, las fortalezas y los éxitos de la persona, como buena cocinera, el rendimiento escolar, conversadora, para reforzar las conductas apropiadas.

3.- Para fijar objetivos alcanzables, se optó la participación de un reto, en la realización de actividades sencillas, como bañarse cada tercer día, llevar a cabo el lavado de ropa cada ocho días, guardar la ropa después de lavarse, limpiar la habitación cada tercer día, recibiendo como obsequio un regalo para la decoración de su habitación.

4.- Se explicó a la persona que por medio de realizar ejercicio, o mantener una actividad física se activan los mecanismos hormonales, que producen endorfinas y son las causantes de activar el ánimo, y reevaluar las condiciones que la llevan al desánimo, para evitarlas lo más que se pueda.

Evaluación

El objetivo se logró en un 50%, porque todavía su autoconcepto se debe fortalecer, se presentan situaciones que le cuesta trabajo manejar como su situación en relación al futuro, su refugio continua siendo su habitación, sin recaer en el desorden y el descuido personal, se obtiene la resolución del deterioro en el mantenimiento del hogar en la misma necesidad de higiene y al adquirir los conocimientos suficientes sobre su propia salud se satisface la necesidad de aprendizaje.

Necesidad de Evitar Peligros

Diagnóstico

4.- Riesgo de suicidio, relacionado con factores sociales, alteración de la vida familiar, soledad soporte emocional insuficiente, duelo (pérdida de personas importantes, amigas).

Objetivo:

Disminuir el riesgo de suicidio, valorando los factores sociales, que permitan continuar con un desarrollo adecuado en la vida.

Acciones:

1. Valorar el ambiente social y físico de la persona en el grado de apoyo de las conductas que aumenten el riesgo de suicidio.
2. Facilitar la expresión de sentimientos que llegarán a provocar culpa y frustración.
3. Apoyo espiritual.
4. Aumentar los sistemas de apoyo.
5. Facilitar el perdón.

Ejecución

1. Se informó a la familia el riesgo de salud en el que se encuentra la persona por ser una etapa del desarrollo extremadamente vulnerable, con alto riesgo para el suicidio, las adicciones y los embarazos no deseados, todo esto motivado por la violencia intrafamiliar existente, la falta de soporte emocional ante el duelo por el que atravesaba la adolescente y la agresión sexual a la que fue expuesta.
2. Se dio una explicación de lo que era el duelo, los pasos que conllevaba ese proceso para poder lograr un crecimiento emocional y continuar con las actividades de la vida diaria.
3. Para la expresión de emociones, como el enojo y la culpa, se realizaron diferentes actividades en las que se pudieron cerrar círculos y abrir posibilidades de crecimiento.
4. Se realizaron ejercicios de respiración antes de iniciar cualquier actividad, para la relajación y una mejor concentración en el desarrollo de la misma.
5. Se estableció un ambiente adecuado con aromaterapia y música instrumental o ambiental, evitando el ruido.

6. Se realizó una de las actividades utilizando una velita de cumpleaños, una hoja de papel, un lápiz o bolígrafo, un cerillo o encendedor y kleenex.
 - La actividad consistió en encender la velita y lo que duró en consumirse se escribió en la hoja de papel, los sentimientos y emociones que les causaba cierta situación, antes de que terminara la velita se quemó la hoja y por ese modo se realizó la expresión que estaba alterando su estabilidad emocional.
 - Para el manejo del enojo, se utilizaron hojas de papel periódico, las cuales se tenían que romper con fuerza, canalizando de esta manera el enojo interior hacia determinada situación, amontonándolas, para posteriormente quemarlas, así liberar energía negativa.
7. Otra actividad consistió en escuchar una canción en la que se tenía que gritar y brincar con el objetivo de no permanecer estático, al finalizar, se recuesta la persona en decúbito ventral y se masajea de manera céfalo-caudal y viceversa, con una pelota, con movimientos circulares haciendo hincapié en las zonas de más tensión como es la espalda, brazos, piernas.
8. El apoyo espiritual, se dio al aumentar los sistemas de apoyo y facilitar el perdón.
 - Se mencionaron las herramientas con las que cuenta el ser humano para fortalecer la espiritualidad, que darán un crecimiento interior.
 - La comunicación con ese Ser Superior por medio de la oración, para descargar los sentimientos negativos de sí mismo que se tengan, como la culpa y la frustración.
 - La asistencia a los servicios religiosos, para el aumento de la fe y la esperanza.

Evaluación

Al dar a conocer el resultado de la valoración de los factores sociales, que aumentan el riesgo de suicidio, en la adolescencia, y llevar a cabo acciones de acompañamiento y actividades para el cierre de círculos, el manejo de emociones negativas, el manejo de la espiritualidad, revela que su autoconcepto y su confianza en sí misma, le permiten un avance de un 30% en el cumplimiento de este objetivo, porque es un objetivo a mediano y largo plazo, y el tiempo de ejecución, y evaluación es insuficiente. Así también el diagnóstico de desesperanza en la necesidad de vivir según sus creencias empieza a cubrirse, ya que menciona que "vislumbra una luz de propósito en su vida", el de baja autoestima situacional, en la necesidad de trabajo y realización, porque siente más confianza al hablar con su mamá de sus anhelos y aspiraciones de reanudar sus estudios, continuar con su disminución de peso e iniciar cambio de imagen.

Necesidad de Movilización y Postura

Diagnóstico

5.- Riesgo de lesión, relacionado con agentes lesivos físicos (cargar cosas pesadas).

Objetivo:

Mariana disminuirá el riesgo de lesión al aplicar la mecánica corporal adecuada en el levantamiento de objetos pesados, en plazo de un mes.

Actividades:

- Enseñar a la persona a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física y levantamiento de objetos pesados.
- Ayudar a la persona a seleccionar actividades de calentamiento antes de comenzar cualquier ejercicio o trabajo.
- Proporcionar información sobre las causas de dolor muscular o articular relacionadas con la posición.
- Instruir a la persona sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Ayudar a mostrar posiciones correctas para dormir

Ejecución:

Se explicó que no se debe levantar un objeto que pese el 35%, o más de su propio peso corporal, porque aunque sea capaz de conseguirlo, el riesgo de que el objeto se caiga y la propia persona se lesione la espalda es elevado, una vez determinado el peso del objeto se siguen los siguientes pasos, para mantener una adecuada aplicación de la mecánica corporal:

- 1.- Mantener el peso al levantar lo más cerca del cuerpo que sea posible; esta acción coloca al objeto en el mismo plano que la persona que lo levanta, cercano al centro de gravedad.
- 2.- Flexionar las rodillas esto mantiene bajo el centro de gravedad y obliga a emplear los potentes músculos de la pierna para efectuar el trabajo de elevación.

