



---

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A MUJER  
ADULTA JOVEN, CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE  
AUTOPERCEPCIÓN.

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:  
LICENCIADA ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ PATRICIA GUADALUPE

NO. DE CUENTA: 411525118

ASESORA: L.E.O. MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015



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.



---

---

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A MUJER  
ADULTA JOVEN, CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE  
AUTOPERCEPCIÓN.

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ PATRICIA GUADALUPE

NO. DE CUENTA: 411525118

ASESORA: L.E.O. MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero y antes que nada, doy gracias a Dios, por estar con migo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a las personas que han sido mi compañía y guía durante toda mi carrera.

A mis maestros quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

Un agradecimiento especial a mí asesor del trabajo la Licenciada en Enfermería y Obstétrica María Elena Rodríguez García, quien siempre estuvo apoyándome y guiándome para que la realización de este trabajo fuera posible.

A mis compañeros de clase quienes me acompañan en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

Agradezco a mi paciente el haberme brindado la confianza y disposición para trabajar con ella a lo largo de todo el proceso ya que sin ella esto no hubiera podido llevarse a cabo.

A mis hermanos por haberme brindado siempre su apoyo,  
compresión y cariño.

## **DEDICATORIAS**

Este trabajo se lo dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir, y de ayudar a esta joven que necesitaba de mí.

A mis padres, que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega por apoyarme y enseñarme a ser mejor persona. Gracias por todo, por darme una carrera a la cual le tengo un gran cariño y admiración, aunque hemos pasado por momentos difíciles siempre me han brindado su apoyo y su amor.

A mis hermanos Sandra y Alejandro, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

Sin ustedes no lo hubiera logrado, tantas desveladas sirvieron y aquí está el resultado. Les agradezco el formar parte de mi vida el compartir momentos agradables y momentos tristes.

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAG.</b>
AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIAS	4
I. INTRODUCCIÓN	9
II. JUSTIFICACION	11
III. OBJETIVOS	15
IV. METODOLOGIA	17
V. MARCO TEÓRICO	19
5.1 Antecedentes históricos de enfermería	19
5.1.1 Etapa domestica del cuidado	19
5.1.2 Etapa vocacional del cuidado	20
5.1.3 Etapa técnica del cuidado	21
5.1.4 Etapa profesional del cuidado	22
5.2 Teóricas de enfermería	22
5.3 Teoría de Virginia Henderson	24
5.3.1 Metaparadigma de enfermería	29
5.4 Afirmaciones teóricas	30
5.4.1 Relación enfermera paciente	30
5.4.2 Relación enfermera medico	31

5.4.3 Relación enfermera equipo de salud	31
5.5 Proceso atención de enfermería	31
5.5.1 Antecedentes históricos	31
5.5.2 Características del proceso enfermero	32
5.5.3 Beneficios del proceso enfermero	32
5.5.4 Etapas del proceso enfermero	33
5.5.4.1 Valoración	33
5.5.4.2 Diagnostico	34
5.5.4.3 Planeación	35
5.5.4.4 Ejecución	35
5.5.4.5 Evaluación	36
5.6 Características biofísicas del adulto joven	37
5.7 Efectos psicológicos de la maduración temprana y tardía	37
5.7.1 Personalidad	39
5.8 Factores de riesgo	39
5.9 Cambios biofísicos	40
5.9.1 Aspecto físico	40
5.9.2 Necesidad de sueño	41
5.9.3 Hábitos alimenticios	42
5.10 A nivel psicológico	43
5.10.1 Afectividad	43
5.10.2 Espiritualidad	44

5.10.3 Corporalidad	45
5.10.4 Creatividad	45
5.10.5 Carácter	46
5.10.6 Sociabilidad	46
5.11 Problemas que se presentan en el adulto joven	47
5.11.1 Ansiedad	50
5.11.2 Depresión	50
5.12 Cuadro clínico	53
5.13 Tipos de depresión	54
5.14 Diagnóstico	55
5.14.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10	55
5.14.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10	56
5.15 Tratamiento	58
VI APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	60
6.1 Valoración de enfermería	60
6.1.1 Datos generales	60
6.1.2 Exploración física	61
6.1.2.1 Examen físico general	61
6.1.2.2 Examen físico regional	62



6.1.2.3 Examen físico por aparatos y sistemas	62
6.2 Valoración de las catorce necesidades	64
6.2.1 Jerarquización de las necesidades	70
6.2.2 Establecimiento de prioridades	71
6.2.3 Diagnostico, planeación y ejecución	73
6.2.4 Evaluación	87
VII. CONCLUSIÓN	88
VIII. PLAN DE ALTA	90
IX. SUGERENCIAS	92
X. FUENTES CONSUTADAS	94
XI. ANEXOS	98

## I.INTRODUCCIÓN

La Enfermería es la ciencia y arte de brindar cuidados en forma holística a personas sanas o enfermas, con el único propósito de recuperar o mantener la salud.

El proceso enfermero es una forma dinámica y sistemática de brindar cuidados enfermeros. Es el instrumento de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en objetivos y resultados eficaces.

Este trabajo está integrado por diversos capítulos, en donde se aborda la justificación del trabajo, el porqué de la realización del mismo. Seguiremos con los objetivos lo que pretendemos alcanzar tanto en lo general como de manera específica. La metodología en la cual se redacta la forma en que se llevó a cabo cada paso.

Posteriormente se encuentra el marco teórico en el cual se desarrollan los siguientes contenidos: los antecedentes históricos de la enfermería en México, la teoría de Virginia Henderson que es en la que nos basamos al realizar el proceso, el proceso de atención de enfermería, sobre la depresión, ansiedad y algunos otros aspectos emocionales, así como la etapa de la vida en la que se encuentra la paciente.

Lo siguiente es la aplicación del proceso de enfermería a una mujer adulta joven con alteración en las necesidades de: realización y estima, dormir y descansar, comunicación, aprendizaje, y nutrición

e hidratación , los diagnósticos están realizados en base a la valoración tomando en cuenta la taxonomía de la NANDA; prosiguiendo como la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados y por ultimo las conclusión a la que se llegó de acuerdo a la respuesta de la usuaria ante las intervenciones realizadas, sugerencias, fuentes consultadas y los anexos.

## II.JUSTIFICACIÓN

La finalidad del proceso de enfermería es conocer las necesidades prioritarias y realizar un plan de cuidados, para la pronta recuperación del usuario.

México es un país de jóvenes, la mitad de la población tiene 26 años o menos, así lo indican los resultados del censo de población y vivienda 2010.

Los jóvenes que tienen entre 15 y 29 años de edad desempeñan un papel muy importante en el desarrollo social y económico del país. Al brindarles orientación adecuada sobre la educación, salud, empleo y recreación; podrán transitar a la edad adulta y contribuir al desarrollo de la sociedad, por lo tanto es de suma importancia conocer un poco más sobre ellos (INEGI) Censo de Población y Vivienda 2010.

Desarrollo social y personalidad según Erickson, el adulto joven se mueve entre la intimidad y el aislamiento, es una etapa en que la persona está dispuesta a fundar su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, se tiene la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando impliquen sacrificios significativos. La afiliación y el amor son las virtudes o fortalezas que se asocian a esta etapa. Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos. Por otra parte, también hay mucha exploración y aprendizaje (no todos los roles que se asumen son definitivos).

La intensidad de las emociones angustiosas y depresivas es especialmente marcada en el joven. Desde cierto ángulo, la depresión es connatural al proceso de individuación del adolescente, quien está por definición separándose de su mundo infantil y de su familia. Desde éste punto de vista, todo joven "normalmente" presenta en forma transitoria períodos de decaimiento, ánimo bajo y desinterés. Los síntomas depresivos son por lo tanto muy frecuentes, pero solo en un porcentaje bajo de los casos representan un cuadro afectivo en el sentido de un desorden clínico.

Una de cada cinco personas padece este trastorno, según el experto, lo que implicaría que 20 millones 660 mil mexicanos tiene depresión, de un total mundial de 121 millones de personas. En México una de cada cinco personas padece depresión, y solo una de cada 10 recibe atención médica. Según el censo de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México viven 103.3 millones de personas en México, por lo que la afirmación implicaría que cerca de 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión, sin contar la variación poblacional hasta la fecha (según la OMS, 2008). Esto implicaría que México alberga el 17% del total de las personas con depresión en el mundo, ya que este padecimiento afecta a 121 millones de personas en todo el mundo, según un informe de la organización mundial de comercio (2008). La encuesta nacional epidemiológica de psiquiatría en el año 2008 11.2% de las mujeres han padecido depresión alguna vez en su vida, por lo que los trastornos afectivos prevalecen más en el sexo femenino por factores genéticos y hormonales (según la OMS, 2008).

“La encuesta epidemiológica sobre salud mental realizada en una muestra representativa de adolescentes de la Ciudad de México reportó que la prevalencia de depresión mayor fue de 2% en hombres y de 7.6% en mujeres, datos según la OMS”. Se calcula que para el año 2020 esta enfermedad será la segunda más frecuente en el mundo y la primera causa de baja laboral en los países desarrollados, BENJET C, Borges G, E et al. Salud mental. México. 2009.

En el 70% de los casos de personas con enfermedad mental, los síntomas se comienzan a experimentar durante la adolescencia según la Federación Mundial de la Salud y Voz Pro Salud Mental insistieron en la necesidad de que se brinden servicios de salud mental en servicios primarios de salud, ya que se pierden años en promedio se visitan seis doctores, antes de obtener un diagnóstico correcto. Para luchar contra la depresión, según la organización, acabar con los tabúes y abordar el tema abiertamente (Máser, 2002).

La realización de este proceso ha sido gracias a la disposición por parte de la usuaria con iniciales NAGR para aplicarle las intervenciones pertinentes de acuerdo a sus necesidades afectadas.

Por lo anterior me pareció de vital importancia aplicar este Proceso Enfermero a una joven que se encuentra ya por pasar a la adultez temprana, para demostrar que enfermería, tiene mucho por hacer ante este grupo de población, ante los cambios y problemas que se presentan durante este rubro de edad; sus repercusiones sociales, psicológicas y emocionales a consecuencia del impacto

que generan los medios de comunicación, los malos hábitos, la presión escolar y la soledad, que los orillan a adoptar conductas de riesgo para su salud, en este caso viéndose alteradas la necesidades de descanso y sueño, comunicación, realización y estima, aprendizaje y nutrición e hidratación.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Desarrollar un proceso de atención de enfermería en paciente con alteraciones en las necesidades de Comunicación, descanso y sueño, realización y estima, aprendizaje, nutrición e hidratación; brindando cuidados de forma holística para controlar y minimizar los riesgos que presenta.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Detectar las necesidades de la usuaria a través de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
2. Elaborar los Diagnósticos de enfermería en base al análisis de los datos significativos.
3. Establecer prioridades para brindar el cuidado en las necesidades afectadas de la usuaria. Ejecutar las acciones planteadas llevando un registro que permita valorar.
4. Evaluar los cuidados brindados a la paciente para ver el progreso en base a las necesidades afectadas.
5. Brindar a la usuaria información sobre el autocuidado para evitar conductas que pueden perjudicar su estado de salud.
6. Emplear el pensamiento crítico para realizar la evaluación continua de los cuidados empleados al paciente en cada una de las etapas del proceso y realizar las adaptaciones necesarias y oportunas.



7. Enseñar a la paciente a emplear su tiempo para la realización de sus tareas cotidianas y ayudarla a mejorar su autoestima.

#### **IV. METODOLOGÍA**

El sitio donde se llevó a cabo la entrevista realizada a mi paciente fue en la colonia circunvalación, mismo lugar donde serán aplicadas todas las intervenciones o la mayoría de las mismas.

La recolección de los datos fue por medio de la entrevista realizada de manera directa. Para realizar la exploración se hizo uso de las técnicas de palpación, inspección, percusión y auscultación siguiendo el orden céfalo caudal, por regiones anatómicas y por aparatos y sistemas. (DILLON patricia 2008).

Para la realización de la valoración se utilizaron las catorce necesidades propuestas por la teórica Virginia Henderson que son oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener buena postura, descanso y sueño, vestirse y desvestirse, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar peligros, comunicación, vivir de acuerdo a valores y creencias, autorrealización, participar en actividades recreativas y aprendizaje de las cuales se tomó la información más importante y relevante para la realización del proceso.

Posterior a la valoración se realizó la clasificación de los datos significativos de acuerdo al grado de dependencia que se presenta en cada uno de ellos; realizando la jerarquización de los mismos en base a la pirámide de Abraham Maslow.

