



131



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

SISTEMA : UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TITULADO:

“CUIDADOS EN EL HOGAR A UN ADOLESCENTE CON
ALTERACIONES PSICO-SOCIALES”

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

María Cristina/Sandoval Erosa
No. Cta. 9661973-1

ASESORA:


Lic. Margarita Cárdenas Jiménez

Noviembre de 2000.

287068



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

*A mi esposo Armando y a
mis hijos Nora, Alhelt y Armando
con todo mi amor.*

INTRODUCCIÓN

El propósito de este proceso de atención de enfermería es proporcionar a un adolescente, los elementos teórico-prácticos para el desarrollo de un plan trazado especialmente para él y su familia, de tal manera que, en forma gradual vaya adquiriendo hábitos y prácticas que favorezcan su calidad de vida y se convierta en un adulto independiente en grado óptimo con la satisfacción de todas sus necesidades.

El modelo de Virginia Henderson, define los postulados y valores que sustentan el rol de la enfermera, explicando también, el fenómeno de la salud y de la vida que atraviesa el individuo.

Este proceso enfermero, no solamente esta encaminado a cambiar y mejorar algunos aspectos del adolescente en cuestión, sino a hacer participes a los otros miembros de la familia, incluyéndolos en todo lo que concierne a comunicarle las bondades de los cambios paulatinos que ira experimentar, exhortándolo a que exprese lo que desee o lo que quiera llevar a cabo. Por el rol que le toca desempeñar (el hijo más pequeño), todos escucharán con buen animo sus decisiones, como un elemento más en su etapa de desarrollo y crecimiento.

Í N D I C E

Pág.

I. JUSTIFICACIÓN

II. OBJETIVOS

III. METODOLOGÍA

IV. MARCO TEÓRICO

1	Antecedentes históricos de la enfermería y el proceso..	10
2	Concepción de enfermería	16
3	Concepción de cuidado	18
4	Antecedentes de Virginia Henderson. Conceptos básicos	23
5	Propuesta teórica de Virginia Henderson	24
6	El proceso de enfermería	27
	a) Aspectos teóricos	28
	b) Etapas	30
	c) Características	31
	Adolescencia: Etapa de transición	35
	Maduración temprana y maduración tardía	42
	Desarrollo del adolescente (Aspectos Psicológicos)	45

V. APLICACIÓN DEL PROCESO

1	Resumen valorativo	55
2	Jerarquización de las necesidades	62
	(Diagnósticos) Nanda	62
3	Plan de cuidados	62
	Dx	62

	Pág.
Objetivo	62
Intervenciones.....	63
Observaciones	63
4 Registros del cuidado	69
5 Evaluación	72
6 Plan de alta	73
VI. CONCLUSIONES	74
VII. SUGERENCIAS	75
Bibliografía	76
Anexos	
1 Formato de valoración	
2 Formato de valoración lleno	
3 Cuadro de conclusión diagnóstica	
4 Plan de cuidados	
5 Dietas y menús	

I. JUSTIFICACIÓN

Es evidente que durante la formación profesional del personal de enfermería se incluían principios científicos, para dar atención de calidad al cliente y a la comunidad sin importar su credo, situación política o económica; sin embargo existen factores que alteran este objetivo; entre ellos se pueden mencionar los siguientes: conocimientos insuficientes del problema a resolver, experiencia laboral limitada, falta de apoyo emocional, inadecuada supervisión, falta de recursos humanos y materiales, etc...

La decisión de elegir a un adolescente para realizar un proceso de enfermería en el hogar es con el objetivo de mejorar su calidad de vida; esto no quiere decir que sea mala o deficiente pero con el esfuerzo conjunto del joven y los cuidados de enfermería, puede optimizarse y sobretodo por la etapa que le corresponde en este momento vivir, que es la adolescencia; podrá con mayor facilidad adoptar conductas que modifiquen y mejoren las necesidades no resueltas que se le diagnostiquen y de esta manera no solo mejorará su calidad de vida, sino que también estará en condiciones de decidir por si mismo, las conductas relacionadas con la salud que le beneficien en la vida adulta.

Elijo este proceso como opción para titulación porque considero que puedo sacarle un gran provecho, ayudando a mi

II. OBJETIVOS

- 1.- Proporcionar cuidado integral a un adolescente con alteraciones psicosociales a través del proceso de enfermería, según el modelo de Virginia Henderson.**
- 2.- Concienciar al adolescente sobre la importancia de tener un disciplina en horarios y actividades, que redundará en su bienestar físico y mental.**
- 3.- Involucrar a los familiares del adolescente para reforzar las nuevas conductas y obtener las metas trazadas para él.**
- 4.- Tener una comunicación más fluida entre el adolescente y los demás miembros de la familia, con la convivencia armoniosa que nos brindan los horarios comunes de alimentos y momentos de recreo.**
- 5.- Difundir y dar a conocer las ventajas prácticas de la aplicación del proceso enfermero aplicado según las necesidades de Virginia Henderson.**

III. METODOLOGÍA

Este proceso de enfermería se aplicó a un adolescente que gradualmente fue adoptando conductas hasta cierto punto perjudiciales para su vida adulta.

Se llevó a cabo en el hogar del adolescente donde, él se sintió cómodo y relajado, realizando las siguientes actividades:

- ❖ Pláticas con la familia.
- ❖ Pláticas con sus compañeros de escuela.
- ❖ Para la realización de este proceso se trabajó del 16 de junio al 2 de agosto con un horario de 21 a 24 horas de lunes a viernes y de 7 a 16 horas los sábados, lo cual suma un total de 150 horas aproximadamente.
- ❖ La valoración se llevó a cabo el 18 de junio.
- ❖ Los diagnósticos de enfermería se realizaron del 18 al 23 de junio.
- ❖ La elaboración del plan de cuidados se realizó del 26 al 30 de junio y durante el mes de julio fue la realización del plan de cuidados.
- ❖ En la primera semana de agosto se realizó la evaluación y conclusión del proceso.

IV. MARCO TEÓRICO

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

MÉXICO:

ÉPOCA PRECORTESIANA.

La terapéutica azteca utilizaba mas de 1200 plantas medicinales, cuyas propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas, etc... los nativos tenían perfectamente estudiadas y conocidas.

Indiscutiblemente la figura principal en la familia de los aztecas fue la partera que se ocupaba de la atención de la madre desde el momento en que se consideraba embarazada, y más tarde daba atención a la madre y al hijo, no solo durante el parto, sino durante los primeros meses del niño; éstas mujeres recibían el nombre de tlamatqui-ticitl eran figura principal en cualquier comunidad.

ÉPOCA COLONIAL.

Simultáneamente con los primeros hospitales inician las primeras enfermeras, que hacían curaciones en hospitales y cárceles; eran mujeres de edad madura, solteras o viudas, honestas. Se consideraba tan humilde su ocupación que no se les exigía licencia ni examen previo de aptitud para ejercer, como se hacía con los médicos y cirujanos.

ÉPOCA DE LA REVOLUCIÓN.

Las mujeres mexicanas se introducen en los campos de batalla a proporcionar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos, esperando el descarrilamiento, el incendio, la explosión dinamitaría, para seguir prestando sus cuidados a aquellos que nunca fueron carne de su ser, que a gritos las llamaban madre.

ÉPOCA MODERNA.

Hacia fines del siglo XIX se impartían cursos de capacitación proporcionándole a las estudiantes, uniformes, cofias, delantales, tijeras, y alfileros. Los uniformes eran rayados de azul con blanco. Desde 1900, el doctor Eduardo Liceaga, entonces director de los servicios médicos; se acercó al presidente Don Porfirio Díaz para pedirle autorización de establecer una escuela de enfermería en México. Los estudios duraban 2 años y para ingresar se exigía haber cursado 4 años de primaria.

En 1936 siendo director de la facultad de Medicina el Dr. Ignacio Chávez, se impuso como requisito para estudiar la carrera de Enfermería el certificado de secundaria, así como el de haber obtenido el título de Enfermería para ingresar a la carrera de Obstetricia.⁽¹⁾

En 1972, se establece la necesidad de elevar el nivel académico de la enfermería considerando los niveles de

(1) Jamieson-Sewal-Suhrie, Masabrito. Historia de la Enfermería. 6ª Edición. Interamericana, S.A. 1968.

Licenciado en Enfermería, Enfermera General y Auxiliar de Enfermería.