3.- Evitar los giros. Los giros pueden sobrecargar la columna vertebral y provocar lesiones graves.

4.- Contraer los músculos abdominales y meter la pelvis, se consigue un mejor equilibrio y contribuye a proteger la espalda.

5.- Mantener el tronco erguido y las rodillas flexionadas, de forma que trabajen conjuntamente varios grupos musculares de manera coordinada.

Se iniciaron ejercicios de calentamiento que duraron al inicio 5 minutos y se fueron incrementando hasta 10', incluyeron estiramientos, calistenia y actividad aeróbica de baja intensidad.

Se instruyo a Mariana de las posturas correctas que permiten una mejor marcha teniendo la cabeza erguida, las vertebras cervicales, torácicas y lumbares alineando caderas y las rodillas, favoreciendo la movilidad articular. Colocando dos libros sobre la cabeza, iniciando con 3 minutos y observando los adelantos al alcanzar 5' sin derrumbarlos.

Se explico a Mariana que se deben utilizar al dormir almohadas de tamaño adecuado, las almohadas "duras" o muy abultadas bajo la nuca, no hace más que mantener el cuello demasiado flexionado y no permite un descanso favorecedor, para alinear la columna se coloco una almohada bajo el muslo flexionado, se mantuvo la pierna al mismo nivel que la cadera.

Evaluación

Disminuir el riesgo de lesión al aplicar la mecánica corporal, logró el cumplimiento del objetivo al aprender que el movimiento corporal coordinado permite un funcionamiento de los sistemas esquelético, los músculos y nervios, de esta manera se evitan las lesiones, contracturas y esguinces.

En esta necesidad también se alcanzan los objetivos de la necesidad de Jugar y participar en Actividades Recreativas, porque al realizar ejercicios de calistenia se motiva en la ejecución de actividad física. Así mismo la Deprivación del sueño se complementa con la satisfacción de esta necesidad al inhibir la sensibilidad al

dolor, por medio de obtener el conocimiento acerca de la forma correcta para dormir y el no tener que recurrir a estar mucho tiempo frente al celular.

Necesidad de Usar prendas de Vestir

Diagnóstico

6.- *Disposición para satisfacer las necesidades físicas para vestirse y desvestirse, puede ser reforzado.*

Esta necesidad se reforzó el enseñar que el tipo de ropa requerido, se utiliza según el clima, las actividades de la vida diaria y de cómo las emociones influyen en escoger y llevar ropa que le permita a los individuos expresar sus sentimientos.

Necesidad de Termorregulación

Diagnóstico

7.- *Disposición para mantener una termorregulación eficaz y puede ser reforzado.*

Esta necesidad se encaminó a las medidas preventivas contra los cambios de temperatura.

Como medidas de prevención se mencionaron para tiempo de calor:

La reducción de los alimentos en cantidades y en calorías: las grasas, azúcar, proteínas.

Ingesta de líquidos y alimentos fríos.

Disminución de esfuerzos físicos

Ventilación adecuada.

Vestimenta ligera, ancha y blanca.

Como medidas de prevención se mencionaron para tiempo de frío:

Aumento de alimentos en cantidad y valores calóricos: grasas y azúcar.

Ingesta de líquidos y alimentos calientes.

Ejercicios musculares. Calefacción adecuada. Utilizar ropa gruesa.

Conclusiones

La elaboración del Proceso Atención de Enfermería (PAE), aplicado a una persona adolescente, permitió la implementación del Modelo conceptual de Virginia A. Henderson, en donde por medio de la valoración de las catorce necesidades que plantea dicho modelo se evalúa la independencia y dependencia que se presentan, en cada una de las necesidades.

Por medio del seguimiento de una metodología y utilizando un instrumento de valoración, se permitió recabar información relacionada con aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales, no solo de aspectos biofisiológicos, ya que desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera identifique las fortalezas y limitaciones de la persona, para ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud a una persona adolescente.

Se realizó cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería (PAE), en la valoración se realiza la recolección de datos por medio de la entrevista, observación y exploración física y se identifican necesidades para la elaboración de diagnósticos de enfermería, con base en ellos se realiza la planeación de cuidados por medio de una adecuada organización de datos y las intervenciones a realizar, posteriormente se llevó a cabo la Ejecución de actividades, y se Evaluaron los resultados del logro de los objetivos trazados al inicio.

Con la implementación de Proceso Atención de Enfermería (PAE), se destacan las competencias intelectuales como la escucha activa, la empatía y el fortalecimiento de la relación enfermera-paciente, las habilidades técnicas individuales como la observación y como enfermera con el deseo y la capacidad

de ayudar a la persona a afrontar sus necesidades de salud, cumpliendo los tres principios básicos del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, que son sustituir, colaborar y acompañar a la persona en el proceso de alcanzar su salud.

Aunque por falta de tiempo, algunas intervenciones, que deben ser consideradas a largo plazo, quedaron inconclusas.

Sugerencias

El Proceso Atención de Enfermería (PAE), se sugiere su utilización, como herramienta para proporcionar una adecuada atención de enfermería, de forma individualizada, porque permite un cuidado sistematizado, con técnicas aplicadas con un conocimiento científico.

Se sugiere estandarizar la aplicación de los procesos atención de enfermería, en todos los niveles de atención, ya que pueden ser aplicados de forma personalizada, para la familia y la comunidad.

Que se incluyan los diagnósticos de enfermería, en los registros de enfermería para iniciar o continuar la familiarización en su uso..

Glosario

Adolescencia: Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Afrontar: Disponerse en actitud de oposición ante un problema, para tratar de resolverlos o llevarlos a cabo sin eludirlos. No evitar una situación difícil y esforzarse por enfrentarla. Sinónimo: Enfrentar, arrostrar, hacer frente, desafiar, dar la cara. Antónimo: Eludir, escapar.