Con la detección de las necesidades afectadas se procede a la elaboración de los diagnósticos enfermeros utilizando como base la taxonomía de la NANDA 2012-2014; y de los objetivos de cada uno de estos diagnósticos utilizando la taxonomía de Bloom, así como la elaboración de un cuadro que integra la planeación de los cuidados y su ejecución. En cuanto a las actividades que se

destinaron para la aplicación en mi paciente se tomó como referencia el NIC. (MC CLOS Key, Joanne, 2007).

Para la elaboración de este trabajo se ha aplicado la siguiente metodología de acuerdo al enfoque es mixto, porque incluiremos datos cualitativos como datos cuantitativos que nos servirán para brindar una atención de manera holística a la usuaria; en base a la evolución es de tipo prospectivo, porque partiremos del momento actual hacia el futuro describiendo el progreso de la usuaria en base a las intervenciones realizadas; en cuanto a la intervención es cuasi experimental, ya que este tipo de estudios se refiere a las situaciones sociales en las que el investigador no puede presentar los valores de la variable independiente a voluntad, ni puede crear grupos experimentales por aleatorización; en lo que respecta al alcance es descriptivo ya que se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar; de acuerdo a la medición es transversal, ya que mediremos la prevalencia de exposición en una población definida y en un punto específico de tiempo, además nos permite evaluar las necesidades del cuidado de la salud (SAMPIERI, Roberto, 2003, 183-285).

## **V. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA**

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico. Cuidar era un acto que tenía como finalidad permitir la continuación de la vida y el desarrollo de la persona, del grupo y de la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. (SILES José, 2000 pág. 98-102).

#### **5.1.1 ETAPA DOMESTICA DEL CUIDADO**

Esta etapa se encuentra relacionada con la concepción de la salud como mantenimiento de la vida. La etapa doméstica del cuidado descrita por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio guiada por el instinto del cariño y de la tradición sanadora procedente de la magia y de la religión; y que constituye el cuidado de supervivencia, siendo la primera aproximación al quehacer enfermero, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación; las manos importante para el contacto maternal y transmitir el bienestar.

En consecuencia dichos cuidados van encaminados al mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y las medidas para tener una vida saludable.(MARTÍNEZ Martin María Luisa,2000, págs. 5-6).

### 5.1.2 ETAPA VOCACIONAL DEL CUIDADO

Se inicia la creencia de la salud como un valor religioso. La etapa vocacional del cuidado, segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, el valor religioso de la salud se determinó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una elección de Dios. Las actitudes de las personas encargadas del cuidado consistían en votos de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar por medio de consejos morales el cuidado como vehículo de salvación con Dios.

Durante esta época los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples lo importante eran las actitudes, durante esta época la enfermería era ejercida por personas con sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

La etapa vocacional va desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta el final de la Edad Moderna. La fase pretécnica de la asistencia sanitaria es una fusión de saberes y quehaceres sanadores de los que surge tanto la medicina como la enfermería.

### 5.1.3 ETAPA TÉCNICA DEL CUIDADO

La tercera etapa, etapa técnica del cuidado, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

El desarrollo científico y tecnológico se produjo desde el renacimiento hasta el siglo XIX, condujo a la clase médica a un mayor conocimiento centrado en la búsqueda de la enfermedad y su tratamiento.

En esta etapa Colliere denomina a la mujer enfermera auxiliar del médico. La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permiten el inicio de la enfermera en vías de profesionalización. Estos principios son atribuidos a Florence Nightingale, lo que realmente dio pie al desarrollo técnico de enfermería fue la extensión de redes hospitalarias en los años cincuenta del siglo XX.

La actual concepción de la salud como el equilibrio entre los individuos y su ambiente, cambia la orientación del cuidado enfermero como el conjunto de actividades creadas con base en la metodología propia de la disciplina.

La atención a la salud requiere la intervención de diferentes profesionales, que brinden una atención eficaz, autónoma e integral de la salud individual y colectiva.

En la actualidad el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar el bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno. (MARTÍNEZ Martin María Luisa, 2011. págs. 4-14).

#### 5.1.4 ETAPA PROFESIONAL DEL CUIDADO

La etapa profesional del cuidado, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo xx hasta nuestros días. La enfermería, al igual que otras actividades profesionales, fue antes un hacer que un saber, lo que durante muchos siglos dio la posibilidad particular al cuidado de los enfermos.

El interés que la enfermería está mostrando por formarse, para ejercer una mejor práctica profesional, lo demuestra el gran auge de los cursos de postgrado que están surgiendo en todo nuestro territorio nacional. (MARTIN Hernández Francisca, 1999, págs. 22-23).

#### 5.2 TEÓRICAS DE ENFERMERÍA

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Nightingale comenzó adquiriendo sus conocimientos a través de las visitas hospitalarias, la posición social en la que se encontraba le facilitó la relación con personas influyentes que

radican en el extranjero. Su primer empleo fue de superintendente de un establecimiento para damas enfermeras.

En esta institución participo en la gestión donde su desempeño fue reconocido rápidamente. Durante la guerra de Crimea se ofreció como voluntaria para ir a Turquía donde organizo un departamento de enfermería y dedico su tiempo a eliminar los problemas de saneamiento en los pabellones del hospital.

En el año de 1860 organizo una escuela modelo donde se enseñaba el arte de la enfermería. (GARCÍA Martin Catalina, 2001, págs.24-27).

La etapa del currículo, en esta el énfasis se puso en los cursos que deberían realizar para alcanzar un currículo estandarizado. A mediados de 1930 surgió la idea de trasladar la formación de enfermería en el ámbito hospitalario. A medida que las enfermeras buscaban la superación surgió la etapa de la investigación, esta llego cuando las enfermeras realizaban ya una formación superior y llegaban a la concepción común de la edad científica: que la investigación era el camino hacia el nuevo conocimiento.

La etapa de la investigación fue seguida por la etapa de la educación superior. Empezaron a surgir programas de masters en enfermería para cubrir la necesidad de enfermeras con una formación especializada (MARRINER Tomey Ann, 2008, págs.4 y 8).

Se puede considerar a Florece Nightingale como la pionera de la enfermería moderna. Sus aportaciones se consideran en dos niveles; en el ámbito general de la disciplina de enfermería; se inició



la búsqueda de un cuerpo de conocimiento propio de la enfermería, así mismo se organizaron los primeros talleres de educación de la profesión y a su vez se dio inicio la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina.

Dentro de las aportaciones asociadas dio inicio la organización de enfermería militar y fue la primera en emplear la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento dentro de la enfermería.

Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florencia Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermera profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996 que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson (MARRINER Tomey Ann, 2003.págs. 96-98).

### **5.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

Henderson Virginia nació el 30 de noviembre 1897 en Kansas Missouri. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson V. hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, escritora, investigadora, y publicó mucho a lo largo de sus años dirigió el Nursing Studies Index

Proyecto patrocinado por la universidad de Yale que dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e historia de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

Su definición de enfermería en términos profesionales fue anotada por primera vez en 1955 en la quinta edición del libro *Text Book of the Practice of Nursing* de Harmer y Henderson y la define de la siguiente forma. “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Los elementos más importantes de la teoría de Virginia Henderson son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para tener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados de enfermería”, esferas en las que se desarrolla el ser humano.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la

propia estima, la 11<sup>a</sup> relacionada con la pertenencia y desde la 12<sup>a</sup> a la 14<sup>a</sup> relacionadas con la auto-actualización. (MARRINER Tomey Ann, 2008. págs.56-58).

Las necesidades humanas básicas según HENDERSON, son:

- 1º.-Necesidad Oxigenación.
- 2º.-Necesidad Nutricional-metabólico.
- 3º.- Necesidad Eliminación.
- 4º.-Necesidad Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Necesidad Descanso y Sueño.
- 6º.-Necesidad Uso de prendas de Vestir.
- 7º.-Necesidad Termorregulación.
- 8º.- Necesidad Higiene y Protección.
- 9º.- Necesidad Evitar los peligros.
- 10º.- Necesidad Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y Opiniones.
- 11º.- Necesidad Valores y Creencias.
- 12º.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- 13º.- Necesidad de Recreación.
- 14º.- Necesidad de Aprendizaje.

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

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. (GONZÁLEZ García María de Jesús, 2004. págs. 8-17).

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ❖ Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ❖ Variables: Estados patológicos:
  - Falta aguda de oxígeno.
  - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
  - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
  - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisibile.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las

acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales. (FERRIN Fernández Carmen, 2007. págs. 49-52).

### 5.3.1 META PARADIGMA DE ENFERMERÍA:

**Persona.** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. La persona y su familia son considerados como una unidad, tanto el individuo sano como el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**Entorno.** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Salud.** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de

Enfermería. Equipara salud con independencia. (GONZÁLEZ García María de Jesús, 2004. págs.40-42), (KEROUAC Suzanne,2007).

## **5.4 AFIRMACIONES TEÓRICAS**

### **5.4.1 RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE**

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: La enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

### **5.4.2 RELACIÓN ENFERMERA – MÉDICO:**

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de las funciones se superponen.

### **5.4.3 RELACIÓN ENFERMERA – EQUIPO DE SALUD:**

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para

completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Virginia Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996 (ROSALES Reyes Susana, 2003, págs. 23-30).

## **5.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **5.5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El proceso de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planeación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica (KOZIER, Bárbara, 2004 págs. 60-66).

El proceso enfermero es una forma dinámica y sistemática de brindar cuidados enfermeros. Es el instrumento de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en objetivos y resultados eficaces. También impulsa al profesional de enfermería autoevaluarse para mejorar su quehacer de enfermería. (Antología UNAM, 2000 págs. 3-7).



### 5.5.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO:

**Sistemático.** Consta de una serie de pasos que siguen una secuencia lógica.

**Dinámico.** Al adquirir más experiencia podrá moverse hacia atrás o hacia delante en los distintos pasos del proceso con el fin de conseguir el mismo resultado final.

**Humanístico.** Porque toma en cuenta los intereses, deseos y valores del usuario, cubre las tres áreas física, social y mental.

**Centrado en los objetivos (resultados).** Los pasos del proceso están diseñados para conocer si las intervenciones realizadas en el usuario están teniendo los resultados deseados.

### 5.5.3 BENEFICIOS DEL USO DEL PROCESO ENFERMERO

Complementa a otras disciplinas al centrarse no solo en las cuestiones médicas, sino también en las respuestas humanas. Este enfoque holístico proporciona la fidelidad de que las intervenciones se encuentran adaptadas al individuo y no a la enfermedad.

Favorece el uso del pensamiento crítico para el logro de los objetivos como:

- Prevención de enfermedad, mantener o restaurar la salud.
- Aumentar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar los cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.

- Encontrar las forma de elevar la satisfacción del usuario al administrarle los cuidados de salud. (LEVEFRE Alfaro Rosalinda, 2005, pags.4-8).

#### **5.5.4 EL PROCESO ENFERMERO CONSTA DE CINCO PASOS QUE SON:**

##### **5.5.4.1 VALORACIÓN**

Es el proceso de obtención, organización, validación y registró sistemático de datos. Es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. La valoración está centrada en las respuestas humanas del paciente ante un problema de salud.

Obtención de datos: es la recopilación de información sobre el estado de salud del paciente, debe ser sistemático con el fin de evitar omisión de datos relevantes sobre el estado de salud cambiante del paciente. Los métodos usados para la recolección de datos son a través de la observación, entrevista, y la exploración física.

Organización de datos: se realiza por medio de un formato denominado historia clínica de enfermería, este se puede ir modificando de acuerdo al estado físico en que se encuentre el paciente.

Validación de los datos: consiste en la verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

Registro de datos: el registro de los datos se realizara de forma objetiva, sin interpretaciones.

#### 5.5.4.2 DIAGNÓSTICO

Es la segunda fase del proceso de enfermería, en esta los profesionales de enfermería utilizan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente.

Tipos de diagnóstico más usados en enfermería son:

Diagnóstico real: en este el problema del paciente está presente al momento de la valoración.

Diagnóstico de riesgo: en este no existe el problema, pero si la presencia de factores de riesgo que podrían propiciar que se presente el problema, a menos de ser intervenidos.

Diagnóstico de bienestar: describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo, familia o comunidad; que tienen la disposición para mejorar.

#### 5.5.4.3 PLANEACIÓN

Es una fase sistemática que conlleva la toma de decisiones y resolución de problemas. En esta el profesional de enfermería consulta los datos de la valoración así como las etiquetas diagnosticas para orientarse durante la formulación de objetivos y la selección de las intervenciones que serán importantes para la prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente. El plan de cuidados de enfermería “es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades de la profesión hacia el logro de objetivos establecidos específicamente para cada persona”. (Ledesma, 2004: p. 276-284).