En 1978, después de la reunión de Alma Ata (URSS), se estableció el compromiso de las naciones asistentes, de lograr un nivel de salud en todos los individuos, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. El papel de la enfermera se extiende hacia la atención directa, la administración, la docencia y la investigación.⁽²⁾

Para proporcionar mejor atención a los pacientes, la enfermera ha aumentado sus conocimientos y ha asumido otras funciones. En las instituciones de educación superior, enfermería sigue pugnando por un mayor nivel educativo.

1) Antecedentes históricos de la enfermería y el proceso.

La enfermería formal inicia con Florencia Nightingale dama inglesa (1820-1910), quien se distinguió en la Guerra de Crimea auxiliando a los heridos. Algunos la identifican como la primera teórica de la enfermería, de hecho, ella siguió los principios relacionados con la limpieza, el aire fresco, los buenos alimentos, el descanso, el sueño y el ejercicio. Fue la primera persona que definió y describió la enfermería en sus "NOTAS SOBRE LA ENFERMERÍA"⁽³⁾.

⁽²⁾ Vasconcelos M. T. Compilación de la evolución histórica de la enfermería, I.P.N. México, 1986.

⁽³⁾ Nighthingale Florencia, Qué es y que no es La Enfermería. Notas sobre la enfermería, México, Salvat.

Definió la enfermería hace 100 años como “La actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”.⁽⁴⁾

Posteriormente surgen otras teóricas de la enfermería como Virginia Henderson, quien hizo importantes contribuciones durante mas de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Destaca su teoría de las 14 necesidades básicas que constituyen los elementos de la atención de enfermería.

Dorothea Orem tuvo una inspiración espontánea en 1958 sobre la teoría del autocuidado, las personas maduras llevan a cabo acciones dirigidas hacia ellos mismos para contribuir a la salud y el bienestar personal.⁽⁵⁾

En 1970 surge la necesidad de la enfermería primaria, apareciendo la enfermería profesional con un enfoque holístico, brindado atención integral a la familia, al individuo y a su comunidad. a pesar de sus avances, hay rezagos como riesgos de trabajo, falta de recursos materiales y humanos y por ello la baja capacitación, motivo que ha llevado con lentitud a la profesionalización de enfermería.

La verdadera esencia de la enfermería como cualquiera de las bellas artes no reside en los detalles mecánicos de la ejecución sino en la imaginación creativa; el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a técnicas y habilidades.

El cuidado es la esencia de la enfermería: cuidado por..., cuidado de..., cuidado hacia...

⁽⁴⁾ Introducción y análisis de las teorías de la Enfermería. Ann Marriner Tomey. Teorías y modelos. 1998.

⁽⁵⁾ Introducción a la enfermería, enfermería fundamental I. Carlos Bermejo y Ceja. 4ª Edición. Interamericana Mc Graw Hill 1993.

La situación del arte de la enfermería es cambiante según las necesidades de la sociedad. han habido grandes transformaciones en el área de la salud.

Para dar mejor atención a los pacientes, la enfermería ha aumentado en conocimientos y ha asumido otras funciones la sobrepoblación de los hospitales, surgió por la confianza de efectividad y seguridad. Cuando se incrementan las funciones de la enfermera se solicitan auxiliares de enfermería para formar equipos dirigidos por una jefa de grupo.

La historia de la enfermería es un instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados; es la expresión escrita de la evolución del proceso de la prestación de cuidados; consisten en recoger las bases de un proyecto de cuidados establecidos a partir de un problema físico, psíquico o afectivo.

EL PROCESO

El término proceso de atención de enfermería, fue introducido por primera vez en 1965 por Hall, a partir de entonces, se ha descrito de diversas maneras. "Virginia Henderson en 1965 planteó que el problema de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico".

En 1965 Mc Cain, introduce por primera vez el término valoración, para valorar utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente. Recogió y utilizó datos objetivos del cliente.

En 1967 Knowels, describe el actuar de la enfermera: descubrir, investigar, decidir, hacer y discernir. Las enfermeras recogen datos en las dos primeras fases. El concepto de diagnóstico de enfermería se desarrolló de 1950 a 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente; no fue aceptado fácilmente por la similitud con el diagnóstico médico.

En 1973 Gebbie y Lavin, ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Aquí se definió el término de diagnóstico de enfermería como "La conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería".

En 1982 el grupo de la conferencia aceptó del nombre de North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA), reconociendo la participación de enfermeras canadienses. actualmente ha establecido alrededor de 100 categorías diagnósticas.

En la literatura española los diagnósticos de enfermería aparecieron en la década de los 80. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) inició en 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la NANDA impartiendo una serie de temas por la profesora Carpenito autora de varios libros y miembro de la NANDA.

Actualmente la AEED ha formado un nuevo grupo de trabajo tomando como base la tarea previa, ha elaborado un documento que pretende:

1. Dar a conocer el trabajo y funcionamiento de la NANDA.

2. Situar los diagnósticos en el contexto en el que fueron concebidos, esto es, dentro del proceso de atención de enfermería.
3. Aclarar la relación existente, entre los diagnósticos de enfermería y los modelos de enfermería.
4. Identificar los beneficios que pueden derivarse de su uso en los distintos ámbitos de la profesión: asistencia, gestión e investigación.

El proceso de enfermería (PE), es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, elaborar planes para solucionar las necesidades identificadas actuando de forma específica para resolverlas.

Para desarrollar un PE, deben participar al menos dos personas sanas el cliente y la enfermera, considerando que el cliente puede ser un individuo, una familia o una comunidad.⁽⁶⁾

2) Concepción de la Enfermería.

- ❖ “Cada enfermera debe desarrollar un concepto personal de enfermería”. (Nightingale).
- ❖ “Lo que la enfermería tiene que hacer es dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso” (Nightingale).

⁽⁶⁾ Kozier Barbara. Enfermería Fundamental Editorial Interamericana. Mexicana. 1994. Pp.180, 181.

- ❖ En la mayoría de los hospitales, el paciente no puede comer como le apetece, su libertad de movimientos está restringida, su intimidad es invadida, se le viste con ropa de cama extraña, que le hace sentirse mal, se le separa de los objetos que más quiere, se le priva de casi todas las diversiones y del trabajo y se le reduce a depender de un personal a menudo más joven que él y a veces menos inteligente y atento. Por eso la labor de la enfermera será mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia, hasta el punto que sea posible. (Henderson)⁽⁷⁾

Henderson dice: Bertha Harmer cristaliza mis ideas: la función singular de la enfermería, es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más pronto posible.

Al hablar de enfermería, tendemos a dar importancia a la prevención y promoción de la salud y a la curación de las enfermedades. Rara vez se habla del inevitable fin de la vida o de lo que debe hacer la enfermera para ayudar a una persona a reducir sus molestias físicas o afrontar la muerte con coraje y dignidad e incluso dotarla de una belleza impresionante.

(7) Henderson Virginia. La naturaleza de la enfermería. 25 años después. Madrid. Editorial Mc Graw Hill

Hoy veo que el papel de las enfermeras es dar los cuidados sanitarios, hacer diagnósticos y prescribir tratamientos sin necesidad de la indicación de un médico.

3) Concepción del cuidado.

Cuidar es un acto de vida, que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de ese modo luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos ejes que originan dos orientaciones: el mal, lo que produce malestar; y el bien, todo aquello que hace vivir; estas dos orientaciones coexisten, se complementan, se engendran mutuamente.

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos, desde el principio de la historia de la humanidad: asegurar la continuidad de la vida, del grupo y de la especie. De ahí la necesidad de alimento; protección contra frío y calor, por medio de la ropa o el refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento.

Cuidar de, ocuparse de, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado. Cuidar es, por lo tanto, mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.⁽⁸⁾

⁽⁸⁾ Collier, Francoise Marie. Promover la vida. Madrid. Edit. Mc Graw Hill, 1993.

Cuidar y vigilar presentan un conjunto de actos de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. La orientación de los cuidados, se basa en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida, nace de lo que Morín llama Physis, es decir, la ciencia de la naturaleza.⁽⁹⁾

La historia de los cuidados, comienza con la historia de los seres vivos, surge con la aparición del linaje homo, que los paleontólogos remontan a cinco o seis millones de años. Después del homo sapiens, hombres y mujeres escrutan el universo que les rodea, intentando conciliarlo, al tiempo que se esfuerzan e alejar el mal. El acto de protección refleja el instinto de conservación que actúa con la aparición de la conciencia que echa las raíces del "árbol de la ciencia del bien y el mal", origen de todas las religiones.

Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla, revierten en las mujeres y/o hacen hasta la muerte: cuidados a los niños, a los enfermos y a los moribundos. La base de conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad, han sido los cuidados corporales y la experiencia de las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, siendo así, hasta nuestros días.⁽¹⁰⁾

La historia de las prácticas de cuidados vivida y transmitida por mujeres, mas tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia,

⁽⁹⁾ Origen de las prácticas de cuidados; su influencia en la práctica de enfermería. Promover la vida.

⁽¹⁰⁾ Idem.

explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres, en el sentido hospitalario, no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse "Cuidados de Enfermería".

A principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto de cuidado, dirigida por una corriente médica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función. Junto al modelo religioso, se asocia el papel del auxiliar médico, creándose así el papel de la mujer-enfermera auxiliar del médico.⁽¹¹⁾

El rol, es la manera de actuar, la manera de vivir, de volver a sentir lo que se hace al ejercer una función. No es la función, es la expresión de la función.

Así, ninguna madre de familia realiza sus funciones como tal, de la misma manera, cada una las lleva a cabo con una forma de ser y de hacer que le es propia, con unas funciones y un estatus idénticos.

La identidad es una forma de individualización insertada en una red de pertenencias. Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencias de los cuidados.

Cuidados: Es ante todo, un acto de vida, ya que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conserva la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca.

⁽¹¹⁾ Origen de la práctica de los cuidados: su influencia en la práctica de la enfermería. Promover la vida.

Cuidar es un acto individual, que uno se da así mismo, cuando tiene autonomía, pero también es un acto de reciprocidad, que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda.

Origen de las prácticas de cuidados; su influencia en la práctica de la enfermería. La finalidad de los cuidados consiste en conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades.

Postulados.

- a) Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- b) El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades.
- c) Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.⁽¹²⁾

Valores:

- a) La enfermera tiene funciones que le son propias.
- b) Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede sus funciones a un personal no cualificado.
- c) La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Otros conceptos que propone Virginia Henderson:

Independencia (en el adulto). Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo.

Dependencia incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

Independencia (en el niño). alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

Dependencia. Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento, o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

Causas de la dificultad o problema.

Falta de fuerza: se entiende como fuerza la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidades del individuo para llevar a cabo acciones pertinentes a la situación, determinado por el estado emocional, funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc...

(12) PHANEUF Margot. Las necesidades Fundamentales, según enfoque de Henderson McGraw Hill, Madrid 1993.

Falta de conocimiento: en lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁽¹³⁾

4) Antecedentes de Virginia Henderson.

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington D. C.

Durante la 1ª Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D. C. se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera. En 1922 inicia su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929 trabaja como supervisora de enfermería en el Strongmemorial Hospital de Rochester Nueva York. Posteriormente imparte cursos sobre el proceso analítico profesional hasta 1948.

Tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora.

⁽¹³⁾ Henderson Virginia. La naturaleza de la enfermería. 25 años después. Madrid. Editorial Mc Graw Hill

Conceptos básicos.

Enfermería (Henderson). La única función de una enfermera, es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma, que el ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud. La equipará con la independencia, representa calidad de vida.

Entorno: El conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona (paciente). Un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila.

Necesidades. Henderson identifica 14 básicas en el paciente.⁽¹⁴⁾

5) Propuesta teórica de Virginia Henderson.

El individuo sano o enfermo es considerado como un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer:

⁽¹⁴⁾ Marriner Ann. Modelos y teorías de Enfermería. Madrid Doyma. 1996.

1. **Respirar.** Los ruidos respiratorios, están influenciados por la edad, talla, reposo, agitación, emociones, tabaquismo, etc.
2. **Alimentarse.** Factores influenciables: edad, talla, ejercicio, emociones, status socioeconómico, entorno físico, religión, tiempo entre comidas.
3. **Eliminar se condiciona con la edad, la nutrición, hidratación y ejercicio.**
4. **Moverse.** Se relaciona con la capacidad física, edad, crecimiento y desarrollo, estado anémico, patrón de ejercicio, etc.
5. **Dormir.** Lo determina la edad, ejercicio, alimentación, estrés, trabajo.
6. **Vestirse.** Es influencia de la edad, talla, autoimagen, status social, religión y clima.
7. **Mantener la temperatura corporal.** Según la edad, sexo, ejercicio, alimentación, emociones, clima, raza, status económico.
8. **Estar limpio.** Según la cultura, educación, clima, edad, alimentación, ejercicio, autoimagen, hábitos higiénicos, condición económica.
9. **Evitar peligros.** Factores influenciables: edad, estabilidad psicomotora, etapa del desarrollo, estados de ánimo, cultura, religión, status económico, valores y creencias.

10. Comunicarse. Deberá existir integridad de los órganos de los sentidos según edad, etapa del desarrollo, inteligencia, memoria, carácter.
11. Actuar con sus creencias y valores. Influyen las emociones, cultura, religión, filosofía e ideales personales, influencias familiares.
12. Realizarse. Según la edad y capacidad física, inteligencia, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.
13. Recrearse. Según la edad, constitución, madurez personal, personalidad, rol social, estilo de vida.
14. Aprender. Dependerá de la edad, capacidades físicas e intelectuales, motivación, educación, nivel socioeconómico, raza, religión.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, sin embargo cada persona las satisface de manera distinta, dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; así como la relación entre las diferentes necesidades, ya que cualquier alteración a una de ellas, modifica las demás; en consecuencia deben interrelacionarse, para valorar al individuo en su totalidad.⁽¹⁵⁾

⁽¹⁵⁾ Phaneuf Margot. Las necesidades fundamentales, según el enfoque de Handerson. Mc Graw Hill, Madrid.

6) El proceso de enfermería.

C. Herzlich dice lo que para ella es estar enferma: “La enfermedad, es todo aquello que incapacita al individuo para hacer normalmente su vida... el que tiene un resfriado, en general, continúa su vida, pero si es un cantante, no podrá trabajar, por lo tanto es un enfermo”.

El acto de reflexión comprende 2 tiempos:

Descubrir a la persona a partir de lo que dice (con interrogatorios).

Descubrir lo que las personas intentan decir y confrontarlo con las fuentes del saber que orientan sobre su significado.

Primera fuente de conocimientos: La persona o el grupo afectado. Para descubrir, entender y comprender lo que nos dicen las personas que solicitan cuidados, es necesario volver a aprender el lenguaje: el lenguaje hablado por la gente corriente en la vida diaria.

Descubrir la multitud de pequeños signos que transmite una persona por su mirada, su cara, su peinado, su vestido, su postura, así como los signos que provienen de su entorno social, del espacio donde ella se sitúa.

Esta información se traduce por signos de desamparo, de soledad, de alegría, de tristeza, de penuria económica y social, de satisfacción, de placer o de deseo.

Como dice Eduard Hall “saber y dejarse guiar por el sentido de la vista, aprendiendo a leer el lenguaje no verbal, el lenguaje silencioso”.

El lenguaje coloquial. Las personas cuidadas y sus familias tienen los signos indicativos del sentido de la orientación y del límite de las informaciones que comparten con los cuidadores. Los usuarios de cuidados son la primera fuente de conocimientos indispensables para el discernimiento y la puesta en práctica de los cuidados. Ellos están en posesión del hilo conductor, es decir, del sentido: significado y dirección.

El personal cuidador debe apelar a diferentes fuentes de conocimientos, para desarrollar una capacidad de reflexionar sobre la información emitida por los usuarios de los cuidados y ser capaz de utilizarla.

Pluralidad de conocimiento.

Es importante descubrir los conceptos fundamentales de la realidad antropológica, de la realidad sociocultural, que son:

- ❖ El concepto de cultura, de creencias, de costumbres.
- ❖ El concepto de ritos de paso, de rituales, de fiesta.
- ❖ El concepto de mito, de símbolo, de significado.

- ❖ El concepto de imagen corporal, de la manifestación de las formas de expresión de cuerpo, del vestido.
- ❖ El concepto de institución, la variedad y complejidad de las formas institucionales: matrimonio, familia, instituciones religiosas, educativas, sanitarias.
- ❖ Los conceptos de status, función, rol, de imagen social y de sus interferencias recíprocas.
- ❖ Los fenómenos de autoridad y de poder.
- ❖ El concepto de medio, de condiciones de la vida, de factores que influyen en las condiciones de vida.

Los cuidados de enfermería solo pueden tener sentido y evolucionar si se nutren de los interrogantes sobre las fuerzas contradictorias e indisociables de la vida y de la muerte.