Afrontamiento: Acción y efecto de afrontar.

Amistad: Afecto personal, puro y desinteresado, compartido con otra persona, que nace y se fortalece con el trato.

Autoestima: Valoración generalmente positiva de sí mismo.

Depresión: *Psicol.* Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Dieta: *Biol.* Conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento.

Duelo: Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.

Espiritualidad: Conjunto de ideas referentes a la vida espiritual.

Nutrición: Acción y efecto de nutrir.

Obesidad: Indica un exceso de grasa corporal.

Parasomnias: Es un trastorno de la conducta durante el sueño asociado con episodios breves o parciales de despertar, como sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas.

Sobrepeso: Designa un aumento del peso corporal por encima de lo que correspondería según la edad y el sexo.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro-Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Elsevier Masson. 5° Ed. España. 2003. P. 274.

Constitución Política De los Estados Unidos Mexicanos. Grupo Editorial RAF. 24ª Ed. México. 2006. P. 206.

Díaz, Marta. Gómez, Carmen. Tratado de Enfermería de la Infancia a la Adolescencia. Mc Graw – Hill. Interamericana. 2ª Ed. México. 2006.

Du Gas. Tratado de Enfermería práctica. Mc Graw – Hill. Interamericana. 4ª Ed. México. 2001. P 725.

García Aranda, José. Y otros cinco editores. Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Mc Graw – Hill. Interamericana. Serie Educación. 6ª Ed. México. 2011. P. 1369

García Piña, Aurora. Virginia Henderson y las necesidades básicas. SUA. ENEO. Antropología del cuidado. Material de Apoyo. 2010. P. 5

NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier España. Barcelona. 2010. P 431

Hernández, Juana. Historia de la Enfermería .Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana-MC Graw -Hill. 1° Ed. México. 1995. P 195.

Ildeliza, María de Lourdes. *La alimentación del adulto y adulto mayor y las ciencias sociales*. SUA. ENEO. Atención Nutricional del Adulto y el Adulto Mayor. Material de Apoyo. P. 22

Kérouac, Suzanne .et. al. El pensamiento enfermero. Elsevier Mosby. 1° Ed. España. 1996. P. 167

Kozier, Barbará & Erb, Glenora & Olivieri Rita. Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y prácticas. Interamericana-McGraw-Hill. 4ª Ed. México. 1993.

López Ibor Aliñoj. J. El enmascaramiento y desenmascaramiento de la depresión. Revista Clínica Española. Vol. 197, Monográfico 3: 10-18. Nov.1997.

Marriner, A. Raile, M. Modelos y Teorías en enfermería. Elsevier Mosby. 6° Ed. Madrid. 2007. P. 828

Morrison, Tirso. Diccionario Práctico de Sinónimos, Antónimos e Ideas Afines. Editores Larousse. 1ª Ed. 10 reimp. México.1994. P263

O'Connor. Nancy. Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo. Trillas. Formato: rustico. México. 2008. P. 190

Pangrazzi. Arnaldo. El duelo, experiencias de crecimiento. Torino- Italia: Colección Selare . 2ª Ed. Colombia. 1993. P 230

Potter, Patricia. Griffin Perry, Anne. Fundamentos de Enfermería Vol. 1. Harcourt /Océano. 5ª Ed. P1- 552

Potter, Patricia. Griffin Perry, Ann. Fundamentos de Enfermería Vol. 2. Harcourt /Océano. 5ª Ed. España. P 555- 1007

Potter, Patricia, Griffin, Ann. *Fundamentos de Enfermería. Vol. 2, Escala de placidez espiritual de JAREL*. Harcourt - Océano – Elsevier. España, 5ª Ed., Pág. 611.

Ramos Brieva et al. Test depresión. Escala geriátrica, versión validada. 1991-1993.

Reyes. Zuribia. Luis A. Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia. Tomo II y III. México 1996. P. 229

Riopelle, Lise, Grondin, Louise. Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Edit McGraw-Hill. Interamericana. 1ª Ed Prim reimp 1997. P 349

Rosales Susana, Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería. El Manual Moderno. 3ª Ed. México. 2004. P. 636

Sandoval, Leticia. Fundamentos de la Teoría de Enfermería. SUA. ENEO. Enfermería Fundamental. Material de Apoyo. P. 7

Páginas Electrónicas

*Bayón Claudia*¹, *Barriga Mercedes Araceli*², *Litwak León*³
El oscurecimiento de codos, rodillas y líneas oscuras en el ...
mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20080930113834. Consultado el 28 de marzo 2013.

Diccionario de la lengua española - Real Academia Española. Institución española especializada en lexicografía, gramática, ortografía y bases de datos lingüísticas. Productora del diccionario de referencia de la lengua ...www.rae.es. Consultado el 20 de junio 2013.

Legislación en enfermería
www.smme.org.mx/documentacion/LegislacionEnfermeria. Consultado el 15 de mayo 2013

Ley General de Profesiones. CAPVII INFRACCIONES, DELITOS, SANCIONES Y RECURSOS. APARTADO I INFRACCIONES Y DELITOS.
[www. Conapptel.org.mx](http://www.Conapptel.org.mx). Consultado el 15 de mayo 2013

Nava Flores, C.M.: *Violencia en la familia, un mal social...*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2009, www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf2.htm. Consultado el 22 de mayo 2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA 1-1998, Del Expediente Clínico.
www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html. Consultado el 15 de mayo 2013

Técnicas de afrontamiento pdf
www.hhv.gob.pe/.../3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%... Consultado el 25 de mayo 2013

Anexos

1.- Instrumento de valoración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACION

Basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson

Adaptado a la etapa del desarrollo de la adolescencia

Elaborado por:

Guadalupe Hernández Chávez.

Ficha de Identificación.

Datos Generales

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:
Lugar de nacimiento:	Seguridad Social:	Escolaridad:	Ocupación:
Peso:	Talla:		

1.- Necesidad de Oxigenación

Datos Subjetivos

1.- ¿Realizas algún tipo de ejercicio?

Si () No () Ocasional () ¿Cuál?

2.- ¿Presentas alguna molestia cuando realizas el ejercicio?

¿Antes o después de realizarlo?

¿Cuáles son las molestias?