La planeación como proceso continuo “verifica los problemas del paciente, para conocer si estos continúan o se resuelven con rapidez, o bien, se agudizan y surgen otros”. Esto exige que la planeación de la asistencia de enfermería se revise continuamente.

#### 5.5.5.4 EJECUCIÓN

Durante esta fase son importantes una nueva valoración del paciente, determinar la necesidad de intervención por parte del profesional de enfermería, ejecutar las intervenciones descritas en la planeación que han de llevar al logro de objetivos, supervisar los cuidados delegados y la realización de un registro donde se describa la respuesta del paciente ante dichas acciones, así como su evolución. En la etapa de ejecución se buscan alternativas posibles y se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución. La toma de decisiones conlleva a establecer las condiciones necesarias para llevar a cabo el plan de atención. De esta manera la enfermera dispone razonablemente de sus propias capacidades y del personal que colabora. (Ledesma, 2004: p. 285-293)

Se debe indicar con claridad el momento para realizar las diversas actividades descritas en el plan y asegurarse que la persona comprende su ejecución

#### 5.5.4.5 EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso enfermero, es una actividad continua, planificada y dotada de objetivos. En esta etapa se determina la respuesta y evolución en relación con la consecución de los objetivos y resultados; y la eficacia del plan de cuidados de enfermería. Este proceso es de suma importancia ya que las

conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería. (KOZIER Bárbara, et al.2004. págs. 283-284). La evaluación es un proceso continuo que permite conocer aciertos, y errores así como sugerir medios para superarlos. Es necesario que el personal del equipo de salud, incluidos el paciente y familia, conozcan los propósitos que se persiguen, para que la evaluación se realice en forma efectiva. (Ledesma, 2004: p. 294-295)

La evaluación bien hecha se refleja en la superación del personal de enfermería, al utilizar su pensamiento reflexivo y su juicio crítico, permite la concientización de su papel.

## **1.6 CARACTERÍSTICAS BIOFISIOLÓGICAS DEL ADULTO JOVEN**

La organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud han convenido en que el periodo de la adolescencia se define como el lapso de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años, y la juventud como el intervalo entre los 15 y los 24, y se utiliza el termino de personas jóvenes para incluir a ambos grupos (OMS, 1995). Muchos autores reconocen dos fases la adolescencia temprana entre los 10 y los 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19. La transición hacia la vida adulta deberá estar marcada por la identidad de la persona, la autonomía, la independencia, así como la posibilidad de establecer relaciones de intimidad. (GOMES C. [Internet]. [Acceso 18/09/13]).

Los jóvenes tienden a compartir muchas características son fuertes, saludables y atractivos y gozan de buena salud suelen satisfacer sus necesidades sexuales con una serie de relaciones

románticas que duran meses o años, a pesar de que evitan el compromiso del matrimonio y la paternidad. (BERGER, K.S. y THOMPSON, R. A.2008. págs. 203-236).

## **5.7 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MADURACIÓN TEMPRANA Y TARDÍA.**

Se ha descubierto que los chicos que maduran en forma temprana son más listos relajados, bondadosos y populares entre los compañeros, con mayores probabilidades de ser líderes y menos impulsivo de quienes maduran de forma tardía. En cambio con las chicas no les agrada madurar en forma temprana, las que maduran anticipadamente suelen ser menos sociables, expresivas, introvertidas y tímidas y más negativas que quienes maduran tardíamente. La maduración temprana se asocia con una tendencia a manifestar comportamientos arriesgados en chicos y chicas. (PAPALIA E. Diane, et al.2005, págs. 456-482).

Para Spranger la adolescencia en su etapa evolutiva aun no terminada no solo buscara la definición de su espíritu sino que también se encontrara con una cultura y sociedad determinada. Deberá incorporarse a distintos ámbitos sociales como son la política, la sociedad la religión, la profesión etcétera.

La nueva organización psíquica del adolescente se caracteriza por tres puntos esenciales:

Descubrimiento del yo: es la individualidad. El joven al encontrarse en este periodo no se comprende a sí mismo y ahí surge el deseo de ser comprendido. La consecuencia es la autorreflexión. ¿Por qué existo?; las amistades en esta etapa son de

suma importancia para ayudar al autoconocimiento, más que para mantener una verdadera relación con el otro.

Formación paulatina de un plan de vida: es la dirección que toma la vida interior, el joven siente que puede colaborar con la vida y ser un aporte; o bien pueden surgir sentimientos de inferioridad. El adolescente se caracteriza por querer vivir todo el mismo de manera personal.

Ingreso dentro de las diferentes esferas de la vida: aquí se comienza la formación artística, la reflexión, la formación de sociedades y las propias vivencias religiosas del universo. (A. DORR Anneliese, et al. 2008. 275-279).

Según Hansen el adulto joven se encuentra con la disposición de incorporar su identidad a la del grupo social, está listo para establecer acuerdos y desarrollar la fortaleza ética. En esta etapa se tiene mayor capacidad de razonamiento moral sobre cada uno de sus actos, y la experiencia y el aprendizaje lo evalúan de forma crítica según su interacción con los demás. (GUTIÉRREZ A. María del Carmen, 2007, págs. 190-217).

### 5.7.1 PERSONALIDAD

Según la OMS 1991 define la personalidad. Patrón enraizado de modos de pensar, sentir y comportarse, que caracteriza el estilo de vida y modo de adaptarse único de un individuo lo que representan el resultado de factores constitucionales, evolutivos y sociales.

Cada persona posee un patrón único de características lo cual nos identifica como seres únicos e irrepetibles.

Personalidad normal está relacionada con el concepto de sí mismo y de los demás. La identidad del yo se relaciona con una sensación de coherencia interna que es importante para la autoestima y la capacidad de experimentar un placer en la vida.

## **5.8 FACTORES DE RIESGO**

La juventud es una etapa en la que la salud es excelente, pero las malas elecciones en lo referente a los hábitos y riesgos suele tener efectos perjudiciales en su desarrollo.

Entre los peligros se hallan los embarazos y la maternidad a edad temprana, y los elevados índices de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio (Anderson 2002).

El estrés emocional, las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de drogas y alcohol son peligros de este nuevo modelo de juventud. (BERGER, K.S. y THOMPSON, R. A., 2008, págs. 120-127).

## **5.9 CAMBIOS BIOFÍSICOS**

Durante la vida se tienen cambios cuantitativos (estatura, peso, vocabulario) y cualitativos (carácter estructural u organizacional: inteligencia, memoria) que ocurren en el ser humano desde su concepción hasta su muerte y permanecen en un tiempo razonable, lo que se conoce como Desarrollo Humano. Este se caracteriza por ser: gradual, relativamente ordenado e implica diferencias individuales. Se toman en cuenta aspectos como el: físico, intelectual, personal y social; e influyen en el desarrollo los factores biológicos (herencia, maduración), ambientales (aprendizaje, socioculturales) y personales.



### 5.9.1 ASPECTO FÍSICO.

En lo biológico, las funciones están en su máximo funcionamiento, están estables, lo que se traduce en seguridad, poder y dominio, hay fortaleza, energía y resistencia física. Un funcionamiento intelectual consolidado. (COPYRIGHT. [Internet]. [Acceso 18/09/13]).

Durante esta etapa los músculos crecen y cambian de forma, de manera que se diferencian por el sexo en los varones ganan más musculo en los brazos y las mujeres en cambio ganan grasa en las caderas. A pesar de los estándares de belleza varían en cada cultura, las diferencias femeninas y masculinas en el perímetro de la cintura y de la cadera y de los músculos del brazo son factores que influyen sobre la atracción sexual en todo el mundo, así como la vestimenta que eligen. (BERGER, K.S. y THOMPSON, R. A.,2008, págs. 120-127).

### 5.9.2 NECESIDAD DE SUEÑO.

Durante el descanso los procesos fisiológicos permiten la renovación energética y la relajación muscular. Es importante tener en cuenta el estado de ánimo y afecto, los cuales influyen en la conciliación del sueño. (GUTIÉRREZ A. María del Carmen, 2007 págs. 221-238).

La mayoría de los adultos sanos necesita de siete a nueve horas de sueño por la noche (national sleep foundation, n.d.a); La duración del sueño no puede concretarse exactamente: para algunos con cinco horas es suficiente, mientras que otros necesitan diez. La cantidad de sueño está relacionada con la regulación de

energía. Las personas que son vulnerables a no dormir lo suficiente son: estudiantes, trabajadores a turnos, viajeros, y personas con estrés y dolor crónico. KOZIER. Bárbara, et al. 2013 págs. 1807-1089).

Históricamente hay dos teorías, para algunos el objetivo del sueño es la reparación ya que durante el sueño se segrega, además de la testosterona la totalidad de la cantidad diaria de la hormona del crecimiento, también se produce la mayor parte de las divisiones celulares de forma que estas se cargan de la fuente de energía constituida por el ATP; en conjunto durante el sueño predominan los procesos anabólicos mientras que en la vigilia se reducen los procesos catalizadores; para otros es el reposo.

John M. Taub dice que la utilidad de la siesta depende de la persona y de cuando la requiera. (DIETER E. Zimmer, 1985, págs. 12-45).

Los estímulos que afectan la función de la actividad y descanso pueden ser:

- Factores ambientales como luz, ruidos, la temperatura del día, la actividad física y los hábitos alimenticios.
- Tensión física que ocasiona contracción muscular y dolor. (GUTIÉRREZ A. María del Carmen, 2007, Págs. 221-238).

Muchos adolescentes no duermen lo suficiente. Se van a la cama más tarde que los niños de corta edad y se levantan más temprano. Requieren dormir alrededor de nueve horas por la noche. Ni siquiera quedarse en cama los fines de semana compensa la

perdida. Tienden a adoptar horarios de sueño irregulares y suelen privarse del sueño de forma crónica.

Estos chicos suelen manifestar síntomas de depresión, tienen problemas para dormir y se desempeñan de manera deficiente en la escuela.

### 5.9.3 HÁBITOS ALIMENTICIOS

La nutrición está influenciada por el centro regulador del apetito que está en el hipotálamo, este regula el balance energético para mantener y controlar la ingesta. En esta etapa se presentan varias modificaciones y restricciones nutricionales relacionadas con cambios en la absorción intestinal o en el sistema digestivo.

La determinación de no engordar puede agravar más los problemas que la obsesión misma. La preocupación por la imagen corporal, la percepción de su propia apariencia a menudo se intensifica en la adolescencia y puede generar esfuerzos excesivos por cuidar el peso. Este problema es más común en las chicas que en los chicos. Suelen verse como las modelos irreales que ven en los medios, suelen manifestar una preocupación excesiva por el peso. (PAPALIA E. Diane, et al. 2005,pags.456-482).

## 5.10 A NIVEL PSICOLÓGICO

La sensación de dominio se manifiesta en un sentimiento de autonomía, lo que permite utilizar las energías de forma más eficiente. Control de emociones y encuentra intimidad. (COPYRIGHT. [Internet]. [ Acceso 18/09/13]).

### 5.10.1 AFECTIVIDAD

Ha logrado encontrar su propio "Yo" y se enfrenta al conflicto de su aceptación, por una sociedad de adultos, que aún no la considera así. Es sensible y susceptible a los comentarios y se rebela ante lo que considera injusto.

Casi siempre se encuentra a la "defensiva" por considerar que no la comprenden. El apoyo de jóvenes similares a ella es determinante en la búsqueda de su independencia.

En esta etapa debe lograr integrar sexo y amor y asumir en un sentido amplio los roles de hombre y mujer. Su inclinación debido a las influencias es más pronunciada hacia el amor.

Es la época del noviazgo y la consolidación de su pareja, la temática del amor y el sexo se ve sobrecargada por la "costumbre social del rol de la mujer". Debe integrar sus impulsos y emociones con las costumbres del medio.

Es susceptible a los ídolos y a las influencias de la moda. La unión con sus amigas puede llevarla a consolidar en común, un buen ejemplo a seguir.

Es extremadamente emotiva y sensible y le disgusta el maltrato y las actitudes "sin clase" o corriente.

#### 5.10.2 ESPIRITUALIDAD

Ya madura psíquicamente, establece su escala de valores y una sincera búsqueda de los parámetros espirituales que le permitan confianza y seguridad.

Las crisis y las dudas, aparecen sobre todo al confrontar sus valores y forma de pensar, con la incongruencia del mundo que la rodea y la incomprensión hacia el mundo femenino.

Su escala de valores es firme y la pone a prueba en una constante confrontación con la realidad.

Es profundamente sensible ante la belleza del mundo y la relaciona con la mano de Dios en su creación.