Las fuentes de información, para encontrar los conocimientos, son de toda clase:

- ❖ Los distintos medios de vida donde se inserta la historia de los hombres: vivienda, barrio, pueblos, lugares de trabajo, medio escolar, lugares de ocio comercio, transporte.
- ❖ Los libros, los de conocimientos didácticos y todos los que hablan de la vida: novelas, biografías, etc...
- ❖ Las revistas, diarios y periódicos, que comunican información socioeconómica y política, y también las revistas que reflejan imágenes del hombre, de la mujer, de los jóvenes (prensa femenina, prensa deportiva, etc...)

- ❖ Las películas para todo público, que relatan y reflejan los acontecimientos de la vida impregnados en los modelos culturales y sociales que transmite.
- ❖ Actividades artísticas, culturales, deportivas y cualquier experiencia de la vida de cualquier persona.

El PE consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- ❖ La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del cliente, basados en las necesidades básicas, esto se lleva a cabo a través de la observación, comunicación y la entrevista, formando una base elemental para las demás etapas del proceso de enfermería.
- ❖ El diagnóstico de enfermería constituye una relación de las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del cliente. Para la construcción de los diagnósticos se atiende al formato "Pes-problema, etiología y signos y síntomas", y el enunciado se construye de la siguiente manera: problema relacionado con...y manifestado por...
- ❖ En la planificación, la enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de su intervención.
- ❖ La ejecución consiste en llevar a cabo el plan de cuidados; durante esta etapa la enfermera continúa recabando datos y valida el plan realizado.
- ❖ En la evaluación se valora la respuesta del cliente a la intervención de la enfermera.

Las cinco etapas del PE están ligadas íntimamente; cada una debe actualizarse continuamente conforme vayan surgiendo cambios en la situación ya que sabemos que la salud no es estática y por ello el PE es un proceso dinámico que constituye la respuesta a la salud del cliente.

Organización y utilización de los conocimientos:

El método. Según Morin, en su sentido original, significa la vía, el camino. El método es el camino emprendido por cualquier conocimiento para hacernos conocer. El método es un camino hacia lo desconocido, donde se aprende a reconocer elementos conocidos.

Dilucidación → Acción. Se deduce que los conocimientos sólo pueden ser útiles y fuentes de desarrollo si son el encuentro de la experiencia vivida con todo aquello que puede alimentar y enriquecer esta experiencia para darle sentido y permitirle regenerarse y volver a crearse.

Hay que aprender a descubrir, descifrar, analizar, es decir, a conjugar la información procedente de las situaciones planteadas y de los conocimientos que permiten comprender y movilizar estas situaciones.

La tecnología. El hombre necesita un instrumento con qué trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor parte de la energía y de la imaginación personal y no una tecnología que le esclavice y le programe.

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.⁽¹⁶⁾

Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades son indispensables conocer, así como la manera de emplearlas: las técnicas. El sólo conocimiento de las técnicas no podría bastar.

La utilización de las tecnologías que participan en los cuidados de enfermería podría someterse a los refranes: "dime que instrumentos utilizas rara vez, frecuentemente, a menudo o no utilizas nunca para cuidar y te dirá que clase de cuidados prestas".

¿Cuáles son las tecnologías utilizadas?

El cuerpo, el primer instrumento de los cuidados. Mediante el uso del cuerpo, se pueden prestar cuidados a otra persona y por el uso de los sentidos diferenciamos y prestamos cuidados. El tacto es el primer sentido en la presentación de cuidados, primero a través de la madre y luego por las manos de todos los que prestan cuidados.

Las manos de la enfermera manipulan, transportan, levantan y recogen los instrumentos para presionar, pinchar, vendar. También se usan para tocar, sentir, clamar, dar masajes, acariciar, peinar, afeitar, etc...

El sentido del oído, transmite un mensaje, es el vehículo de la escucha. Diferencia silencios anormales, oye los llantos,

⁽¹⁶⁾ COLLIERE Marie Françoise. Promover la vida. de la práctica de las mujeres cuidadoras. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid 1993 Pág. 261.

capta la risa, tolera la agresión porque puede encontrar las razones de ésta.

La vista, sitúa a las personas en su entorno, descubre sus rostros, descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo según esté doblado tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

Además de los sentidos, debemos redescubrir la sensibilidad: lo que sienten los demás y ser más claros con los que uno mismo siente.

Consideremos también:

- ❖ Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida (como son las que compensan defectos funcionales).
- ❖ Las tecnologías para la curación, que van desde los instrumentos más sencillos, hasta las máquinas más completas. Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal o del daño funcional que espera curar.
- ❖ Tecnologías de información, son de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria y los que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería.

Creencias y Valores:

El oficio de enfermera ¿es una profesión?. Congreso de Melbourne; la señorita Johada plantea: "La verdadera esencia de la profesión, me parece que es la actitud en el trabajo". Así comportamientos y actitudes son la clave de esta profesión. Cualquier creencia es un hábito, una costumbre, a la que se adhiere un grupo y, a través de él, las personas que lo integran. Todas las creencias, se basan en los conceptos del bien y del mal.

Los cuidados de enfermería se sitúan en una encrucijada de sistemas de creencias y de valores que entran en interacción e interfieren mutuamente, que debe aclararse para sustentar debidamente los cuidados de enfermería. Estos cuidados están influidos por creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional. Pero también están influidos por el medio institucional y el sistema de valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que genera el medio institucional.

Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, las creencias y los valores con los que están vinculados, tanto los que requieren cuidados, como los que los damos. Todos se encuentran influenciados por valores predominantes transmitidos por el sistema social, valores a los que se pueden adherir sin preguntas, o de los que se pueden comprender su significado, su razón de ser.⁽¹⁷⁾

⁽¹⁷⁾ Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de Enfermería. Colliere Marie Françoise. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1993.

ADOLESCENCIA: UNA ETAPA DE TRANSICIÓN EN EL DESARROLLO.

Por lo general se considera que la adolescencia comienza en la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. Aunque los cambios físicos de esta época de la vida son trascendentales, no surgen de una sola vez al final de la niñez. La pubertad es parte de un largo y complicado proceso que comienza desde antes de nacer. Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez producen un largo crecimiento en estatura y peso, (un índice de crecimiento que sólo supera el de la infancia), cambios en la forma y en las proporciones del cuerpo y el logro de la madurez sexual.

La adolescencia también es un proceso social y emocional. Se considera que dura casi una década: comienza alrededor de los 12 años y termina hacia los 20. Sin embargo sus cimientos se inician mucho antes y sus consecuencias psicológicas continúan mucho después.

INDICADORES DE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia temprana señala la transición para salir de la niñez y la adolescencia posterior, la transición hacia la edad adulta. Ningún período está demarcado abruptamente. Antes del siglo XX los niños ingresaban al mundo de los adultos cuando maduraban físicamente o cuando comenzaban a aprender algún arte u oficio, pero en la actualidad el inicio de la edad adulta es menos claro.

CAMBIOS FÍSICOS.

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación en las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran de manera directa a los órganos reproductores).

PUBERTAD.

La foto de un grupo de octavo o noveno grado revela contrastes sorprendentes, niñas de pecho plano contra niñas de pecho prominente y plenamente desarrolladas. Muchachos delgados y pequeños junto a jóvenes de hombros anchos y bigotes; esta variación es normal. Existe un rango de 6 a 7 años para la pubertad para niños y niñas.

La edad promedio para que los chicos entren a la pubertad es a los 12 años y alcanzan su madurez sexual a los 14, sin embargo niños normales pueden comenzar a manifestar los cambios a los 9 o los 16 y llegan a la madurez a los 11 ó 18. La madurez temprana o tardía tiene consecuencias sociales y psicológicas.

COMO EMPIEZA LA PUBERTAD.

La pubertad comienza cuando, en algún momento determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a secretar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente, también puede relacionarse con un nivel de peso crítico. La pubertad entonces, se presenta como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo los cuales se activan ante una señal fisiológica. Su respuesta en una niña es que los ovarios empiezan a producir una gran cantidad de la hormona femenina estrógeno, y en un muchacho, que sus testículos aumentan la producción de los andrógenos, particularmente la testosterona. Tanto varones como mujeres tienen ambos tipos de hormonas pero las chicas tienen niveles mayores de estrógenos y los muchachos de andrógenos. Hacia los 7 años de edad los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en los muchachos y la depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambios en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos la influencia social se combina con la hormonal y puede predominar. Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de la hormona

testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual mas de acuerdo con lo que sus amigos hacen con lo que sus glándulas producen.