¿Te cansas con facilidad?

Si () No ()

3.- ¿Tú fumas? Si () No ()

¿Alguien más de tú casa fuma? Si () No () ¿Quién?

4.- ¿Sabes si tienes alguna alergia respiratoria? Si () No ()

5.- ¿Cerca de tú casa hay Fabricas, Tabiquerías, Hojalaterías? Si () No ()

6.- ¿Tienes algún familiar directo, con problemas respiratorios? Si () No ()

7.- ¿Convives con mascotas perros, gatos, aves etc.? Si () No ()

8.- ¿Te has vacunado contra la Influenza últimamente? Si () No ()

Datos Objetivos

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Cómo es tu apetito malo, regular, bueno o abundante?
- 2.- ¿Cuáles son tus horarios de comida?
- 3.- ¿Presentas algún trastorno digestivo? Gastritis () Colitis () Agruras ()
Reflujo () Úlcera gástrica () Diarrea () Parasitosis () Estreñimiento ()
- 4.- El lugar preferido para comer es:
- 5.- ¿Te gusta comer solo o acompañada? ¿Por quién?
Compartes todos los alimentos con tu familia? Si () No () ¿Por qué?
- 6.- ¿Cuáles son tus alimentos preferidos? ¿y bebidas preferidas?
- 7.- ¿Qué líquidos consumes y en qué cantidad diaria?
- 8.- ¿Qué alimentos te desagradan?
- 9.- ¿Tienes alguna dieta en especial?
- 10.- ¿Comes entre comidas?
Si () No () A veces () ¿Qué comes?
- 11.- ¿Alguna vez te has provocado el vómito? Si () No () ¿Cuándo?
- 12.- ¿Tus emociones modifican tu forma de comer?
Si () NO () ¿Cómo?
- 13.- ¿Sabes si tienes alguna alergia alimenticia? No

Datos Objetivos

3.- Necesidad de eliminación

Datos Subjetivos.

- 1.- ¿Cuántas evacuaciones presentas al día?
- 2.- ¿Qué características tienen las evacuaciones?
- 3.- ¿Sufres de gases o flatulencias? Sí () No ()
- 4.- ¿Cambia tu estado de ánimo por esta situación? Sí () No ()
- 5.- ¿Has tomado laxantes? Si () No ()
- 6.- ¿Cuántas micciones tienes al día aproximadamente?
¿Puedes referir la cantidad de orina?
¿Qué características tiene la orina?
- 7.- ¿Has presentado alguna molestia?
- 8.- ¿Has observado sangre o pus?
- 9.- ¿Fuiste al médico?
- 10.- ¿Ahora tienes ese problema?
- 11.- ¿Has presentado salida de flujo? Si () No () ¿Cuándo? ¿Color?
- 12.- ¿A qué edad se te presentó tu primera menstruación (Menarca)?
- 13.- ¿Tus periodos menstruales son?
Regulares () Irregulares () ¿Molestias con tu periodo?
¿Tienes alguna duda o inquietud sobre esto? No
- 14.- ¿Tú sudoración es? Excesiva () Normal () Nocturna ()

Datos Objetivos

4.- Necesidad de movilidad y postura

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Tienes alguna dificultad para caminar? Si () No ()
- 2.- ¿Utilizar algún apoyo ortopédico (bastón, andadera, silla de ruedas, muletas, platillas, prótesis etc.)? Si () No ()
- 3.- ¿Has tenido fracturas o esguinces? Si () No ()
- 4.- ¿Has tenido intervenciones quirúrgicas? Sí () No ()
- 5.- ¿Has tenido problemas de espalda? Si () No ()
- 6.- ¿Tienes problemas de cadera o pies? Si () No ()

Datos Objetivos

5.- Necesidad de descanso y sueño

Datos subjetivos

- 1.- ¿Cuántas horas duermes al día?
- 2.- ¿A qué hora te vas a tu recámara?
- 3.- ¿Realizas alguna actividad o rutina antes de dormir? Si () No ()
- 4.- ¿Te conectas diario? Sí () No () ¿Cuántas horas?
- 5.- ¿Tu sueño es continuo o interrumpido?
- 6.- ¿Sabes si roncas al dormir? Sí () No () ¿Cuándo?
- 7.- ¿Tienes insomnio, Parasomnias (disfunciones que se presentan durante el sueño como sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, etc.)? Si () No ()

8.- Al despertar ¿te sientes descansada?

9.- ¿Haz asistido a consulta médica cuando tienes estos síntomas?

Datos Objetivos

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuada

Datos subjetivos

1.- ¿Cómo eliges tus prendas de vestir cotidianamente?

2.- ¿Influye tu estado de ánimo, la moda, círculo social para hacer dicha elección?

3.- ¿Te gusta esmerarte en tu arreglo personal? Si () No () ¿Por qué?

4.- ¿Tu creencia religiosa influye en tu manera de vestir?

Si () No () ¿Por qué?

5.- ¿Necesitas ayuda para seleccionar tu ropa? Si () No ()

6.- ¿Usas ropa especial para dormir? Sí () No () ¿Cuál?

Datos Objetivos

7.- Necesidad de termorregulación

Datos subjetivos

1.- ¿Te adaptas a cualquier clima? Si () No ()

2.- ¿Qué clima te gusta más para desarrollar tus actividades cotidianas?

3.- ¿Qué golosinas consumes más, para no tener frío?

4.- ¿En época calurosa, cómo de refrescas?

5.- ¿Te has enfermado de gripa últimamente? Sí () No ()

7.- ¿Has presentado Infecciones Gastrointestinales en los últimos tres meses?

Sí () No ()

8.- Otro tipo de infección (Especifique) No

Datos Objetivos

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Datos Subjetivos

1.- ¿Con que frecuencia te bañas?

2.- ¿Tienes algún motivo para no cuidar tu higiene?

3.- ¿Por qué perdiste ese interés?

4.- ¿Siempre has sido así?

5.- ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes? Una vez al día () dos veces al día () tres veces al día () Ocasionalmente ()

6.- ¿Te lavas las manos antes de ingerir tus alimentos? ¿Por qué?

7.- ¿Te lavas las manos antes y después de ir al baño? Si () ¿Por qué?

8.- ¿Qué utilizas para el aseo de manos? ¿Por qué?