### 5.10.3 CORPORALIDAD

La joven logra la plena constitución de su femineidad, mediante la maduración propia del sexo y la configuración de la mujer.

Llega a la armonización, sus movimientos se tornan tranquilos, contenidos y ordenados.

Armonización de la conducta, su figura y expresión empieza a manifestar un comportamiento más tranquilo.

Desaparece la fatiga propia de la adolescencia.

Ya encontró su yo físico y entra al periodo de preocupación por su imagen y presentación (arreglo, maquillaje y moda).

Se esfuerza por ser atractiva.

La operación de su cuerpo es determinante en su comportamiento social y afectivo.

### 5.10.4 CREATIVIDAD

La capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficacia: capacidad de razonar mediante hipótesis.

Pensamiento abstracto o formal, la capacidad de pensar y razonar más allá del mundo real. Buscando lo ideal, desde el inicio del periodo aumenta su preocupación social, piensa y actúa en relación al mundo social.

La capacidad de hacer teorías se expresa en la necesidad de construir y elaborar sistemas de transformación del mundo: postura filosófica, política y moral.

En la expresión artística, ya sabe si tiene o no aptitudes y surge la necesidad de dar a conocer su yo interno cargado de fuerte emotividad.

La influencia de la escuela disminuye por enfoque a la formación de la familia.

#### 5.10.5 CARÁCTER.

Mayor conocimiento de sí misma, adquiere identidad propia y una mayor conciencia moral, las nociones del bien y el mal son marcadas y profundas.

Búsqueda total independencia con un fuerte sentido ético y conciencia de la propia responsabilidad.

Llega a una cierta estabilización en su vida y su esfuerzo lo encamina al orden y responsabilidad, le molesta el caos y el desorden.

Alcanza su madurez psíquica al ir formando su mundo personal de valores. Tiene una visión más tolerante con los padres y los adultos.

El desarrollo de su autonomía alcanza su punto máximo.

#### 5.10.6 SOCIABILIDAD

Sus relaciones son múltiples y es, muy sociable, aunque sus verdaderas amistades son pocas.

Busca su posición en la sociedad como madre de familia y cada más como profesionista.

Busca su seguridad y le molesta que se metan con ella. Conformar su propio grupo de apoyo con sus mejores amigas que en función de sus intereses se apoyan en la exploración de la sociedad. (PLIEGO Gasca Eduardo.[internet].[acceso 20/09/13]).

#### **5.11 PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN LA ADULTEZ JOVEN.**

Salud (OMS) la define como el estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y provechosa tanto para él como para su comunidad.

Los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte.<sup>1</sup> De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1 % de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 % en mujeres y 6.7 % en hombres.

Estrés, depresión y ansiedad son manifestaciones básicas como respuesta del organismo cuando se enfrenta a períodos de

tensión excesivos. La persona estresada se siente sobrepasada en su capacidad de responder equilibradamente a situaciones que percibe como una amenaza u obstáculo. Pueden ser originados por experiencias personales o por causas externas.

El estrés suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominado agente estresante) interno o externo. (SIN AUTOR [Internet]. [ Acceso 20/09/13]).

Los síntomas iniciales son similares para el estrés y la ansiedad y muy variados en su expresión: Tensión física y emocional se traducen poco a poco en irritabilidad, falta de concentración, mal humor, débil capacidad de respuesta y resistencia. La presión constante sólo agrava la situación provocando ansiedad.

Aumentan las palpitaciones, sudoración, sensación de vértigo, mareos, cefalea, colon irritable, opresión en el pecho, disnea, temblores y tics y movimientos involuntarios del cuerpo en algunos casos. (HOME about contacto. [Internet]. [ Acceso 20/09/13]).

El estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad.



En esta definición destacan tres elementos fundamentales:

- Las demandas de las situaciones ambientales, que serían los agentes estresantes.
- La persona sobre la que influyen dichas situaciones y que las considera perjudiciales o desafiantes, y por tanto, que le superan.
- Las respuestas del individuo al estrés, tanto emocionales como biológicas.

El estrés es un síndrome que consiste en respuestas inducidas de forma inespecífica en el cuerpo y se denomina síndrome de adaptación general (teoría de Selye). (VALVERA Sergi, Pol Enric, Vidal Tomeu. [Internet]. [ Acceso 20/09/13]).

Reacción de alarma: se movilizan las defensas al restaura el sistema nervioso simpático y el endocrino frente al estrés, dando lugar a la activación de grandes cantidades de adrenalina y de cortisona para la lucha de huida.

Fase de resistencia: la respuesta de adaptación trata de limitar los daños por el factor estresante.

Fase de agotamiento: sucede cuando falla el incrementó de adaptación al cuerpo.

La vulnerabilidad individual frente al estrés depende de factores predisponentes que pueden ser biológicos, psicológicos o socioculturales.

Factores biológicos: genética, el estado de nutrición y la salud en general.

Factores psicológicos: inteligencia, habilidades verbales, moral, personalidad, experiencias pasadas, concepto de sí mismo, motivación y defensas psicológicas.

Factores socioculturales: edad, sexo, formación, ingresos, ocupación, posición social, entorno cultural, educación y creencias religiosas y el nivel de relación con los demás.

Las experiencias estresantes pueden hacer que los síntomas de ansiedad y depresión sean más severos. El estrés es un peligro para el cerebro humano. Varios estudios han revelado que las hormonas que se descargan en nuestro organismo cuando estamos estresados, preocupados o nerviosos deterioran una región del cerebro relacionada con funciones cognitivas como la memoria y la orientación espacial.

#### 5.11.1 ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Sensación de aprensión, incertidumbre o temor que tiene lugar a consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se reconoce o no es reconocido. (ISAACS A. 1998, págs. 34-37).

#### 5.11.2 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de

debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad.

Uno de los problemas de esta patología es la vida emocional. Pertenece a las enfermedades afectivas o del ánimo. Incluso en entornos normales la frecuencia de la depresión aumenta en la adolescencia. En un 8.3 por ciento de los adolescentes padecen depresión en algún momento. (ISAACS A. 1998,págs.40-42).

La depresión juvenil es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y desánimo.

Las mujeres se encuentran más propensas a padecer depresión que los varones. De cada 50 jóvenes deprimidos adolescentes hay 100 jovencitas deprimidas.

Los factores que pueden originar la depresión en las jóvenes están la pérdida de un padre, el divorcio, un abuso infantil, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. (CÁRDENAS Salvador. [Internet]. [Acceso 22/09/13]).

Los factores causales de la depresión son múltiples, la causa clínica de la depresión se encuentra relacionada con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro, el aumento o la disminución en la concentración de estas sustancias, como la serotonina y noradrenalina pueden desencadenar la depresión.

Bioquímicas cerebrales: un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de depresión, mientras que el exceso de ellos produce manía.

Neuroendocrinos: algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, indican una alteración en el hipotálamo. Cerca de la mitad de los pacientes muestran un aumento en el cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, algunos de los pacientes con disminución de la T3, poseen depresión, sin embargo otros pacientes que padecen depresión no presentan alteración en la función tiroidea.

Neurofisiológicos: un hallazgo importante en los pacientes deprimidos a los que se realiza un EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos (REM).

Genéticos y familiares: estudios realizados han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1.5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población en general.

Factores psicológicos: la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos (GUTIÉRREZ, et al, 2000, pags. 5-44).

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común, ya que por naturaleza tienen esos contextos de estrés y de ansiedad, que pueden llevarlos a un estado de depresión transitoria. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, lo cual pudo haber sido provocado por algún acontecimiento que impacto la vida del

joven, como la muerte de un familiar o amigo, la ruptura de una relación de noviazgo o el fracaso académico. (CÁRDENAS Salvador. [Internet]. [Acceso 22/09/13]).

Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación. (GUTIÉRREZ C. et al. 2000, págs.5-37).

En concreto existen dos factores que pueden desencadenar la depresión en los jóvenes: el contexto natural que incluye los cambios físicos y hormonales por los que pasa; o el contexto social son todas las circunstancias agregadas que pueden acentuar esa tendencia al estado estresante y depresivo por el cual puede estar pasando. Ambas pueden presentarse al mismo tiempo, en la misma persona. (CÁRDENAS Salvador. [Internet]. [Acceso 18/09/13]).

#### **5.12 CUADRO CLÍNICO.**

- ❖ Los familiares notan al joven más callado, distante, serio, aislado o irritable, incluso puede llorar con frecuencia.
- ❖ Duerme mucho o por el contrario tiene insomnio.
- ❖ No come como antes, por lo general pierde el apetito o a veces aumento del mismo.

- ❖ Cambios de peso (aumento o pérdida de peso en forma involuntaria).
- ❖ Se ve y se siente fatigado.
- ❖ Ya no tiene interés por situaciones o actividades que antes le gustaba realizar.
- ❖ Dificultad para concentrarse.
- ❖ Dificultad para tomar decisiones.
- ❖ Episodios de pérdida de la memoria.
- ❖ Preocupación por sí mismo.
- ❖ Se siente menos, incluso puede llegar a odiarse.
- ❖ Siente culpa.
- ❖ Tiene ideas suicidas o temor acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.
- ❖ Se comporta exageradamente irresponsable.
- ❖ Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- ❖ Síntomas físicos como cefalea, taquicardia, o malestar estomacal.
- ❖ Puede presentar conductas delictivas.

### 5.13 TIPOS DE DEPRESIÓN

**Depresión leve:** Cuando la persona presenta sólo algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria le generan un gran esfuerzo.

**Depresión moderada:** La persona presenta muchos de los síntomas de la depresión que le impiden realizar las actividades cotidianas.

**Depresión severa:** Se refiere a cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y ésta le impide realizar sus actividades diarias.

## 5.14 DIAGNÓSTICO

Es difícil diagnosticar la verdadera depresión durante esta etapa por las variaciones que presenta el joven en cuanto al estado de ánimo, con periodos que alternan momentos de alegría con momentos de tristeza. (CÁRDENAS Salvador. [Internet]. [Acceso 18/09/13]).

### 5.14.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN LA CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos. o
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
  - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo.
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
  - Pérdida marcada del apetito.

- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

#### 5.14.2 CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN LA CIE-10. PRESENTACIÓN SINTOMÁTICA SEGÚN LA EDAD

##### A. Criterios generales para episodio depresivo.

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

##### B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

##### C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.



- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden

ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (ÁLVAREZ Ariza María. [Internet]. [ Acceso 21/09/13]).

### **5.15 TRATAMIENTO**

A nivel farmacológico, la depresión se ha tratado principalmente con antidepresivos tricíclicos (imipramina). También se han utilizado los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina) y los conocidos como IMAO. (Inhibidores de la monoamina oxidasa). También se ha recetado Carbonato de Litio como preventivo de los trastornos bipolares. Estos medicamentos funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de neurotransmisores, que ayudan a mejorar el estado de ánimo.

La terapia interpersonal, ayuda a las personas con depresión a identificar y manejar problemas específicos en las relaciones con la familia, amigos, compañeros y otras personas.

El tratamiento cognitivo-conductual, es eficaz tanto en poblaciones escolares con síntomas depresivos, como en adolescentes con depresión clínica y en la prevención de recaídas. El éxito del tratamiento cognitivo-conductual parece estar relacionado con la menor severidad del cuadro y con la edad.

Incluye el análisis cognitivo con el reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta, la cognición y el cambio de atribuciones cognitivas negativas. Por otra parte incluyen la intervención conductual, como el entrenamiento en habilidades sociales, la ayuda en la resolución de problemas.

Terapia de Grupo: Para los adolescentes, este puede ser un enfoque útil para hacer frente, ya que muestra que no están solos para combatir sus sentimientos de depresión.

Ejercicio físico: El ejercicio es una herramienta útil, ya que crea más endorfinas y serotonina, que estimularan al cerebro. Estos dos productos químicos permiten la química del cerebro para cambiar y aportar más oxígeno al cuerpo para ayudar a salir de una depresión del adolescente.

Expresando la creatividad: Esto se puede lograr a través de la actuación, la creación de arte o música. Todas estas actividades son una gran salida para los adolescentes para comunicarse y para desarrollo de sus emociones. (BAÑUS LLORT Sergi. [Internet]. [Acceso 21/09/13]).