Desde un punto de vista evolutivo, no sorprende que los primeros años de la adolescencia traigan mas conflictos ahora que en cualquier otra época de la niñez. La buena noticia es que reñir "rara vez descompone los nexos emocionales estrechos o lleva a los adolescentes y sus padres a rechazarse mutuamente".⁽¹⁸⁾

EL CRECIMIENTO REPENTINO DEL ADOLESCENTE.

Una señal temprana de maduración es el crecimiento repentino del adolescente, un aumento evidente de la estatura y el peso que, por lo general, comienza en las niñas entre los 9 años y medio y los 14 años y medio y en los muchachos entre los 10 años y medio y los 16. En general dura cerca de 2 años y poco después que el crecimiento repentino termina el joven alcanza su madurez sexual. El crecimiento en la estatura virtualmente llega a su máximo hacia los 18 años de edad. Antes del crecimiento repentino los varones son 2% más grandes que las niñas. Entre los 11 y los 13 las chicas son mas altas, pesadas y fuertes, después del crecimiento repentino los muchachos vuelven a ser más grandes casi en 8%. El crecimiento repentino en los varones es más intenso; su aparición tardía permite un período de crecimiento adicional, ya que el crecimiento antes de la pubertad, se presenta a un ritmo mayor que después de ella.

⁽¹⁸⁾ Diane E. Papalie, Sally Wendoks Olds, Psicología del desarrollo. Mc Graw Hill 1998

En ambos sexos el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Incluso los ojos crecen produciendo un aumento en la miopía durante este período: cerca de una cuarta parte de los jóvenes de 12 a 17 años son miopes.

La mandíbula inferior se hace más grande y gruesa y ambas mandíbulas junto con la nariz se hacen más prominentes; los incisivos de ambas mandíbulas sobresalen más.

Estos cambios son mayores en los muchachos que en las niñas y siguen su propio cronograma de modo que las partes del cuerpo están fuera de proporción por un tiempo. El resultado es la figura familiar del adolescente desgarrado que acompaña al crecimiento acelerado y desbalanceado. Las proporciones se recuperan pronto pero entre tanto, justo cuando se preocupan por agradar al sexo opuesto, los jóvenes son dueños de una torpeza que desencanta. A los adolescentes no les agrada mucho oír que: "ésta es sólo una fase"; sin embargo le dan la bienvenida en secreto a la certeza de que esta torpeza es asunto de estar en una etapa de desequilibrio y no a tener una personalidad desequilibrada.⁽¹⁹⁾

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción, en las mujeres son los ovarios, el útero y la vagina; en los hombres, los testículos, la próstata y

⁽¹⁹⁾ Idem pág. 536

las vesículas seminales. Durante la pubertad estos órganos crecen y maduran.

El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación, en los muchachos la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto y el principal signo de la madurez sexual es la presencia de semen en la orina. Un muchacho es fértil tan pronto existe la evidencia de esperma, como la menstruación en las muchachas, el momento de la aparición del semen es altamente variable y resulta difícil determinar cuando se presenta. Un estudio longitudinal, encontró que solamente el 2% de los muchachos de 11 a 12 años tienen esperma en la orina, en comparación con 25% de los chicos de 15 años.

A menudo en la pubertad los muchachos se despiertan con una mancha húmeda o seca y dura en la cama: una emisión nocturna o eyaculación involuntaria de semen, que por lo regular se conoce como sueño húmedo. La mayoría de los adolescentes tienen estas emisiones que son perfectamente normales y que se pueden presentar o no con un sueño erótico.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS.

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluyen el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en los hombres. Otros implican cambios en la voz, la textura de la piel y

el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal, típicos del hombre o la mujer adultos.

La piel de hombres y mujeres se vuelve mas gruesa y aceitosa. El aumento de la actividad de las glándulas sebáceas (que secretan una sustancia grasosa) lleva al surgimiento de espinillas y puntos negros que son un martirio en la vida de muchos jóvenes. El acné es mas común en los muchachos que en las niñas y parece estar relacionado con las crecientes cantidades de testosterona.

Las voces de chicos y chicas se hacen mas profundas, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en especial entre los muchachos, en respuesta a la producción de hormonas masculinas.⁽²⁰⁾

ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS FÍSICOS.

La adolescencia es quizá la época más complicada de todo el ciclo de vida. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto sus cuerpos continuamente los traicionan. La voz del joven se quiebra a veces cuando quiere parece como un hombre maduro, y su pene se pone erecto en los momentos más inoportunos; la joven oculta sus senos incipientes bajo trajes anchos y cada mes se preocupa por que la sangre de su período le puede manchar la ropa. Sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abordan de diferentes maneras. No sorprende que los enormes cambios físicos de la adolescencia

⁽²⁰⁾ Ibidem pág. 537

tengan muchas secuelas psicológicas. Especialmente significativas son las reacciones ante la madurez temprana o la madurez tardía, la llegada de la menstruación y los cambios en el aspecto físico.

EFFECTOS DE LA MADURACIÓN TEMPRANA Y LA MADURACIÓN TARDÍA.

Una de las grandes paradojas es el conflicto entre el anhelo de un joven por encontrar su propia identidad –formar un yo único- y el arrollador deseo de ser exactamente igual a sus amigos. Cualquier cosa que aleje a un joven de un grupo puede ser inquietante, y los adolescentes a menudo se descomponen si su madurez sexual llega mucho antes o mucho después que la de sus amigos. Aunque ni la madurez temprana ni la madurez tardía son necesariamente una ventaja o una desventaja, la época en que se alcanza puede tener efectos psicológicos.

MADURACIÓN TEMPRANA Y MADURACIÓN TARDÍA EN LOS MUCHACHOS.

Una investigación ha encontrado que los muchachos que maduran rápido son más equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencia al liderazgo y son menos impulsivos que quienes maduran tarde. Otros estudios han encontrado que les preocupa ser agradables, y son más cautelosos y más apegados a las reglas y a las rutinas. Se ha

encontrado que quienes maduran tarde se sienten mas desadaptados, rechazados, y dominados; son más dependientes, agresivos e inseguros; se revelan más en contra de sus padres y tienen un concepto bajo de sí mismos.

Existen aspectos a favor y en contra de ambas situaciones. A los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen beneficiarse en su autoestima, al ser más musculosos que los chicos que maduran tarde, son más fuertes y tienen mejor desempeño en los deportes y una imagen corporal más favorable. Además tienen una ventaja en el tiempo ya que logran el mismo nivel de madurez que las chicas de su edad. En ocasiones la maduración temprana tienen complicaciones porque exige que los muchachos actúen con la madurez que aparentan. Estos chicos cuentan con muy poco tiempo para prepararse para los cambios de la adolescencia. Quienes maduran más tarde pueden ser y actuar durante más tiempo como niños, pero también pueden beneficiarse de un tiempo de niñez más largo en el que no tienen que afrontar las exigencias del adolescente. Pueden volverse más flexibles al tener que adaptarse a los problemas de ser más pequeños y con un aspecto más añado que sus compañeros.

ACTIVIDAD E INACTIVIDAD FÍSICA.

La combinación de energía juvenil, facultades bien desarrolladas, madurez en la coordinación y músculos fuertes es importante para los nuevos avances que en su desarrollo atlético alcanzan algunos adolescentes. Sin embargo junto con la gloria, los

deportes también conllevan riesgos como son las lesiones deportivas.

NUTRICIÓN Y DESORDENES DE LA ALIMENTACIÓN.

La adolescente promedio necesita cerca de 2200 calorías por día, mientras que el varón requiere cerca de 2800. las proteínas son importantes para permitir el crecimiento y los jóvenes como cualquier otra persona, deberán evitar el consumo de “comida chatarra”, bebidas gaseosas, helados, galletas, y además con alto contenido de colesterol, grasa, y calorías, y baja en nutrientes.

La anemia por deficiencia de hierro es común entre los adolescentes porque su dieta tiende a ser pobre en este mineral. Los jóvenes necesitan una fuente continua de pan enriquecido con hierro, frutas secas y vegetales de hoja verde. En la dieta diaria deben incluirse alimentos con zinc como carnes, huevos, comida de mar y cereales de grano entero, ya que una deficiencia leve de esta sustancia puede ocasionar un retraso en la madurez sexual.⁽²¹⁾

⁽²¹⁾ Ibidem.pág. 543

DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.(Aspectos psicológicos)

Con la llegada de la pubertad, el despertar sexual se acentúa, muestra gradualmente mayor interés por su conformación física, aparece el periodo de masturbación que generalmente se acepta como parte del mismo desarrollo sexual. Sólo cuando llega a extremos compulsivos con actitudes regresivas en jóvenes que se aíslan y que encuentran dificultades para sus relaciones sociales, se le considera como patológico; generalmente es consecuencia de una alteración global del desarrollo psicológico en las etapas anteriores.