9.- ¿Por qué te muerdes las uñas?

10.- ¿Qué medidas realizas para mantener lubricada tu piel?

11.- ¿Quién realiza el aseo de tu habitación? ¿Por qué?

12.- ¿No crees que es un foco de infección o que pueda atraer plagas?

Datos Objetivos

9.- Necesidad de evitar peligros

Datos Subjetivos

1.- ¿Con quién vives?

2.- ¿Cuántos miembros componen tu familia nuclear?

3.- ¿Qué lugar ocupas en tu familia actual?

4.- ¿Cómo reaccionas ante una urgencia?

Pánico () Miedo () Bloqueo () Euforia () Con risa nerviosa ()

5.-¿Cuentan con algún botiquín de primeros auxilios en donde vives?

Si () No (X)

6.-¿Sabes identificar las áreas de seguridad ante una situación de urgencia como un sismo o un incendio?

Si () No ()

7.-¿Cómo almacenan las sustancias peligrosas en tu casa?

8.- ¿Tienen armas de fuego en tu casa?

Si () No ()

9.- ¿Manejas instalaciones eléctricas y de gas?

Si () No ()

10.- ¿Conoces medidas de precaución para el manejo de sustancias flamables?

11.- ¿Cuentas con cartilla de vacunación?

Sí () No ()

Esquema completo Sí () No ()

12.- ¿Te gustan los deportes extremos? Sí() No () ¿Cuáles?

13.- ¿Sabes conducir automóvil?

14.- ¿Has tomado algún tipo de droga?

15.- ¿Ingieres bebidas alcohólicas? ¿Has llegado al estado de embriaguez?

16.- ¿Has fumado?

17.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

18.- ¿Usaste protección?

19.- ¿Tienes alguna limitación física?

¿Algún motivo en especial?

20.- ¿Te limita la movilidad?

Datos Objetivos

10.- Necesidad de comunicación

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Te preocupa algo? Si () No ()
- 2.- ¿Te sientes estresada?
Si () No () ¿Por qué?
- 3.- ¿Tienes comunicación con tu familia?
Si () No () ¿Por qué?
- 4.- ¿Con quién tienes mayor comunicación?
¿Crees que tu prima te pueda ayudar cuando tengas algún problema?
¿Tienes a alguien más a tu alrededor?
- 5.- ¿Quiénes conforman tu familia?
- 6.- ¿Tienes buena relación afectiva con la pareja de tu mamá?
- 7.- ¿Cómo consideras tu relación con tu mamá?
- 8.- ¿Siempre ha sido así?
- 9.- ¿Qué edad tiene tu hermana?
- 10.- ¿Tu hermano que edad tiene?
- 11.- ¿Con tu hermano como te relacionas?
- 12.- ¿Te gusta estar sola?
Si () No () ¿Por qué?
- 13.- ¿Te reúnes con tus amistades?
Si () No ()
- 14.- ¿Tienes celular?
Si () No ()
- 15.- ¿Te gusta comunicarte a través de las diferentes redes sociales?
Si () No () ¿Por qué?
- 16.- ¿Confías en tus amigos (as)?
- 17.- ¿Le exteriorizaste tu enojo a tu amiga? ¿Cómo?
- 18.- ¿Cuándo te enojas como lo expresas?
¿Por mucho tiempo?

19.- ¿Te consideras Apática?

20.- ¿Le encuentras alguna solución a la situación que vives?

Datos Objetivos

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Datos Subjetivos

1.- ¿Crees en un Ser Superior?

2.- ¿Qué significado tiene Dios en tu vida?

¿Por qué?

3.- ¿Qué religión practicabas anteriormente?

4.- ¿Y ahora, acudes a reuniones religiosas? Si () No () ¿Cada cuando?

5.- ¿Te has sentido abandonado por Dios?

6.- ¿Has sentido desesperanza?

7.- ¿Piensas que has sufrido en algún momento de tu vida?*

8.- ¿La oración es una parte importante de tu vida?*

9.- ¿Encuentras significado y propósito a tu vida?*

10.- ¿Crees en la vida después de la muerte? *

11.- Te crees capaz de dar y recibir amor? *

12.- ¿Estas satisfecha con tu vida? *

13.- ¿Tienes metas para ti misma? *

14.- ¿Estás satisfecha con la forma en que utilizas tus habilidades? *

15.- ¿Alguna vez has estado resentido?

16.- ¿Te cuesta trabajo perdonar a los demás? *

17.- ¿Aceptas las situaciones que hay en tu vida? *

18.- ¿Aceptas los cambios que hay en tu vida? *

19.- ¿Has sentido culpa por algún evento en tu vida?

20.- ¿Aceptas fácilmente los cambios que ocurren en tu vida?*

21.- ¿En quién encuentras el mayor apoyo en tiempos de dificultad?* ⁸⁹

Datos Objetivos

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Datos Subjetivos

1.- ¿Estudias o trabajas?

Si () No () Nada ()

¿Por qué a veces?

2.- ¿Hasta qué grado escolar cursaste? El segundo año de secundaria

3.- ¿Realizas alguna actividad? No

4.- ¿Tienes algún pasatiempo?

Últimamente la televisión, chatear,

5.- ¿Estas satisfecha con el rol familiar que tienes?

Sí () No () A veces ()

6.- ¿Tienes algún propósito por realizar?

Si () No () A veces () ¿Cuál?

7.- ¿Disfrutas de la vida?* Sí () No () A veces ()

8. ¿Te resulta difícil tomar decisiones?* Sí () No ()

9.- ¿Existen cosas que te interesen?* Sí () No () A veces ()

10.- ¿Has pensado más de lo habitual, en tu propia vida? *Sí () No ()

11.- ¿Tienes la impresión de que la vida carece de sentido?* Sí () No ()

12.- ¿Te sientes agotado o falta de energía?* Sí () No ()

13.- ¿Tienes alguna dificultad para dormir?* Sí () No ()

14.- ¿Sientes dolores o molestias en alguna parte de tu cuerpo?* Sí () No ()

* ⁸⁹ Ramos Brieva et al., Test depresión. Versión validada en castellano de la escala geriátrica para la depresión. 1991,1993.