## VI. APLICACIÓN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 6.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

#### 6.1.1 DATOS GENERALES

Paciente del sexo femenino con iniciales NAGR DE 20 años de edad, nació el 06 de febrero de 1995, es originaria de la Zamora Michoacán, donde radica actualmente. Pesa 75 kilogramos, mide 1.70 metros; presentando un índice de masa corporal de 22.0 kg/m<sup>2</sup>, que se encuentra dentro del rango normal. Actualmente se encuentra estudiando el primer semestre de la universidad en la especialidad de contabilidad. La fuente de fiabilidad es directa y confiable: 4

A la observación: está consciente, presenta facies de tranquilidad; su piel es de tez morena clara con buena turgencia e hidratación. Se encuentra en posición fowler; es de complejión media, con regular masa adiposa en la región abdominal; tiene una distribución uniforme del cabello; no presenta deformidades visibles; no tiene presencia de traumatismos. A la exploración física, no hay datos de compromiso cardiopulmonar; tiene buena coloración de piel y tegumentos; abdomen blando, depresible.

A la entrevista, la usuaria señala: haber nacido en Zamora, Michoacán; residir actualmente en la colonia "Circunvalación"; ser estudiante, soltera; y estar en una situación económica regular. Profesa la religión católica; comenta que el mes anterior estaba acudiendo con una nutrióloga la cual le había prescrito una dieta y unas pastillas (*acxion*) para suprimir el apetito, pero que ya no seguido con sus citas, ni con el consumo del medicamento por lo cual dice llevar una alimentación suficiente en cantidad pero no en calidad; en lo que respecta a la higiene dice tener buen aseo personal. Además, refiere vivir en un hogar que cuenta con todos

los servicios básicos (drenaje y agua potable), y de renta (teléfono, cable, luz y gas); la estructura de la vivienda es de concreto. Dado que en su casa viven 4 personas, no hay hacinamiento ni promiscuidad. Tiene un perro y una paloma (zoonosis positiva).

Dentro de los antecedentes personales patológicos refiere un envenenamiento por picadura de abeja cuando tenía 3 años y durante la infancia a la edad de 8 años padeció la enfermedad de varicela. La paciente menciona que no tiene ninguna toxicomanía, y dice ser alérgica al Trimetropin, no ha recibido ninguna transfusión ni ha tenido cirugías a lo largo de su vida.

Sobre sus antecedentes ginecológicos, su menarquía fue a los 13 años, su menstruación es de cantidad regular con una duración de cinco días con una frecuencia de 28 días y con presencia de cólico menstrual intenso.

Respecto a los antecedentes heredofamiliares, su madre padece depresión la cual está siendo tratada por especialistas, su abuela materna falleció por Diabetes Mellitus, su abuela paterna debido a complicaciones por el trasplante de corazón.

## **6.1.2 EXPLORACIÓN FÍSICA**

### **6.1.2.1 EXAMEN FÍSICO GENERAL**

Paciente normo lineo que deambula sin dificultad, fascias y marcha no característicos de proceso patológico alguno. Se encuentra en decúbito activo indiferente. Pelo de buena implantación y distribución normal. No alopecias. Uñas con estrías longitudinales, no Onicomicosis. Piel acorde a su edad, raza y sexo. No manchas ni lunares patológicos. Temperatura: 36 °C. Peso habitual: 80 kilogramos. Peso actual; 75 kilogramos. Talla: 170 centímetros.

### 6.1.2.2 EXAMEN FÍSICO REGIONAL

- Cabeza: Cráneo y cara: sin alteraciones.
- Cuello: Acorde a su biotipo, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación. No ingurgitación yugular. No adenopatías.
- Tórax: De aspecto y configuración normal.
- Abdomen: blando, depresible; que sigue los movimientos respiratorios. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No visceromegalia.
- Columna vertebral: Sin alteraciones.
- Extremidades Superiores e inferiores: presentan buena movilidad, tono muscular normal y sin dolor a los movimientos.

### 6.1.2.3 EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS Y APARATOS

#### **Sistema respiratorio:**

Inspección: Expansibilidad torácica normal. No tiraje. Frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto.

#### **Sistema cardiovascular:**

Inspección y palpación: No deformidades torácicas. Área cardiaca normal. Frecuencia cardiaca de 64 latidos por minuto. Pulsos presentes y sincrónicos. No varices.

Auscultación: Ruidos cardiacos rítmicos. Presión arterial de 120/80 mm Hg.

#### **Sistema digestivo:**

Boca: labios (de coloración normal, no desviación de las comisuras labiales), mucosa húmeda, dentadura (conservada), lengua (de forma tamaño y color normal, bien papilada y húmeda).

Abdomen: Depresible, no doloroso a la palpación.

#### **Sistema osteomioarticular:**

Músculos: Fuerza, tono conservados.

Huesos: No deformidades óseas, no dolorosos a la palpación.

Articulaciones: Arco de movilidad activo y pasivo conservados en todas las articulaciones.

**Sistema nervioso:**

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión, memoria inmediata, reciente y tardía conservadas.

## **6.2 VALORACIÓN POR LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

### **1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Los signos vitales valorados por la mañana, a las 10:30 horas indican una tensión arterial de 120/80 mm Hg; con una frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto y la frecuencia cardíaca de 64 latidos por minuto. Su temperatura corporal es de 36°C. No presenta cianosis peribucal ni acrocianosis, tiene buena coloración de tegumentos. Está en una silla en posición fowler, su respiración es rítmica. Los dedos de sus extremidades superiores presentan buen llenado capilar. Cuenta con un buen estado de conciencia. Dice que su mamá utiliza la estufa para cocinar. No fuma y las personas con las que vive tampoco (sus padres y hermanos). Comenta que cuando está ansiosa o estresada por alguna situación, su respiración llega a alterarse. Su casa es de 5 metros de ancho por 13 metros de largo un tamaño adecuado, cuenta con buena ventilación. Refiere no padecer de infecciones respiratorias frecuentes. Dice practicar el atletismo como actividad física, además de caminar diariamente por 30 minutos.

### **2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

Pesa 75 kilogramos, tiene una talla de 1.70 metros. Su índice de masa corporal es de 22.0 kg/m<sup>2</sup> se encuentra dentro del rango normal. Presenta una buena turgencia de piel, sus uñas están sanas y su cuero cabelludo se encuentra limpio, el cabello presenta buena implantación. No refiere tener dificultad para deglutir, no le falta ninguna pieza dentaria puesto que el aspecto de sus encías es saludable. Su dieta es de tipo normal. Menciona que realiza tres comidas al día, con un valor nutricional regular. Dice no tener horarios establecidos para comer. No tiene periodos de ayuno prolongado. Su dieta habitual está basada en grasas 7/7, verduras 5/7, alimentos de origen animal 6/7 (pollo y carnes rojas), lácteos 7/7, carbohidratos 7/7, cereales y leguminosas 6/7. En cuanto la ingestión de líquidos, refiere que toma 1-1.5 litros diarios, sea leche, agua fresca o natural. Manifiesta que actualmente ha estado



descuidando su alimentación ya que consume en cantidad regular comida chatarra (galletas, sabritas, refresco y dulces), debido a que no le alcanza el tiempo para prepararse un desayuno para llevar a su escuela. Afirma no tener ningún trastorno digestivo, presenta alergia al medicamento Trimetropin.

### **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

Su eliminación vesical no se encuentra comprometida, ya que orina 6 veces al día; su orina es transparente. Señala que suele defecar 2 ó 3 veces al día, que sus heces son cafés y bien formadas. Refiere que algunos momentos se aguanta al miccionar o defecar, por las clases escolares. En cuanto a su menstruación dice presentar un ciclo de 28 días, con una duración de cinco días, el segundo día con sangrado abundante, color rojo brillante; presentando cólico menstrual de intensidad moderada. Expresa no hacer uso de ningún tipo de laxante en sus hábitos intestinales. Menciona que las emociones si llegan a influir en su eliminación ya que cuando se siente estresada tiende a presentar estreñimiento y cuando está nerviosa aumenta el número de micciones.

Presenta un abdomen depresible a la palpación, blando, sin distensión y perístasis presente.

### **4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

No tiene limitaciones para la deambulación; no utiliza ayudas para la marcha. Presenta buen tono muscular. Señala que en casa realiza todas las actividades por ella misma. Como rutina de ejercicio realiza una caminata diaria de 30 minutos para desplazarse a la escuela, atletismo durante una hora. No presenta cifosis, lordosis, escoliosis, ni ninguna otra deformidad por causa de malas posturas. Comenta que el tipo de calzado que usa es bastante cómodo. En lo que respecta a su estado de conciencia se encuentra orientada en espacio, lugar y tiempo; en el aspecto emocional dice sentirse un poco deprimida, sin ganas de hacer nada y a la vez estresada por la escuela.

## **5. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE**

Está vestida con un pantalón de mezclilla así como una blusa holgada de algodón. En casa, no necesita de la ayuda de nadie para vestirse ni desvestirse. Usa lo que tiene para vestir, elige por sí misma su forma de vestir. Sabe adecuar su vestimenta de acuerdo a la estación del año: usa prendas ligeras (blusas, short, pantalones o faldas) en épocas de calor y ropa abrigadora (chamarras, suéter además de pantalones) en invierno. Generalmente viste con ropa deportiva o pantalones además de blusas cómodas; el tipo de zapato que usa son tenis. Por la ropa que usa durante la entrevista, se ve que usa las prendas adecuadas de acuerdo a su edad, se encuentra limpia y con el atuendo completo. Comenta que es vanidosa, pues se preocupa por su apariencia física, la cual es limpia y agradable. Refiere que su estado emocional no influye al momento de elegir su atuendo o que sus creencias religiosas no le impiden vestirse como le agrada.

## **6. NECESIDAD DE DORMIR Y REPOSAR**

Expresa no tener insomnio ni dificultad para poder dormir, refiere que se acuesta a las 12:30 pm y que se levanta a las 5:40 am, para irse a su escuela; duerme en promedio 5:00 horas; señala no despertar durante las noches. Afirma no sentirse bien descansada con el horario de sueño. Menciona no tomar siestas durante la tarde por la tarea que le dejan en la escuela. Presenta ojeras y bostezos al momento de la entrevista. No toma medicamentos para conciliar el sueño. En su hogar, dice tener una hora de descanso en el sofá, viendo la televisión.

## **7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Su temperatura corporal axilar es de 36 °C; no tiene datos de hipertermia ni hipotermia. No se encuentra diaforética. Señala tener buena adaptación a los cambios de temperatura, aunque le es más agradable el clima templado. Asegura protegerse de los cambios ambientales bruscos de temperatura, que en épocas de frío se abriga con chamarras y durante el calor se cubre con una sombrilla o

una gorra. Su piel se encuentra hidratada, con buena coloración morena clara y turgencia, presentando una transpiración normal, comenta que esta aumenta un poco con el tiempo de calor o cuando practica algún deporte.

## **8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Se baña diariamente por la noche. Dice que se lava los dientes dos veces al día, después del desayuno y la cena. No presenta heridas en su cabeza, tronco ni extremidades. No tiene caries en sus piezas dentarias. Las uñas de los dedos de sus manos están cortas, limpias y con esmalte. Afirma que se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, en general, cada vez que siente que las trae sucias. La turgencia de su piel es normal; acostumbra usar crema Lubriderm una vez por día para que no se le reseque. Tiene un olor corporal agradable, su cuerpo se muestra aseado. Suele usar desodorante axilar. No presenta heridas ni cicatrices corporales.

## **9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS**

Manifiesta que su familia está compuesta por su padre, madre y tres hermanos, ante alguna situación de urgencia reacciona un poco nerviosa, pero en general identifica que es lo que debe hacer. Señala ser alérgica al medicamento Trimetropin. Su esquema de vacunación está completo de acuerdo a su edad. Refiere consumir alcohol solo en ocasiones especiales en eventos familiares y no realizarlo con exceso. Identifica solo algunas medidas de seguridad, de prevención de accidentes y de actuación en siniestros. Dice tener en casa: alcohol, gasas así como medicamentos en un pequeño botiquín. Menciona acudir al médico solo cuando se enferma. Respecto a la integridad de sus órganos de los sentidos, sus ojos poseen buena agudeza visual, sus oídos escuchan con claridad, no presenta hipoacusia. Asegura que existe poca fauna nociva en su hogar “pues andan algunas cucarachillas que a veces salen”.

## **10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

Es soltera vive con sus padres y hermanos, dice que suele estresarse mucho por los trabajos escolares, también por algunos problemas que se presentan en su familia tanto emocional como económicos, pues ella cree que de alguna manera es su responsabilidad. Menciona que en ocasiones se siente sola en el aspecto emocional, ya que de forma física la mayor parte del tiempo se encuentra acompañada por su hermano o su mamá. Señala que la relación afectiva con su familia es buena, “bueno aunque a veces tenemos nuestras diferencias”, pues generalmente realizan actividades juntos los fines de semana. No tiene dificultad para expresarse, posee una gran facilidad de palabra; aunque la verdad no tengo la confianza suficiente para expresarles a mis padres mis sentimientos. Así mismo, refiere tener una buena relación con sus compañeros de escuela.