Pronto el afecto de los padres se desplaza hacia otras personas fuera del núcleo familiar, frecuentemente hacia los amigos íntimos, y se pueden presentar enamoramientos con personas del mismo sexo (homosexualidad latente o manifiesta).

Esta conducta tiende a desaparecer rápidamente al encontrar el adolescente una compañera o compañero, según se trate de hombre o mujer, respectivamente, por el que manifiestan un sentimiento de ternura y afecto, con quién establecen una unión más íntima y permanente y con la que podrán satisfacer más tarde sus necesidades de reproducción y conservación de la especie cerrándose así el ciclo del desarrollo psicosexual.

El equilibrio alcanzado en esta etapa escolar se pierde gradualmente en la pubertad. La afluencia de impulsos agresivos y sexuales, y el reajuste de valores provocan un desequilibrio del yo, en vías de estructuración se torna nuevamente confuso.

El adolescente en estas condiciones busca en otros encontrarse así mismo, se interesa por lo que piensan de él y

por lo que sienten por él; no tolera la crítica, pero está atento a otras opiniones, está en busca de su identidad.

La identidad depende de las experiencias previas de la iniciativa que haya logrado de la aceptación que le brinde el grupo, y fundamentalmente en esta etapa, de lo que los demás piensen de él y digan de él; de lo que piense y sienta por sí mismo, y son positivas cuando predomina un sentimiento de confianza y autonomía. Cuando ambos aspectos coinciden, el joven está logrando su identidad, la cual se alcanza en varias áreas: sexual, vocacional, etc.

Cuando, por el contrario, las experiencias previas son negativas, cuando predomina un sentimiento de desconfianza, de vergüenza o culpa cuando no es aceptado por el grupo, cuando no corresponde lo que él piensa de sí mismo con lo que piensan los demás, este sentimiento de identidad no se ha logrado y se está en peligro de vivir una vida de incertidumbre, de incapacidad para crear, de fracaso en el trabajo y en la vida sexual y se puede caer fácilmente en un deseo de fugarse del mundo a través de las drogas y el alcohol.

En esta edad surge el pensamiento abstracto o de operaciones formales; se diferencia por pasar del plano de lo concreto al plano de las ideas expresado en el lenguaje de las palabras: "Las operaciones formales, señala Ajuriaguerra, aportan el pensamiento de un poder completamente nuevo que equivale a desligarlo y liberarlo de lo real, para permitirle edificar a voluntad reflexiones y teorías". Esto permite al adolescente interesarse en una serie de problemas diversos; los adolescentes aportan teorías y sistemas capaces de transformar

el mundo, critican a los adultos por no haber resuelto muchos de los problemas existentes, surgiendo así un egocentrismo.

Estos sentimientos de justicia, de solidaridad y de humanitarismo son denominados por Aníbal Ponce como el idealismo social de los adolescentes. Debido a esta nueva capacidad reflexiva con que cuenta, sólo el confrontamiento con la realidad le va permitiendo tomar una actitud madura y reflexiva.

Para finalizar sólo enunciaremos las "Áreas", o lo que esperamos alcance un adolescente al terminar esta etapa.

- 1.-Lograr la emancipación de los padres (Individualización).
- 2.-Establecimiento de una identidad.
- 3.-Desarrollo de un sistema personal de valores.
- 4.-Capacidad madura por el amor y la relación sexual.
- 5.-Capacitación para el trabajo creativo.
- 6.-Capacidad de una actitud crítica hacia los problemas que afectan al ser humano.
- 7.-Capacidad de colaboración y solidaridad.
- 8.-Regreso a los padres en una relación fundamentada en la igualdad.

FACTORES CAUSALES

Factores genéticos y neuroendocrinos

El crecimiento y desarrollo de un individuo dado es influenciado en forma importante por los factores genéticos y

neuroendocrinos que, a su vez, sufren modificaciones en su interacción con el medio ambiente en el sentido de potencializar, desviar o anular su efecto.

Papel de la madre

La madre desempeña un papel determinante en los primeros años de vida del niño; dentro del seno familiar, es la madre la que llena inicialmente sus necesidades más elementales, tanto físicas como psicológicas. Ella es quien le administra el alimento, le da abrigo y lo protege del medio ambiente; le brinda afecto y administra los estímulos que proporcionan al niño la madurez adecuada a su aparato perceptual (caricias, arrullo, cantos etcétera).

En las relaciones madre-niño se establecen los cimientos de las relaciones sociales del adulto. Por tal razón, la personalidad de la madre es importante en la formación de la personalidad del niño. Sus intereses y actitudes ante el matrimonio, el embarazo y el hijo, serán definitivos.

La satisfacción adecuada de las necesidades del hijo, un cuidado constante en la medida en que éste lo necesite, una separación gradual, creando sentimientos de independencia, confianza y seguridad, estimulando su capacidad de logro, fomentando su iniciativa, permitirán el desarrollo sano y armonioso de su personalidad.

Cuando no sucede así, cuando la infancia de la madre se encontró llena de frustraciones y de odios y sus necesidades a su vez no fueron satisfechas, o cuando presenta un cuadro de

neurosis, las relaciones con los hijos son inadecuadas y manifiestan conductas de rechazo, sobreprotección, indiferencia; se comporta autoritaria y transmite su ansiedad, lo cual da origen en el niño a una personalidad mal estructurada y enfermiza.

Micrombiente familiar.

La familia es la célula fundamental de nuestra sociedad; dentro de ella crecemos y nos desarrollamos; a través de ella nos podemos en contacto con la sociedad. La familia, señala Ackerman, construye lo esencialmente humano del hombre.

Dentro de nuestra cultura, se está evolucionando de una familia numerosa hacia una familia nuclear, formada por el padre, la madre y los hijos.

Las relaciones que se dan en ella son de tres tipos fundamentalmente:

- a) Relaciones de los padres entre sí.
- b) Relaciones entre padres e hijos.
- c) Relaciones de hermanos entre sí.

Relaciones de los padres entre sí.

Desempeñan un papel determinante en el desarrollo del niño; cuando las relaciones son armoniosas, dentro de un clima de afecto y adecuada comunicación, cuando las metas son comunes y la autoridad compartida; se está en condiciones de crear hijos seguros de sí mismos, independientes, afectuosos, emprendedores, audaces, capaces de llevar a cabo las tareas

más difíciles. Cuando no se dan estas circunstancias, el desarrollo se verá seriamente afectado.

Relaciones de hermanos entre sí.

Los factores que desempeñan un papel importante en el desarrollo de la interacción de hermanos entre sí, son principalmente el sexo, la edad y el lugar que ocupan en la familia. Sabemos que en nuestra sociedad hombre y mujer son educados en forma diferente: el primero debe ser fuerte, valiente, independiente; la segunda, afectuosa, sensible, cariñosa, dependiente. Esto indudablemente crea conflictos en aquellos hijos que no aceptan el rol que se les señala.

Otro aspecto importante es el lugar que ocupa un niño respecto a los otros hermanos. El primogénito manifiesta generalmente mayor aprovechamiento; los padres son más rigurosos con él; se vigilan con mayor atención las normas y los valores; crece en un mundo más ordenado y más de adultos. Se le confiere mayor responsabilidad.

El segundo hijo goza de estas preferencias; frecuentemente es introducido al mundo por el hijo mayor, en una forma más caótica; rápidamente aparecen la rivalidad y los celos; muchas veces al nacer éste, el primogénito inicia una enuresis como demanda a los padres.

El hijo menor de una familia numerosa es tratado en ocasiones como el hijo único, mimado y sobreprotegido, con graves problemas en su desarrollo.

La rivalidad es menor cuando un hermano supera al otro por más de 6 años.

Los hermanos menores frecuentemente tienden a ser más sociables, como una necesidad de ser más aceptados por sus hermanos mayores y por sus mismos padres, necesidad de competencia que no manifiesta el primero.

En las familias numerosas, los niños muestran menor rivalidad porque pronto se adaptan al nacimiento de un nuevo hermano, y porque las madres no establecen relaciones tan estrechas con los otros hermanos.

Podemos, por lo tanto, señalar que un buen medio familiar donde se desenvuelva el niño es determinante de un desarrollo psicológico adecuado; permitirá crear un sentimiento de seguridad, de iniciativa, de identidad, mediante el establecimiento de un rol sexual adecuado, un sentimiento de conciencia moral, una adecuada integración al mismo grupo familiar y, mas tarde, al grupo social al cual se pertenece.