- 15.- ¿Tienes poco apetito o has perdido peso?* Sí () No ()
- 16.- ¿Has abandonado muchos de tus intereses y actividades habituales?*
Sí () No ()
- 17.- ¿Sientes que tu vida está vacía?* Sí () No ()
- 18.- ¿Te aburres con frecuencia?* Sí () No ()
- 19.- ¿Tienes esperanza en el futuro? * Sí () No ()
- 20.- ¿Estas molesta por pensamientos que no puedes alejar de tu mente?
* Sí () No ()
- 21.- ¿Estas de buen humor la mayor parte del tiempo?* Sí () No ()
- 22.- ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a suceder? * Sí () No ()
- 23.- ¿Te sientes contenta la mayor parte del día?* Sí () No ()
- 24.- ¿Te sientes desamparada? *Sí () No ()
- 25.- ¿Te sientes intranquila y nerviosa con frecuencia?* Sí () No ()
- 26.- ¿Prefieres quedarte en casa antes que salir y realizar algún proyecto?
*Sí () No ()
- 27.- ¿Te preocupas por el futuro? *Sí () No ()
- 28.- ¿Piensas que es maravilloso vivir ahora? *Sí () No ()
- 29.- ¿Te sientes desanimado y triste con frecuencia? *Sí () No ()
- 30.- ¿Sientes que nadie te aprecia? *Sí () No ()
- 31.- ¿Extrañas el pasado? *Sí () No ()
- 32.- ¿Crees que la vida es emocionante? *Sí () No ()
- 33.- ¿Se te hace difícil comenzar nuevos proyectos? *Sí () No ()
- 34.- ¿Te sientes con mucha energía? *Sí () No ()
- 35.- ¿Crees que los demás están en mejores condiciones que tú? *Sí () No ()
- 36.- ¿Te molestan con frecuencia por cosas, sin importancia?* Sí () No ()
- 37.- ¿Tienes ganas de llorar con frecuencia? *Sí () No ()
- 38.- ¿Tienes problemas para concentrarte? *Sí () No ()
- 39.- ¿Disfrutas levantarte por la mañana? *Sí () No ()

40.- ¿Evitas las reuniones sociales? *Sí () No ()⁹⁰

Datos Objetivos

13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Qué actividades recreativas realizas en tu tiempo libre?
- 2.- ¿Tu estado de ánimo influye para realizar tu actividad? Si () No ()
- 3.- ¿En tu localidad existen áreas recreativas?
Si () No () ¿Cuáles?
- 4.- ¿Asistes a alguna de ellas?
- 5.- ¿Qué otras actividades te agradan?
- 6.- ¿Reservas algún tiempo para divertirte? Ninguno () Poco () Mucho ()
Suficiente ()
- 7.- ¿Cuál es su diversión preferida?
- 8.- Pérdida de interés por las actividades recreativas físicas: Sí () No ()
¿Por qué?
- 9- Cambio en habilidades o funciones físicas/corporales: Sí () No ()
¿Cuáles?

Datos Objetivos

14.- Necesidad de aprendizaje

Datos Subjetivos

- 1.- ¿Sabes leer y escribir? Sí () No ()

⁹⁰ Ramos Brieva et al. Test depresión. Escala geriátrica, versión validada. 1991- 1993.

- 2.- ¿Tienes problemas auditivos? Sí () No ()
- 3.- ¿Tienes problemas oculares? Sí () No ()
- 4.- ¿Tienes problemas para aprender? Si () No () ¿Cuál?
- 5.- ¿Hasta qué año cursaste?
- 6.- ¿Te gusta estudiar?
Si () No () ¿Por qué?
- 7.- ¿Tu familia te apoya para que realices actividades de aprendizaje?
Sí () No ()
- 8.- ¿Tienes interés en aprender cómo manejar tu problema de salud?
Sí () No () ¿porqué?

Datos Objetivos

Anexo 2

Diario de comida semanal					
Hora	¿Qué alimentos se ingieren?	¿Dónde se ingieren?	¿Con quién se ingieren?	¿Por qué se ingieren? (hambre, antojo, ocio)	¿Cómo se sintieron después de ingerirlos?
10:00 08/04/13	Desayuno Bistec asado, ensalada rusa, 1 gelatina	Comedor	Sola	Hambre	Satisfecha
16:30	Jícama c/ zanahoria, chile y limón	Sala	Padrastro	Antojo	Bien
17:00	Comida Enchiladas (3) verdes, queso y crema, con bistec encebollado, 1 bolillo, Agua 1 litro.	Comedor	Familia	Hambre	Llena
21:00	Cena Agua pura	Antes de dormir	Sola	Sed	Satisfecha
10:30	Desayuno 2 tacos de carnitas,	Calle	Familia	Hambre	Satisfecha

09/04/13	maciza c/ cuero,4 tortillas, 1 coca 600ml				
14:00	Jícama	Casa	Sola	Antojo	Satisfecha
18:00	Comida Pechuga asada, con ensalada rusa, 5 vasos de agua de Tang.	Casa	Familia	Hambre	Satisfecha
	Cena Nada				
12:00	Desayuno	Casa	Mamá	Hambre	Satisfecha
10/04/13	Salchichas con chipotle y crema 3 vasos de agua de Tang				
14:00	Boing 250 ml	Casa	Sola	Ocio	Satisfecha
16:30	Comida 3 Sincronizadas, c / tortilla de harina, cátsup, mayonesa, queso amarillo derretido.	Casa	Sola	Hambre	Satisfecha