## **11. NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A LAS CREENCIAS Y VALORES**

Señala ser de religión católica así como seguir todos los ritos propios de ésta, tales como navidad y pascua. Siempre que requiere de ayuda, se encomienda a Jesús y a la virgen de Guadalupe. Comenta que acude a misa todos los domingos. Refiere que sus padres son los que le han inculcado la religión que profesa con cariño; que los valores que predominan en su familia son: el amor, la amistad, la confianza, el respeto y la responsabilidad. Sus valores personales son: la amistad, honestidad, respeto, solidaridad. Además, expresa no tenerle miedo a la muerte, dice que para ella es como un descanso. En su hogar cuenta con imágenes religiosas de la virgen de Guadalupe, de Jesucristo y del Papa; en su religión le es permitido el contacto físico.

## **12. NECESIDAD DE REALIZACIÓN Y ESTIMA**

Asegura sentirse orgullosa de lo que ha logrado hasta ahora. Dice serle indiferente el rol que juega en su familia. El concepto que tiene de sí misma es negativo; se percibe como una mujer superficial e infeliz y gorda. Manifiesta que en ocasiones le ha venido a la

mente la idea de suicidarse, aunque nunca lo ha intentado. Señala estar muy contenta con su familia a pesar las diferencias que a veces tienen.

### **13. NECESIDAD DE RECREACIÓN**

Dice que sus pasatiempos favoritos son la natación, el atletismo, escuchar música, bailar; lo realiza dos veces por semana durante una hora, o cuando tiene tiempo. Menciona que en casa ve la televisión de tres a cuatro horas por semana, los fines de semana en ocasiones sale con su familia a pasear. No pertenece a ningún grupo civil, pero convive con sus padres y hermanos.

### **14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Afirma saber leer y escribir. Su grado de escolaridad es hasta la preparatoria; actualmente se encuentra estudiando el cuarto semestre de la universidad, sabe usar la computadora y otros aparatos de oficina. Señala tener muy buena memoria y que se le facilita aprender. Refiere no tener conocimientos suficientes sobre su autocuidado.

**6.2.1 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES DE VIRGINIA  
HENDERSON TOMANDO EN CUENTA LA PIRÁMIDE DE  
ABRAHAM MASLOW**

<b>NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>NECESIDADES ALTERADAS</b>
1. Necesidad Oxigenación.	Necesidad de trabajar y realizarse.
2. Necesidad Nutricional e hidratación.	Necesidad de descanso y sueño.
3. Necesidad Eliminación.	Necesidad de aprendizaje.
4. Necesidad Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.	Necesidad de comunicación.
5. Necesidad Descanso y Sueño.	Necesidad de nutrición e hidratación.
6. Necesidad Uso de prendas de Vestir.	
7. Necesidad Termorregulación.	
8. Necesidad Higiene y Protección.	
9. Necesidad Evitar los peligros.	
10. Necesidad Comunicación.	
11. Necesidad Valores y Creencias.	
12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.	
13. Necesidad de Recreación.	
14. Necesidad de Aprendizaje.	

**6.2.2 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LAS NECESIDADES, SEGÚN LA PIRÁMIDE DE ABRAHAM MASLOW**

<b>NECESIDADES ALTERADAS</b>	<b>ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES Y JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES</b>	<b>GRADO DE DEPENDENCIA</b>
Necesidad de realización y estima.	1. Autoestima: El concepto que tiene de sí misma es negativo; se percibe como una mujer superficial e infeliz y gorda; en ocasiones con pensamientos suicidas aunque nunca lo ha intentado.	Dependiente parcial por falta de voluntad.
Necesidad de dormir y descansar.	2. Descanso y sueño: duerme en promedio 5:00 horas. Presenta ojeras y bostezos al momento de la entrevista.	Dependiente parcial por falta de conocimientos.
Necesidad de aprendizaje.	3. Autocuidado: Refiere no tener conocimientos suficientes sobre su autocuidado.	Dependiente parcial por falta de conocimientos.

<p>Necesidad de comunicación.</p>	<p>4. Comunicación: en ocasiones se siente sola en el aspecto emocional suele estresarse por los trabajos escolares y problemas que se presentan en su familia de tipo emocional y económicos, pues ella cree que de alguna manera es su responsabilidad.</p>	<p>Dependiente parcial por falta de voluntad.</p>
<p>Necesidad de nutrición e hidratación.</p>	<p>5. Alimentación: consume en cantidad regular comida chatarra (galletas, sabritas, refresco y dulces).</p>	<p>Dependiente parcial por falta de voluntad.</p>



## 6.3 DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

### DIAGNÓSTICO REAL

#### **Necesidad: trabajar y realizarse.**

Baja autoestima situacional (00120) relacionado con alteración de la imagen corporal, manifestado por verbalizaciones de negación de sí misma y expresiones de inutilidad.

Dominio 6: autopercepción, clase 2: autoestima, (NANDA 2012-2014: 290).

#### **Parcialmente Dependiente**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Elevar la autoestima de la paciente para mejorar la percepción que tiene de sí misma.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

\*La paciente mantendrá una percepción adecuada de sí misma, tras la lectura de un libro de superación personal, en un lapso de tres semanas.

\*La paciente disminuirá sus sentimientos de inferioridad posterior al mejoramiento de su autoestima.

\*La usuaria mantendrá un nivel elevado de autoestima la mayor parte del tiempo, posterior a las actividades planeadas.

<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
El día 14/02/15 se le proporcionó un libro de superación personal para que lo estuviera leyendo durante sus ratos libres, a lo largo del tiempo que estaría trabajando con ella.	Debemos aceptar que, con nuestras cualidades y defectos, somos, ante todo, personas importantes y valiosas. (MARCUELLO, [Internet] [Acceso 23/09/13]).	La usuaria termino de leer el libro y ahora se muestra más entusiasta por la vida.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El día 01/03/15 se le deja el siguiente ejercicio. Al final de cada día durante treinta días, escriba el final de ciertas frases optimistas.</p> <p>El día 20/03/15 se le oriento a no realizar comparaciones con los demás ni a sentirse inferior.</p>	<p>Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades positivas y negativas. (RENAYEA Paula, 2013, p. 39.)</p> <p>El modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta virtualmente en forma decisiva todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor, hasta las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. (WATZLAWICK, Paul, 2003, p. 123.)</p>	<p>El escribir las frases, sirvió para conocer la percepción de sí misma al final del día.</p> <p>Esta actividad aun le cuesta trabajo realizarla pero refirió que seguiría trabajando en ello.</p>
<p>El día 14/02/15 se le proporciono un libro de superación personal para que lo estuviera leyendo durante sus ratos libres, a lo largo del tiempo que estaría trabajando con ella.</p>	<p>Debemos aceptar que, con nuestras cualidades y defectos, somos, ante todo, personas importantes y valiosas. (MARCUELLO, [Internet] [Acceso 23/09/13]).</p>	<p>La usuaria termino de leer el libro y ahora se muestra más entusiasta por la vida.</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se le enseñó a valorarse a sí misma y a aceptarse tal y como es a través de la realización de actividades como el listado de fortalezas y el sorteo de autoregalos.	Cuanta más alta es nuestra autoestima, más inclinados estaremos a tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad. (MARCUELLO, [Internet] [Acceso 23/09/13])	A través de estas actividades la usuaria ha aprendido a tener una mejor aceptación de sí misma.

## DIAGNÓSTICO REAL

### **Necesidad: trabajar y realizarse.**

Trastorno de la imagen corporal (00118) relacionado con perceptuales, manifestado por verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal.

Dominio 6: autopercepción, clase 3: imagen corporal, (NANDA 2012-2014: 291).

### **Parcialmente dependiente**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la percepción de su imagen corporal para fortalecer su estado emocional.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

\*La paciente elevara su autoestima posterior a la realización de actividades de superación personal en un lapso de 3 semanas.

\*La usuaria mejorara su estado emocional posterior al mejoramiento de su autoestima en un lapso de un mes.

\*La paciente mejorara su manera de pensar acerca de la imagen corporal en un lapso de dos semanas.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El día 21/03/15 se le pone a describir aspectos que apruebe de su imagen física y características de su forma de ser que le agraden.</p>	<p>La imagen está por encima de la subjetividad estética y de los estereotipos culturales. La imagen tiene voz por sí misma, dejando así el reflejo de la persona en la mente de las personas, con las cuales esta imagen se relaciona. (SALABERRYA, [Internet] [Acceso 23/09/13]).</p>	<p>La usuaria mejoro notablemente los aspectos positivos de su persona.</p>
<p>El día 27/03/15 se le pide que a través de un espejo observe cada parte de su cuerpo e indique las partes que más agradan y las que no y el porqué de ello.</p>	<p>La imagen de una persona no solo refleja su confianza o el respeto por sí misma, sino también el respeto a los demás. (RENAYE, Paula, 2013, p. 59.)</p>	<p>A través de la actividad se reflejó la percepción que la usuaria tiene sobre sí misma, se evaluó su autoestima en cuanto a su imagen corporal, la cual ha ido mejorando a lo largo del proceso.</p>
<p>Se le pide que realice una escala de estimación de su cuerpo el relación a como se percibe desde muy delgada hasta muy gorga del 1-7 y de igual manera el número de la escala en la que le gustaría estar.</p>	<p>La verdadera fuerza de la imagen viene de adentro del ser humano, poco tiene que ver con la fachada. (SCHNALL, Maxime, 2005, p. 53.)</p>	<p>La paciente ahora refiere sentirse más satisfecha con su cuerpo.</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
El día 01/04/15 se le pide realizar por semana durante el tiempo que estemos trabajando una lista donde describa sus logros y sus cualidades.	Esto crea una reflexión sobre nuestras capacidades. Da igual si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es que tú te sientas orgulloso de haberlos conseguido. (SALABERRYA, [Internet] [Acceso 23/09/13])	La paciente ha mejorado en gran medida la canalización de sus emociones.

## DIAGNÓSTICO REAL

### **Necesidad: descanso y sueño.**

Trastorno del patrón del sueño (00198) relacionado con preocupación por las responsabilidades escolares, manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada y bostezos al momento del entrevista.

Dominio 4: actividad/reposo, clase1: sueño/reposo, (NANDA 2012-2014: 219).

### **Parcialmente dependiente.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la calidad del sueño para favorecer su rendimiento físico durante el día.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

\*La usuaria mejorara la calidad de sueño posterior a la realización de actividades que favorezcan el descanso y sueño en el lapso de dos semanas.

\*La usuaria logrará dormir la cantidad de horas de sueño adecuada, posterior a una plática sobre prácticas que inducen al sueño.

\*La usuaria disminuirá el estrés y la ansiedad que posee, posterior a la enseñanza de la relajación progresiva.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El 21/04/15 se establece en colaboración con la paciente un horario de sueño acorde a sus necesidades donde el horario sea de 8 horas como mínimo.</p>	<p>Los jóvenes necesitan de 8 a 9 horas de sueño por la noche, pero muchos de ellos no las duermen. Por la sobrecarga de trabajos escolares, deberes y actividades sociales y extraacadémicas (DIETER, 1985, p.79-81).</p>	<p>La usuaria adoptó el horario establecido con lo cual ha estado mejorando su sueño.</p>
<p>El día 22/04/15 se orienta a la realización de actividad física por 15 minutos para favorecer la relajación.</p>	<p>El ejercicio en cantidad moderada favorece el sueño, pero en exceso hace difícil conciliar el mismo. El ejercicio dos horas antes de acostarse, favorece la relajación. (KOZIER, 2013, p.1087-1089).</p>	<p>La paciente practica diariamente ejercicios físicos logrando así, mantener la relajación, en conjunto con el baño de agua caliente lo que le proporciona un mayor descanso.</p>
<p>Se orienta sobre el baño de agua caliente durante la noche para favorecer el descanso.</p>	<p>La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. (KOZIER, 2013, p.1087-1089).</p>	<p>Se favoreció la inducción del sueño, logrando conciliarlo de forma rápida.</p>
<p>Se orienta sobre el consumo de té o leche tibia para mejorar el sueño.</p>	<p>La leche contiene grandes cantidades de triptófanos, los aminoácidos que inducen el sueño. (VALENCIA, Walter, 2000, p. 87.)</p>	<p>La usuaria ha adoptado esta sugerencia adecuadamente favoreciendo a la obtención de un sueño reparador.</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El día 23/04/15 se le orienta a acostarse relajada sin pensar en preocupaciones, adecuando el ambiente para mejorar la calidad del sueño.</p> <p>Se le enseñan las técnicas de relajación a través de la respiración, musicoterapia y aromaterapia.</p>	<p>El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales. (KOZIER, 2013, p.1087-1089).</p> <p>La música ayuda a restablecer el equilibrio armónico, induciendo emociones placenteras a la hora de descansar y de dormir con un sueño reparador. (VALENCIA, Walter, 2000, p. 87.)</p>	<p>La usuaria refirió no haber practicado dichas técnicas ya que con las actividades anteriores fueron suficientes para lograr un sueño reparador adecuado en calidad y cantidad.</p> <p>Mencionó que se quedaba dormida antes de realizarlas.</p>

## DIAGNÓSTICO DE MEJORA

### Necesidad de aprendizaje.

Disposición para mejorar el autocuidado (00182) manifestado por expresar deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.