Acciones de la familia en relación al crecimiento y desarrollo.

Es, el grupo familiar, la fuente directa de los principales factores que condicionan el crecimiento en los periodos críticos.

Los cuatro grandes mecanismos de acción familiar son: la alimentación, la estimulación y ambiente materno familiar, las buenas condiciones de la vivienda y el uso de servicios médicos.

En la alimentación, la preparación, aceptación y período de uso de la lactancia materna son fundamentales, ya que la leche materna sigue siendo el mejor alimento del lactante en sus primeros meses.

La lactancia materna se usa cada vez menos, como resultado de la incorporación de la mujer al trabajo, la introducción de leches industrializadas, los valores y necesidades de la vida urbana y, ¿por qué no decirlo?, porque el personal de salud no propicia la lactancia precoz del RN en las primeras horas postparto

Debe considerarse también que, en mujeres con malas condiciones nutricionales, su proporción de leche puede resultar insuficiente a los 3-4 meses.

Finalmente hay mujeres con producción rápida para luego caer a niveles sub-óptimos y otras que son de producción lenta pero se mantienen en mejores niveles.

En relación con la estimulación y ambiente materno familiar, algunos estudios clásicos han demostrado que el estímulo psicológico es muy importante en el desarrollo y aun en el crecimiento, y que niños que tenían déficit de crecimiento, con la suplementación mejoraron, pero que, mantenida ésta y puesto en condiciones de estrés psicológico, se volvió a la situación deficitaria. Existe una relación entre alimentación y estimulación, ya que los niños mejor alimentados tienden a ser más activos, por lo cual interactúan y responden mejor a los padres y familiares, y alcanzan coeficientes de inteligencia mayor.

Las buenas condiciones de la vivienda actúan en forma favorable, al disminuir el riesgo de enfermar o las patologías que, como la diarrea reiterada, inhiben el apetito, deterioran los mecanismos de absorción y derivan nutrientes para responder a la agresión patológica.

Las condiciones comunitarias negativas, por el contrario, aumentan el riesgo familiar.

El uso de servicios médicos en cuanto a asistencia a los controles prenatales, atención al parto por un profesional y el control postnatal, son de gran importancia, pues esta comunicación permite el nivel de conocimientos y reforzamientos mínimos, así como el aprendizaje de habilidades en el manejo del niño.

Medio ambiente de la clase social.

La sociedad, a través de la familia inicialmente y de sus diversas instituciones más tarde, desempeñan un papel determinante en la formación de la personalidad del niño.

El niño progresivamente adoptará la forma de vida de su familia y de los grupos sociales a los que pertenece; debe adoptar, por lo tanto, un patrón de conducta social de acuerdo con la situación que ocupa dentro del grupo familiar o social, de acuerdo con lo que quiere y con lo que los miembros de su familia o del grupo quieren de él (rol).

Asímismo, gradualmente, conforme crece, debe aceptar el lugar que ocupan él y su familia dentro de la sociedad donde se encuentran (statús).

El rol irá cambiando de acuerdo con su edad, debido a que para cada edad existen patrones de conducta diferentes.

El adolescente frecuentemente vive un problema en relación con los patrones de conducta social, debido a que existe transitoriamente una discrepancia entre lo que él quiere y lo que los adultos

quieren de él; se originan por esto conflictos entre adolescentes y adultos, y llegan a crear aquéllos un mundo aparte, con sus propias reglas y sus propias costumbres, lo cual da lugar a una subcultura de los jóvenes.

Por lo que corresponde al status, sabemos que los niños educados en áreas rurales o en áreas marginadas, de estratos sociales económicamente bajos, se encuentran injustamente en desventaja con respecto a aquellos que crecen en áreas urbanas de nivel medio superior.⁽²²⁾

⁽²²⁾ MARTINEZ, Martínez R. La salud del niño y del adolescente. J.G.H Editores Tercera Edición 1995.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO

1. RESUMEN VALORATIVO

La valoración* se realizó a un adolescente masculino cuyo nombre es Armando Cornejo Sandoval, con 15 años de edad, peso de 70 kilogramos, talla de 1 metro con 78 centímetros, quien nació el 30 de Marzo de 1985, el tercer hijo y único varón de 3 hermanos. Los datos obtenidos para este formato fueron a través de entrevistas en una cafetería y en el hogar, lugares donde él se siente cómodo y relajado.

También se obtuvieron algunos datos de su maestra y prefecta de la secundaria a la que asiste, así como de su padre y hermanas.

Las necesidades básicas fueron valoradas de la siguiente manera:

En cuanto a oxigenación no tiene alteración alguna, no así la nutrición ya que prefiere una dieta hiperprotéica a base de carne, leche con chocolate, carnes frías, quesos, cereales, galletas, helados, refrescos con pocas frutas como: uvas, kiwi, fresas y pocas verduras, sólo precocidas e importadas. Hace 5 comidas al día en mediana cantidad, no se sienta a comer a la mesa con los demás miembros de la familia, come en su recámara (viendo televisión o frente a su computadora) pocas veces come en el comedor con el resto de la familia. Mastica y

* Ver anexo 1

deglute en forma rápida, él ya lo detectó pero menciona que así le gusta comer. Tiene estreñimiento frecuente, evacúa cada 2 días, casi no bebe agua sola, aproximadamente uno o dos litros de leche fría con chocolate o refresco o agua fresca de limón o jamaica, las aguas de frutas no le gustan. Él le da mucha importancia a la presentación de la comida.

Hace deporte en el colegio (Básquetbol), desde hace aproximadamente un año y medio tiene el problema que se le entierran las uñas de los primeros orjejos (dedos gordos, del pie, dice él). En este momento carece de una uña ya que fue extraída en el hospital por infecciones recidivantes.

Tiene la dentadura completa, simétrica, con puntitos blancos (manchados, aspecto que le preocupa, pero hubo que esperar hasta ésta edad, para tener el tamaño definitivo de sus piezas dentarias, por lo que ahora ha estado visitando dentistas especialistas en estética dentaria (rehabilitación bucal). Ha recibido tratamientos de flúor.

En cuanto a eliminación, sus hábitos intestinales son: evacua cada 2 días, las heces son grandes y duras, orina normal a chorro fuerte, amarillo claro, su abdomen es plano y blando, con ruidos intestinales normales.

La termoregulación.- Se adapta a los cambios de temperatura, generalmente; pero le desespera el calor exagerado.

Juega básquetbol 5 veces por semana, la temperatura que le agrada es la templada. La piel es íntegra, tez morena, color bronceado, su transpiración es adecuada según el clima, en cuanto a las condiciones del entorno físico, usa ventilador, toma

bebidas frías, come ensaladas y carnes frías, usa ropa ligera, de fibras naturales (algodón). Moverse y mantener buena postura. Tiene una buena capacidad física cotidiana, se mueve con agilidad, tiene fuerza muscular.

Su tiempo libre lo dedica a la computación, ver televisión y salir con amigos, sus hábitos de descanso son de día y de noche, así como sus hábitos de trabajo escolar, tiene buen estado del sistema músculo esquelético, tiene mucha fuerza, la postura que le hace sentirse cómodo es caminar desgarrado.

Presenta estado emocional variable, a veces se encierra todo el día en su recámara, otras convive con sus padres en la recámara de éstos, compartiendo la cama para conversar o ver televisión. Le agrada mucho que su madre lo acaricie en la cabeza, cuello y espalda. Con frecuencia, se acuesta a un lado y solicita éste trato afectuoso.

Su horario de descanso es a las 0 hrs., duerme desde 15 a 18 hrs. (siesta) y por la noche de 0 a 6 hrs., descansa 9 hrs. y duerme 8 hrs. la siesta es indispensable ya que se desvela casi siempre, los fines de semana asiste a fiestas y se despierta al día siguiente al medio día, refiere no sentirse descansado al levantarse porque tiene invertidos los horarios.

Su estado mental es tranquilo y orientado, tiene buena atención, bostezo durante la mañana, pero si es capaz de concentrarse en las clases. En éstas circunstancias a menudo demuestra apatía, refiere no tener cefaleas frecuentes, tiene buena respuesta a estímulos, las cosas que le estimulan: las fiestas, los viajes, ir de compras, adquirir buena ropa, tenis,

también lo estimula anímicamente ir a comer a "buenos restaurantes".