	Agua de limón azucarada, 2 vasos				
23:00	Cena 5 galletas emperador de vainilla, 1 taza de café con leche.	Casa	Familia	Antojo	Satisfecha
12:00 11/04/13	Desayuno Bistec, chile pasilla, nopales. ½ Bolillo 4 vasos de agua de tang.	Casa	Mamá	Hambre	Satisfecha
13:00	Helado napolitano, 1 vaso 240 ml.	Casa	Sola	Antojo	Satisfecha
	Comida Nada				
19:00	Cena Sopa de pasta, 1 plato 3 nuggets, con mayonesa, cátsup y queso amarillo	Casa	Sola	Hambre	Satisfecha

	derretido				
12:30 12/04/13	Desayuno/ Comida 3 Sincronizadas, con mostaza, 3 vasos de agua de tang.	Casa	Mamá y hermana	Hambre	Satisfecha
15:00	1 bolsa de chetos, con chile de valentina	Casa	Sola	Ocio	Más o menos satisfecha.
22:00	Cena 2 huevos, revueltos con jitomate. 1 bolillo 4 vasos de agua de tang	Casa	Mamá	Hambre	Satisfecha
12:30 13/04/13	Desayuno/ Comida 2 tacos de suadero, 4 tortillas, 1 coca de 600 ml, 1 orden de coctel de	Calle	Papá y su mujer	Hambre	Satisfecha

	camarones grande, 2 paquetes de galletas saladas, Jugo de boing de 250 ml. 2 micheladas				
Ya no tome ningún alimento porque me dio diarrea y fiebre					
10:00 14/04/13	Desayuno Caldo de pollo con arroz, 1 bolillo 1 taza de atole	Casa	Mamá	Hambre	Satisfecha
12:00	1 Gelatina	Casa	Sola	Antojo	Más o menos
16:00	Comida Pechuga asada, con lechuga y zanahoria, 1 bolillo, 4 vasos de agua.	Casa	Mamá	Hambre	Satisfecha
20:00	Cena Atole de avena con agua, 1 bolillo	Cena	Mamá y hermana	Hambre	Satisfecha
9:00	Desayuno 1 torta de				

15/04/13	carnitas 1 refresco de 600 ml	Calle	Hermano	Hambre	Satisfecha
15:30	Comida 1 Torta de milanesa sencilla 1 refresco de 600 ml	Calle	Hermano	Hambre	Satisfecha
24:00	Cena Sopa de pasta, con jitomate, Ensalada rusa y carne a la poblana	Casa de mi hermano	Hermano y su esposa	Hambre	Satisfecha

Anexo 3

Test de Autoestima en adolescentes

1.- Tengo hábitos que me disgustan, pero no logro eliminarlos.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

2.- Se me facilita hacer amigos.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

3.- Me incomoda que los demás sepan cosas de mí.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

4.- Tengo metas y objetivos en mi vida.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

5.- Creo que soy mejor que los demás.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

6.- Las críticas me duelen o me enojan.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

7.- Si algo no me parece, puedo expresarlo tranquilamente.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

8.- Pongo las necesidades de otros por encima de las mías.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

9.- Siento que merezco cosas buenas.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

10.- Siento celos.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

11.- Creo que puedo tener lo mejor que la vida puede ofrecerme.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

12.- Me comparo con los demás constantemente.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

13.- Suelo sentirme triste y preocupado(a).

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

14.- Evito situaciones en las que temo sentirme rechazado(a).

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

15.- No soy tan capaz como las otras personas.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

16.- Me siento satisfecho(a) conmigo y con mi vida.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

17.- Antes de tomar una decisión, pido la opinión de los demás.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

18.- Me siento menos agradable que los demás.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

19.- Creo que mi conversación es interesante.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

20.- Suelo decepcionar a las personas que me importan.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

21.- Busco ser aceptado(a) por los demás.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

22.- Necesito que alguien me diga que hice algo bien para creer que estuvo bien.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

23.- Me siento contento(a) y a gusto aún estando solo(a).

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

24.- Me cuesta trabajo pedir disculpas.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

25.- Puedo hablar sobre mis debilidades con otras personas.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

26.- Creo que soy una persona atractiva e interesante.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

27.- Se me dificulta tomar decisiones.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

28.- Si alguien me critica me siento extremadamente incompetente.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

29.- Me siento muy mal cuando cometo un error.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

30.- Pienso que no he logrado nada interesante en mi vida.

Nunca () Poco () A veces () Mucho () Siempre ()

Anexo 4

Test de Depresión

- ¿Disfrutas de la vida?* Sí () No () A veces ()
- ¿Te resulta difícil tomar decisiones?* Sí () No ()
- ¿Existen cosas que te interesen?* Sí () No () A veces ()
- ¿Has pensado más de lo habitual, en tu propia vida? *Sí () No ()
- ¿Tienes la impresión de que la vida carece de sentido?* Sí () No ()
- ¿Te sientes agotado o falta de energía?* Sí () No ()
- ¿Tienes alguna dificultad para dormir?* Sí () No ()
- ¿Sientes dolores o molestias en alguna parte de tu cuerpo?* Sí () No ()
- ¿Tienes poco apetito o has perdido peso?* Sí () No ()
- ¿Has abandonado muchos de tus intereses y actividades habituales?*Sí () No ()
- ¿Sientes que tu vida está vacía?* Sí () No ()
- ¿Te aburres con frecuencia?* Sí () No ()
- ¿Tienes esperanza en el futuro? * Sí () No ()
- ¿Estás molesta por pensamientos que no puedes alejar de tu mente?* Sí () No ()
- ¿Estas de buen humor la mayor parte del tiempo?* Sí () No ()
- ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a suceder? * Sí () No ()
- ¿Te sientes contenta la mayor parte del día?* Sí () No ()
- ¿Te sientes desamparada? *Sí () No ()
- ¿Te sientes intranquila y nerviosa con frecuencia?* Sí () No ()
- ¿Prefieres quedarte en casa antes que salir y realizar algún proyecto?*Sí () No ()
- ¿Te preocupas por el futuro? *Sí () No ()
- ¿Piensas que es maravilloso vivir ahora? *Sí () No ()
- ¿Te sientes desanimado y triste con frecuencia? *Sí () No ()
- ¿Sientes que nadie te aprecia? *Sí () No ()
- ¿Extrañas el pasado? *Sí () No ()
- ¿Crees que la vida es emocionante? *Sí () No ()

- ¿Se te hace difícil comenzar nuevos proyectos? *Sí () No ()
- ¿Te sientes con mucha energía? *Sí () No ()
- ¿Crees que los demás están en mejores condiciones que tú? *Sí () No ()
- ¿Te molestan con frecuencia por cosas, sin importancia?* Sí () No ()
- ¿Tienes ganas de llorar con frecuencia? *Sí () No ()
- ¿Tienes problemas para concentrarte? *Sí () No ()
- ¿Disfrutas levantarte por la mañana? *Sí () No ()
- ¿Evitas las reuniones sociales? *Sí () No ()⁹¹

*⁹¹ Ramos Brieva et al., Test depresión. Versión validada en castellano de la escala geriátrica para la depresión. 1991,1993.