Dominio 4: actividad/reposo, clase 5: autocuidado, (NANDA 2012-2014: 252).

### Parcialmente dependiente.

#### OBJETIVO GENERAL:

Enseñar estrategias para aumentar su autocuidado.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

\*Fortalecer el autocuidado de la paciente por medio de la orientación y las estrategias diseñadas en un lapso de dos meses.

\*Se promoverá el mantenimiento de la salud mediante acciones preventivas, acorde a su edad y necesidades.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El día 03/05/15 se orienta sobre los beneficios de una alimentación adecuada en calidad y cantidad.</p>	<p>Autocuidado: Es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud. (MENDOZA, Gloria, 2013, p. 26).</p>	<p>La usuaria ha puesto de su parte para la adopción de un nuevo plan de alimentación respetando los horarios establecidos.</p>
<p>Se le brinda información sobre las medidas higiénicas en cuanto al baño, lavado de manos y lavado de dientes.</p>	<p>Requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y las consecuencias de las acciones que realizan. (MCKAY, Matthew, 2002, p. 58).</p>	<p>Ha llevado a cabo de acuerdo a la orientación brindada las medidas higiénicas de forma adecuada.</p>
<p>El día 06/05/15 se le enseñan técnicas para canalizar el estrés generado por la carga escolar.</p>	<p>Las técnicas para canalizar el estrés promueve estilos de vida saludables. (MCKAY, Matthew, 2002, p. 58.)</p>	<p>La usuaria ha sobrellevado de mejor manera el estrés a través de las actividades y técnicas de relajación.</p>
<p>El día 08/05/15 se le orienta sobre la importancia de la actividad física, así como sus beneficios.</p>	<p>La actividad física disminuye el estrés y genera una mejor calidad de vida. (MENDOZA, Gloria, 2013, p. 17-23).</p>	<p>La paciente ha adoptado un patrón de ejercicio acorde a su tiempo.</p>



## DIAGNÓSTICO REAL

**Necesidad:** comunicación.

Deterioro de la comunicación verbal (00051) relacionado con condiciones emocionales, manifestado por negativa voluntaria a hablar.

Dominio 5: percepción/cognición, clase5: comunicación, (NANDA 2012-2014: 275).

**Parcialmente dependiente.**

### OBJETIVO GENERAL:

Favorecer la comunicación con sus padres a través de actividades de interacción familiar.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

\*La paciente mejorará la comunicación con sus padres a través de actividades de interacción y socialización en un lapso de tres semanas.

\*La paciente mantendrá una comunicación efectiva con sus padres con el fin de mejorar su estado emocional y la relación familiar.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
El día 14/05/15 se le enseñó a la paciente a tener mayor seguridad en sí misma a través de la escucha activa y con el apoyo de una Lic. en psicología.	La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido. (ROGERS Carl, 1990, p. 55.)	La paciente menciona que aún le cuesta un poco de trabajo pero refiere seguir trabajando en ello.
Se le explico la existencia de otras formas de comunicación en caso de que la verbal no se	El ser humano es un individuo social, que para poder subsistir necesita además del sustento básico la comunicación. Existen	La paciente ha adoptado otras formas de comunicación como la escrita para expresar sus

<p>adecuada para el momento como lo es la comunicación escrita.</p>	<p>una diversidad de tipos de comunicación sea oral, escrita, grafica, etc. (WATZLAWICK, Paul, 2003, p. 143.)</p>	<p>sentimientos cuando no le es posible realizarlo de forma verbal.</p>
<p>El día 17/05/15 se le mostraron las diversas maneras que puede usar para descargar su estrés emocional en caso de que no quiera conversarlo con algún familiar como lo es la realización de actividad física, la meditación, respiración, el baño y el escuchar música.</p>	<p>Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés en conjunto con el baño y el escuchar música. (MENDOZA, Gloria, 2013, p. 17-23.)</p>	<p>La paciente ha practicado los métodos de forma adecuada.</p>
<p>Se le oriento sobre la importancia de la comunicación con sus padres, como apoyo para la resolución de conflictos.</p>	<p>La comunicación desempeña un papel clave en la resolución exitosa de conflictos, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo. (WATZLAWICK, Paul, 2003, p. 143.)</p>	<p>Sobre la comunicación con sus padres aún se encuentra en proceso aunque ha mejorado bastante.</p>

## DIAGNÓSTICO DE RIESGO

**Necesidad:** nutrición e hidratación.

Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (0001) relacionado con patrones alimentarios disfuncionales.

Dominio 2: nutrición, clase 1: ingestión, (NANDA 2012-2014: 178).

**Parcialmente dependiente.**

**OBJETIVO GENERAL:**

Ayudar a establecer horarios de comida para mejorar su estado nutricional.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:**

\*La usuaria reforzara su estado nutricional posterior al establecimiento de horarios en el lapso de un mes.

\*La usuaria conocerá los beneficios de una alimentación equilibrada, así como la importancia de llevar un horario establecido de comidas en un lapso de 5 días.

<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
El día 22/05/15 se le orienta sobre las modificaciones que ha de realizar dentro de su alimentación.	La nutrición es la clave para tener una buena salud, lucir joven, tener energía y controlar tu peso de manera natural y sin riesgos. (MESEJO, Alfonso, 2000, p. 31.)	La usuaria mostro disposición para la adopción de un nuevo plan de alimentación el cual está llevando a cabo, con los horarios establecidos.
Se le ayuda a crear un horario para los alimentos de forma fraccionada.	Nuestro cuerpo necesita alimentos de 3 a 5 veces al día para producir los compuestos que requiere. (ROMAN, Daniel, 2013, p. 66.)	La usuaria está poniendo en práctica los horarios elegidos para su alimentación aunque refiere aun costarle un poco de trabajo.
Se le aconseja consumir alimentos basados en calidad y cantidad.	Los excesos junto con los malos hábitos originan el 70% de las enfermedades actuales, como son diabetes, gastritis, estreñimiento, etc. (TELLEZ, María, 2014, p. 15.)	La paciente ha mejorado la elección de sus alimentos.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
El día 25/05/15 se enseña la preparación de alimentos de forma rápida y sencilla, incluyendo los cinco grupos de alimentos de acuerdo a sus requerimientos calóricos con la ayuda de una especialista en el área de nutrición.	Para obtener una buena nutrición consiste en saber equilibrar la ingesta de grasas, carbohidratos y proteínas. (TELLEZ, María, 2014, p. 30.)	La usuaria ha aprendido dicha preparación incluyendo los cinco grupos alimenticios.

### **DIAGNÓSTICO DE RIESGO**

**Necesidad:** trabajar y realizare.

Riesgo de violencia autodirigida (00140) relacionado con problemas emocionales, depresión.

Dominio 11: seguridad/ protección, clase 3: violencia, (NANDA 2012-2014: 453).

**Parcialmente dependiente.**

**OBJETIVO GENERAL:**

Limitar los factores de riesgo a través de acciones dependientes e interdependientes.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

\*La usuaria disminuirá el riesgo de violencia a través de la orientación en un lapso de tres meses.

\*La paciente conocerá las repercusiones secundarias a la violencia autodirigida en un lapso de dos semanas.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El día 22/05/15 se orientó a la usuaria sobre las repercusiones físicas que trae la violencia.</p>	<p>La violencia está presente en la vida de la adolescencia y juventud en todo el mundo. (RAMIREZ, Amado, 2013, p. 307-308.)</p>	<p>La usuaria ha comprendido los efectos de la violencia en su estado de salud.</p>
<p>El día 04/05/15 se brinda una escucha activa sobre sus inquietudes.</p>	<p>La violencia es el uso intencional de la fuerza física, contra uno mismo que puede causar lesiones, muerte o daños psicológicos. (RAMIREZ, Amado, 2013, p. 307-308.)</p>	<p>La usuaria realizó de forma satisfactoria dicha actividad logrando así disminuir la carga emocional.</p>
<p>Se le recomienda el apoyo de profesionales en el área de la psicología.</p>	<p>La ayuda del personal profesional sobre el tema favorece la disminución en la adopción de conductas de riesgo que pueda realizar la persona con el fin de causarse un daño. (BALLENATO, Guillermo, 2009, p. 280.)</p>	<p>La paciente actualmente se encuentra asistiendo a terapias con un profesional lo cual ha influido para mejorar su estado emocional y psicológico de forma perceptible.</p>
<p>Se aconseja acudir a las terapias emitidas por estos profesionales.</p>	<p>La terapia es una forma de tratamiento con la que se aprenderán nuevas formas de pensar y afrontar situaciones cotidianas, los problemas, y sobre todo aquello que causa malestar. (FRITZEN, Silvino, 1998, p. 63-64.)</p>	<p>La paciente refiere ya no seguir asistiendo a dichas terapias por que se ha sentido mejor en cuanto su estado anímico.</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El día 10/06/15 se asiste en la realización de las actividades destinadas por los profesionales.</p>	<p>La terapia soluciona la depresión, ansiedad, fobias, duelo, y en general cualquier trastorno psicológico. Se aprende a ser dueños de nuestros pensamientos y nuestras sensaciones, lo cual genere beneficios en todos los aspectos de la vida. (SCHNALL, Maxine, 2005, p. 53.)</p>	<p>Se observa un mayor desenvolvimiento de la paciente en la realización de dichas actividades.</p>

## 6.4 EVALUACIÓN GENERAL

La usuaria mejoro notablemente su autoestima, la percepción sobre su aspecto físico, adquirió más confianza en sí misma, aprendió a recibir halagos sobre su persona, dejando de lado los aspectos negativos, a lo cual refiere seguirá poniendo en práctica todas las actividades antes realizadas con el objeto de seguir trabajando el manejo de su estado emocional.

Puesto que la enfermería es una profesión multidisciplinaria, el trabajar en conjunto ayuda a lograr los objetivos de una manera más rápida, con la ayuda de expertos en el tema y con las intervenciones realizadas se logró evitar las conductas de riesgo que pudieran poner en riesgo la salud de la usuaria, a lo que ella contribuyo realizando actividades en beneficio a su estado y bloqueando los pensamientos negativos.

En cuanto a las necesidad de descanso y sueño, a través de las intervenciones realizadas, la orientación y las técnicas de relajación que se le promocionaron se logró una notable mejoría, la usuaria creo un horario de sueño el cual fue de gran utilidad para adquirir un sueño reparador mejorando la calidad y cantidad del mismo, de igual forma se logró un estado pleno de relajación, a través de las técnicas para canalizar el estrés.

La paciente adopto un nuevo plan de alimentación, incluyendo los cinco componentes del plato del buen comer, respetando los horarios y comidas sencillas, pero con un valor nutrimental adecuado. Además estableció un patrón de ejercicios con el cual está mejorando su condición física, el descanso, la relajación, recreación y la convivencia familiar.

## VII. CONCLUSIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería como metodología para el cuidado de los pacientes ayuda a la realización de una práctica profesional bajo la perspectiva disciplinar que promueve el cuidado científico, técnico, humanístico y ético.

La satisfacción que dejó llegar a la parte final del presente documento, fue realizar el trabajo con aplicaciones a un ser humano en el que se pueden ver los resultados positivos en cuanto a su estado de salud.

Gracias al Proceso Enfermero pude brindar cuidados al ser humano de una manera ordenada, planificada y con bases científicas, con el objetivo de ayudarlo a conseguir su independencia y brindar una mayor calidad de vida.

Este trabajo me dejó un aprendizaje sólido sobre todo los esfuerzos que implica planear, ejecutar y evaluar las acciones realizadas acorde a la necesidad de la paciente.

En lo personal fue de gran satisfacción el Modelo de cuidados que emplee al realizar este proceso enfermero, (Virginia Henderson), ya que ella se centra en ayudar al usuario a lograr su Independencia, lo más que se pueda y hasta donde sea posible basándose en suplir las necesidades del mismo.

Gracias a la aplicación de este Modelo puedo decir con certeza que se logró mucho en la satisfacción de las necesidades de la usuaria. Ahora la paciente tiene una mejor percepción sobre su persona, ha aumentado su percepción hacia ella misma, ha mejorado en gran medida su estado emocional, canalizando de mejor manera sus emociones.



En cuanto a su estado físico ha cambiado de forma favorable su alimentación, el descanso y sueño; y ha evitado la adopción de conductas de riesgo que puedan comprometer su salud o poner en riesgo su vida.

## VIII. PLAN DE ALTA

Planifica tu día.

Cuando uno experimenta sentimientos de tristeza o depresión, puede ser realmente difícil ponerse en marcha para hacer cualquier cosa. Sin embargo, cuanto más activa estas, hay mayor probabilidad de sentirte mejor.

Manejo del estrés.

Considera seguir llevando a cabo las técnicas para el manejo del estrés como son la respiración, la realización de actividad física, el baño con agua tibia; no te asfixies con los problemas resuélvelos de uno en uno.

Destina un tiempo para ti misma, para realizar las actividades que te gustan como nadar, escuchar música, salir con tus amigas, etc.; no te abandones, que todo en la vida no es puro trabajo.

Actividad física.

Aumenta tu actividad física y de preferencia practícalo al aire libre, ya que también ayuda a distraerte y relajarte.

Estas son actividades que pueden realizarse en familia con el objeto de mejorar su relación y la condición física.

Sueño.

Sigue manteniendo la rutina en tus horarios para acostarte y despertarte.

Evita tomar siestas o dormir durante el día.

Trata de evitar o reduce los excitantes como la cafeína y bebidas que contengan alcohol, por lo menos unas cuatro horas antes de acostarte.

Evita las comidas copiosas o con alto contenido energético durante la noche dos a tres horas antes de acostarte.

Si es necesario tomar un aperitivo antes de acostarte consume solo carbohidratos ligeros o un vaso de leche.

En caso de que no puedas dormir, ve la televisión o lee un libro hasta que te sientas somnolienta.

## **IX. SUGERENCIAS**

La utilización del modelo de Henderson permite valorar a la persona desde el aspecto físico, psicológico y social, obteniéndose diagnósticos de enfermería para el enfermo con depresión para que, de esta manera, las intervenciones de enfermería sean aplicadas en todos los niveles de atención. En este caso, el nivel de prevención es prioritaria para que los pacientes con depresión no se compliquen, o bien, se aborden adecuadamente en un segundo y tercer nivel de atención; esto es primordial, por lo que la enfermera debe adquirir la responsabilidad hacia esta población para que realice investigación y lleve a la práctica estrategias de atención continua.

De ahí la importancia para que la enfermería abra más su campo laboral en cuanto a la utilización del proceso y su aplicación de manera que este se siga utilizando como la principal herramienta de trabajo indistintamente de cual sea el campo u especialidad donde se esté desarrollando el profesional de salud.

Debido a mi experiencia al trabajar con un adulto joven que acaba de pasar de la adolescencia en mi opinión esta que la enfermería se enfoque un poco más en este grupo de población puesto que como ya se mencionó en el trabajo el inicio del desarrollo de los problemas mentales tiene su origen en el rubro de edad de 16- 25 años una población de riesgo tanto para los problemas mentales, toxicomanías, accidentes, embarazos, etc.

Por otra parte la depresión clínica se maneja de manera óptima con la combinación de psicoterapia de soporte, técnicas cognitivo-

conductuales y medicación antidepresiva. La psicoterapia es más eficaz cuando los niveles de depresión no son severos, por eso es muy importante que los profesionales estén atentos a los síntomas para que junto con el paciente y la familia se detecte de forma precoz. Mejorar la calidad de los cuidados, no se puede conseguir exclusivamente con el aumento de los conocimientos sino que requiere un cambio de actitudes y conductas. Estos cambios deben propiciarse desde el interior de los equipos reclamando las herramientas para facilitar su incorporación a la práctica cotidiana y con ello mejorar la atención de los pacientes.

## X. FUENTES CONSULTADAS

1. SILES José, historia de la enfermería. España; 2000 págs. 98-102.
2. MARTÍNEZ Martín María Luisa, historia de enfermería: evolución histórica del cuidado. Barcelona: Elsevier; 2000, págs. 5-6.
3. MARTÍNEZ Martín María Luisa, Historia de Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011. págs. 4-14.
4. MARTÍN Hernández Francisca, historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días. España: Elsevier; 1999, págs. 22-23.
5. GARCÍA Martín Catalina, Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. Barcelona: Elsevier; 2001, págs. 24-27.
6. MARRINER Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Mosby; 2008, págs. 4- 8, y 56-58.
7. MARRINER Tomey Ann, modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Mosby; 2003. págs. 96-98.
8. GONZÁLEZ García María de Jesús, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2004. págs. 8-17 y 40-42.
9. FERRIN Fernández Carmen, et al. De la Teoría a la Práctica: el Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007. págs. 49-52.
10. KEROUAC Suzanne. et al. El pensamiento enfermero. España: Masson; 2007.

11. ROSALES Reyes Susana. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. Colombia: Manual moderno; 2003.
12. Antología UNAM. Proceso enfermero México 2000.
13. LEVEFRE Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso Enfermero. España: Masson; 2005, págs.4-8.
14. KOZIER Bárbara, et al. Fundamentos de Enfermería: Proceso Enfermero, Proceso y Práctica. 7ª ed. Madrid: Mac Graw Hill; 2004. págs. 283-284.
15. GOMEZ C. la adolescencia.repercusiones afectivas, matrimonio y familia( internet). (acceso 18/09/13). Disponible en: [www. Acepresa.com/familia/jóvenes. Htm](http://www.Acepresa.com/familia/jóvenes.Htm).
16. BERGER, K.S. y Thompson, R. A. (2008). Psicología del desarrollo: adultez y vejez. Madrid: Panamericana; 2008.
17. PAPALIA E. Diane, et al. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 9ª ed. Mexico: Mac Graw Hill;2005.
18. DORR Anneliese, et al. Psicología General y Evolutiva. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2008. Págs.275-279.
19. GUTIERREZ A. María del Carmen. Adaptación y Cuidado en el Ser Humano: Una Visión de Enfermería. Colombia: Manual Moderno; 2007.
20. KOZIER. Bárbara et al. Fundamentos de Enfermería: Conceptos Proceso y Práctica. 9ª ed. Madrid: Pearson; 2013. Págs. 1087- 1089.
21. COPYRIGHT. Desarrollo de la adolescencia y edad adulta. (Internet). (acceso 18/09/13). Disponible en: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema6.html>.
22. DIETER E. Zimmer. Dormir y Soñar. Barcelona: Salvat;1985.

23. PLIEGO Gasca Eduardo. Características de la juventud, [ internet]. [ acceso 20/09/13]. Disponible en: [http:// www.Scouts.org.mx/ oficina. Nacional.](http://www.Scouts.org.mx/oficina.Nacional)
24. LEDESMA MARIA DEL CARMEN.- Fundamentos de Enfermería.- Editorial Limusa, México 2004 p. 270-350.
25. Estrés y Ansiedad (internet). (acceso 20/09/13). Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>.
26. HOME ABOUT CONTACTO. El estrés la ansiedad y la depresión cambian nuestro cerebro.[ internet]. [acceso 20/09/13]. Disponible en:[http:// conmigo 8. Blogs.pot.mx/2012/07/ estrés-depresion-ansiedad](http://conmigo.8.Blogs.pot.mx/2012/07/estrés-depresion-ansiedad).
27. VALVERA Sergi, Pol Enric, Vidal Tomeu. Psicología ambiental y elementos básicos. (Internet). (Acceso 20/09/13). Disponible en: [www.Ub.edu/dppss/psicamb/uni4/4821.htm](http://www.Ub.edu/dppss/psicamb/uni4/4821.htm).
28. ISAACS A. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª ed. Madrid: Mac Graw Hill; 1998.
29. CÁRDENAS Salvador. Esperanza para la familia A.C. Depresión juvenil. (internet). (Acceso 22/09/13). Disponible en: <http://www.esperanza para la afamilia.com>.
30. GUTIÉRREZ-Castillo AJ, Barrera-Párraga J, Cuevas A, Serdán-Sánchez L. Formas clínicas de depresión. Libro 2. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000.
31. Guía de práctica clínica sobre depresión mayor en la infancia y adolescencia. (internet). (acceso 21/09/13). Disponible en: [www. Guiasalud.es/egpc/depresión-infancia/completa. Html](http://www.Guiasalud.es/egpc/depresión-infancia/completa.Html).
32. SERGI Baños Llort. Psicología infantil y juvenil. ( internet). ( acceso 21/09/13). Disponible en: [http// www.psicodiagnosis](http://www.psicodiagnosis).



Es la rea clínica/ trastornos/la depresión en niños y adolescentes/ indes.php.

33. BENJET C, Borges G, E et al. Salud mental. México. 2009;32:155-163.
34. La taxonomía de diagnósticos de enfermería NANDA 2012-2014.
35. MC CLOS Key, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, 4ª edición. España: Elsevier, 2007.
36. SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, 2003, 183-285.
37. DILLON patricia, valoración clínica en enfermería 2ª edición, México: Mc Graw Hill, 2008.

**XI ANEXOS.**  
**GUIA DE VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA**  
**HENDERSON**

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_

Fiabilidad: (1-4): \_\_\_\_\_ Miembro de la familia / persona significativa:

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_

Dolor asociado con

la \_\_\_\_\_

Respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional:

---

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

---

---

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:

---

Circulación del retorno venoso:

---

Otros:

---

---

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual ( tipo ): \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_

Transtornos digestivos:

---

Intolerancia

alimentaria/alergias \_\_\_\_\_

Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_

Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_

Características de uñas/cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

\_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes y encías:

\_\_\_\_\_

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ características de las heces, orina  
y \_\_\_\_\_

Menstruación: \_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:

\_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/menstruar/orinar:

\_\_\_\_\_

Cómo influyen las emociones en sus patrones de  
eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Abdomen/características: \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria:

\_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de  
temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio/tipo y  
frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de la piel:

\_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza:

\_\_\_\_\_

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad:

\_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulaci3n: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia:

\_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Siestas: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio?

\_\_\_\_\_

A qué considera que se deba:

\_\_\_\_\_

¿Se siente descansado al levantarse?:

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_

Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_\_\_\_\_

Respuestas a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros:

---

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

---

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?:

---

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?:

---

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?:

---

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad:

---

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

---

Vestido incompleto: \_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: \_\_\_\_\_



Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_ Después de eliminar: \_\_\_\_\_

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Aspecto general:

\_\_\_\_\_

Olor corporal:

\_\_\_\_\_

Halitosis:

\_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo:

\_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, qué tipo:

\_\_\_\_\_

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros:

\_\_\_\_\_

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?:

\_\_\_\_\_

En el hogar: \_\_\_\_\_

En el trabajo: \_\_\_\_\_

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?:

\_\_\_\_\_

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

\_\_\_\_\_

Objetivos:

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_

Condiciones del ambiente del hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con:

\_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_

Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_

Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo pasa sola:

\_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_

Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: \_\_\_\_\_

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: \_\_\_\_\_

Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_

Principales valores personales: \_\_\_\_\_

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

\_\_\_\_\_

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_

¿Permite el contacto físico?: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:

\_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:

---

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?:

---

Objetivo

Estado emocional

calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico: \_\_\_\_\_

Otros:

---

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

---

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

---

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

---

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

### **1. Tristeza.**

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **3. Sensación de fracaso**

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

### **4. Insatisfacción**

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### **5. Culpa**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

### **6. Expectativas de castigo**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Autodesprecio**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

### **8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9. Idea suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

### **10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Llora continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

### **11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

### **12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.



1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

### **13. Indecisión**

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

### **14. Cambios en la imagen corporal.**

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15. Enlentecimiento**

0. Trabajo  
igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

### **16. Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

### **17. Fatigabilidad**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

### **18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

### **19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

### **20. Preocupaciones somáticas**

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

### **21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Una vez completado el cuestionario, se SUMAN los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el TOTAL.

La suma de los puntos te indica si estas en una zona de prevención, como la Anaranjada o Roja.

<b>Puntuación total de la Tabla de 21 puntos</b>	<b>Niveles de Depresión</b>
<b>1-10</b>	<b>Estos altibajos son considerados normales</b>
<b>11-16</b>	<b>Leve perturbación del estado de ánimo</b>
<b>17-20</b>	<b>Estados de depresión intermitentes</b>
<b>21-30</b>	<b>Depresión moderada</b>
<b>31-40</b>	<b>Depresión grave</b>
<b>Más de 40</b>	<b>Depresión extrema</b>