Anexo 5

Escala de placidez espiritual de JAREL

Test de espiritualidad	SI	NO
La oración es una parte importante de tu vida		
Encuentras significado y propósito a tu vida		
Tienes metas para ti misma		
Crees en la vida después de la muerte		
Crees en un poder superior		
Te crees capaz de dar y recibir amor		
Estas satisfecha con tu vida		
Te cuesta trabajo perdonar a los demás		
Aceptas las situaciones que hay en tu vida		
Has sentido culpa por algún evento en tu vida		
Aceptas que haya cambios en tu vida		
Dios tiene poco significado en tu vida		
La oración no me ayuda a tomar decisiones		

⁸⁷ Potter, Patricia, Griffin, Ann. *Fundamentos de Enfermería. Vol. 2*, Harcourt - Océano – Elsevier. España, 5ª Ed., Pág. 611. Los asteriscos se refieren a ítems de la Escala de placidez espiritual de JAREL.

Anexo 6

El duelo.

El término “duelo” viene del latín dolus (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o algo, se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación.⁹²

En el lenguaje común llamamos “sentimiento” a una experiencia subjetiva e íntima, cuando estas sensaciones alcanzan un nivel de percepción es porque se refleja en algún aspecto de la realidad.

Entre las experiencias cognitivas esta el Dolor, el hecho de sentir una emoción, refleja un cambio en el organismo, pero no causa desorganización. Además afirma que todas las emociones, en el ser humano, tienen un componente cognitivo.

En el Duelo normal no hay pérdida de autoestima; en el duelo incompleto, reprimido, anormal, da paso a una depresión o a lo que se conoce como Duelo Patológico.

En la depresión la pérdida en si no es real, por eso la devaluación de la autoestima es común a toda depresión, por lo que hace que en el deprimido nazcan autorreproches y el auto castigos irracionales, sin que la persona pueda reconocer claramente la causa de su abatimiento.

Al hablar del Duelo, debemos hablar también de tristeza y nunca confundir tristeza con depresión, por más que haya una estrecha relación entre ambas. La tristeza es aquella emoción que se manifiesta en todo hombre, cuando éste experimenta una situación que hubiera sido mejor que no ocurriera, por ser lesiva a su bienestar, pero la tristeza presupone la capacidad de experimentar emociones

⁹² Pangrazi. Arinaldo. *Experiencias de crecimiento. El Duelo. Pág 25-31*

positivas como el amor, afecto, afinidad, autorrespeto, satisfacción, precisamente la ausencia de estas emociones nos hace vulnerables a la tristeza.⁹³

El duelo es la matriz que reúne las respuestas a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores religiosos, lazos afectivos, la salud y la separación de personas queridas.

Las características del duelo:

- a) Es inevitable, conlleva una dinámica humana en las que para ser sanos implica estar constantemente en experiencias de duelo y una condición indispensable para el crecimiento es el cambio y este no sucede sin separaciones, y toda separación produce reacciones de duelo.
- b) Conlleva sufrimiento: Muchas expresiones acerca del duelo es la comparación a un túnel, en donde el único modo de salir de él es atravesándolo, aceptar su oscuridad como condición para acercarse gradualmente a la luz.
- c) Es portador de crecimiento, no se puede crecer sin sufrir, la vida es una sucesión de adioses, de separaciones y mientras una persona no haya integrado la conciencia de la separación, no vive libremente.⁹⁴

Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único e irrepetible, pero con una composición de influencias múltiples, como la genética, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales por lo que la forma de enfrentar los problemas también es única; sin embargo el duelo sigue un

⁹³ Reyes. Luis A. *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia*. Tomo III. Pág. 189-196

⁹⁴ Op. Cit. Pangrazi. Arinaldo. *Pág 25-31*

patrón predecible, y aun cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos.

Según la doctora Elizabeth Kübler-Ross, observo cinco etapas identificables en el proceso del duelo: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación.

Negación: algunas personas sienten un estado de entumecimiento e incredulidad, este es un estado protector que aísla al afligido de la angustia y es probable que se sientan culpables ante la situación que produce el duelo, así como también el efecto benéfico de movilizar tus recursos internos para que se pueda enfrentar la realidad de la nueva situación.

Enojo: el enojo se puede expresar externamente como rabia, o internalizarse y experimentarse en forma de depresión. Pero en el fondo, el enojo es muestra de temor, a tomar decisiones, a satisfacer las propias necesidades.

La proyección del enojo es hacia otras personas o hacia Dios, al culpar a otros para evitar el dolor, la aflicción y la desesperación personal de aceptar que algo en tu vida cambio y tener que continuar.

Negociación: Es desear que las situaciones cambien en el último momento para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación.

Depresión: la depresión se define, con frecuencia, como el enojo dirigido hacia adentro, e incluye, sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia, es una perturbación del ánimo, también intervienen sentimientos de tristeza, decepción y /o soledad. Cuando una persona está deprimida suele alejarse de la gente y las actividades habituales, pierde la capacidad para sentir placer o gozo y evita las situaciones agradables que antes experimentaba en la vida.

Aceptación: Es el paso más difícil, es la reconciliación con la situación de pérdida al aceptar la irreversibilidad de la misma, y son sostenidas por una esperanza que mira más allá del presente, es ver un futuro alentador.

Todas las emociones que sentimos durante el proceso de Duelo se empiezan a reemplazar con nuevos pensamientos, esta es la actividad cognitiva que comienza y se continúa hasta haber completado el trabajo del Duelo.

No es el paso del tiempo lo que contribuye a la recuperación es el ajuste de ideas, lo que significa todo un proceso, por lo que la elaboración de Duelo toma precisamente tiempo, su duración es entre uno y dos años, no menos, pero tampoco más.⁹⁵

Dos signos concretos que indican que la persona se está recuperando del duelo son:

- ♥ La capacidad de recordar y de hablar de la pérdida sin llorar o desanimarse.
- ♥ La capacidad de entablar nuevas relaciones y de sumergirse en los desafíos de la vida.⁹⁶

⁹⁵ Op. Cit Reyes. Luis A. Pág. 192

⁹⁶ O'Connor. Nancy. *Déjalos ir con amor*. Pág.37-46