Me refiere que si influye su estado anímico para la selección de su ropa, también dice que su autoestima si es determinante en su modo de vestir. Selecciona con más cuidado sus prendas de vestir cuando la ocasión de diversión es llamativa o esperada por él. Eventualmente requiere ayuda para la selección de su vestuario. En su modo de vestir es determinante en su autoestima ya que selecciona con más cuidado su ropa cuando la ocasión es de diversión o una fiesta especial. Eventualmente requiere ayuda para seleccionar la compra de su vestuario, por ejemplo: cuando elige algo costoso, como un traje y sus accesorios (cinturón, corbata, etc.). Viste de acuerdo a su edad(cholo) cuando es ropa casual. Su capacidad para vestirse y desvestirse es buena pero es muy desordenado, deja la ropa que se quita en el piso, a pesar de las recomendaciones que se le hacen. Luce siempre pulcro, bien vestido para cada ocasión, usa lociones caras.

Se baña una vez al día, de preferencia por la mañana, pero si va a una fiesta por la noche, se vuelve a bañar. Su higiene bucal es adecuada, lavándose los dientes dos o tres veces al día. Se asea las manos antes de comer y después de eliminar.

Su aspecto general es bueno, su olor corporal es agradable, usa lociones diariamente, no tiene halitosis, usa el pelo corto y a la moda, le da mucha importancia a la higiene y al buen olor corporal, usa talco desodorante en sus zapatos y aerosol en las axilas, tiene comportamientos competitivos de status con sus amigos y compañeros.

Su familia de pertenencia la componen padres y hermanas.

Ante una situación de urgencia, reacciona nerviosamente. Conoce algunas medidas de prevención de accidentes como no usar punzocortantes ni fuego, las situaciones de tensión las canaliza con molestia, las condiciones del ambiente en su hogar son favorables, se siente orgulloso de su casa, las condiciones del ambiente en su escuela: refiere que hay calor y mosquitos.

Pasa mucho tiempo en su recámara, donde tiene aparatos electrónicos que lo entretienen: televisor, grabadora, compact discs, computadora con internet, teléfono celular. Sus preocupaciones son de índole escolar, su rol en la estructura familiar es de hijo y hermano, es reservado con sus problemas, pasa sólo 2 horas de 19-21 hrs. los contactos sociales son frecuentes, tiene muchas fiestas, es muy sociable, seguido invita amigos a su casa y también va a otras casas, habla con claridad, su comunicación verbal es adecuada (casi siempre) con la familia y otras personas significativas, aunque discute con la 2da. de sus hermanas. Frecuentemente maneja mucha información de cultura general y la aplica constantemente (según su maestra), le gusta leer desde muy niño. Le gusta hablar en público, que lo escuchen, habla inglés; se relaciona mejor con su hermana mayor y son amigos.

Es católico practicante, va a misa todos los Domingos y comulga, se confiesa cuando lo considera necesario, pero no con cualquier sacerdote, sólo si lo conoce, los principales valores en la familia son la justicia, la verdad, el amor, la honestidad. Los principales valores personales para él son el

poder, la salud y el dinero. Es congruente en su forma de pensar con su forma de vivir.

Si permite el contacto físico, saluda de beso a las mujeres y con la mano a los hombres. Como signo indicativo de sus valores y creencias, tiene que va a misa, reza todas las mañanas y las noches y cuando tiene una necesidad, ora. Estudia, va al colegio, le dedica 7 hrs. diarias, está satisfecho con su rendimiento escolar, tiene buen promedio, incluso está becado. Está satisfecho con el rol familiar que juega, tiene buenas relaciones armoniosas con todos los miembros de la familia, pero discute con alguna frecuencia con la 2da. hermana, sin embargo, también se llevan bien y salen ocasionalmente juntos a divertirse a la disco. Su estado emocional es variable, según la ocasión, tiempo y espacio. Se molesta y lo expresa cuando se le ponen horarios estrictos para llegar a la casa por la noche.

Las actividades recreativas que realiza en su tiempo libre son: ver televisión, internet, salir con sus amigos al cine, a cenar, a nadar, jugó durante muchos años en un equipo de fútbol y a Tae Kwon Do (ya no, actualmente) pero disfruta las actividades recreativas. Su estado anímico es participativo, si le despierta interés el momento; a veces es apático. Su nivel de educación es secundaria, ha tenido algunos problemas de disciplina y distracción, con llamadas de atención por parte de los maestros, sus preferencias de leer y escribir son por computación, sus fuentes de apoyo para el aprendizaje es el internet. Sabe como utilizarlo y lo cree necesario para el aprendizaje (tareas escolares, trabajos) y la recreación.

Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud, planea estudiar medicina (su abuelo materno es doctor) y hacer la especialidad en cardiología.

Su estado del sistema nervioso es bueno.

Su estado emocional depende de la situación, tiene buena memoria reciente, tiene buena memoria remota, ya que menciona anécdotas de su niñez.

2. POR ORDEN DE IMPORTANCIA SE JERARQUIZARON LAS NECESIDADES AFECTADAS (DIAGNOSTICOS) Y SE FUNDAMENTARON SEGÚN LA NANDA LO CUAL SE INCLUYÓ EN EL PLAN DE CUIDADOS.

3. PLAN DE CUIDADOS(Ver anexos 2 y 3)

1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteraciones en la comunicación; relacionada con su rol en la estructura familiar, manifestada por indisciplina ocasional.

OBJETIVOS: Conversar con él sobre las ventajas de ser el menor de la familia.

Hacer planes futuros congruentes con los cambios físicos relevantes.

Llevar a cabo prácticas de autocuidado para reforzar su madurez emocional.

Expresar satisfacción con el rendimiento en el rol adquirido.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- ❖ Sugerirle formas de control de su enojo e irritabilidad.

- ❖ Ayudarlo a seleccionar prácticas de comunicación que potencien su rol familiar.
- ❖ Enseñar al adolescente a evaluar la comunicación propia y la de otros.

OBSERVACIONES: La capacidad de adaptación, es la capacidad de la familia para reconocer su estructura de poder, funciones y reglas. Los lazos emocionales, los límites, los soportes y el tiempo para el recreo, influyen en la cohesión familiar.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la alimentación relacionada con la selección de alimentos, manifestada por rechazo a frutas y verduras a una dieta equilibrada.

OBJETIVO: Educar al joven sobre la importancia de mejorar sus hábitos nutricionales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- ❖ Diseñar un menú semanal, de acuerdo a sus necesidades y preferencias.(Ver anexo 4)
- ❖ Animarlo a probar varias opciones.
- ❖ Presentarle 3 comidas formales y atractivas por día.

DEFINICIÓN DE LA NANDA. Alteración de la nutrición por defecto: Estado en que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

Informe ó evidencia de falta de alimentos; aversión al ingesta, informes de alteración de la sensación gustativa; falta de información, información errónea, conceptos erróneos.

FACTORES RELACIONADOS.

Incapacidad para ingerir o digerir los nutrientes, debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en la evacuación, relacionada con poca ingesta de frutas y verduras, manifestada por: heces duras cada 2 días.

OBJETIVOS:

- ❖ Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra.
- ❖ Experimentar menos estreñimiento para obtener alivio inmediato.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Convencerlo de las bondades de una buena dieta y de una actividad física adecuada.

- ❖ Hábitos personales de ejercicio.

- ❖ Incluir en su dieta pan de salvado, vegetales ricos en fibra, más agua entre los alimentos.
- ❖ Recomendar cambios de dieta para aumentar su volumen gradualmente.
- ❖ Sustituir el pan blanco por integral.

DEFINICIÓN DE LA NANDA.- Estreñimiento, estado en que el individuo experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución de la frecuencia y/o la eliminación de heces duras y secas.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

Disminución del nivel de actividad, frecuencia inferior al patrón habitual; heces duras; masa palpable; informe de sensación de presión en el recto; informe de sensación de repleción rectal; esfuerzo excesivo para defecar.

4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración en el reloj biológico, relacionada con: los horarios invertidos de sueño y vigilia, manifestada por: cansancio matutino e irritabilidad.

OBJETIVO: modificar el estilo de vida, para tener control e independencia total, cambiando gradualmente los horarios.

- ❖ Que exprese sensación de descanso al levantarse por la mañana.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- ❖ Recomendar actividades que le permitan realizar actividades diurnas, como trabajos escolares y tareas en el hogar. Ir al gimnasio.
- ❖ Negociar conjuntamente con la familia sus actividades en fin de semana.

OBSERVACIONES:

Una función del sueño, consiste en restaurar la energía, tanto física como mental.

DEFINICIÓN DE LA NANDA. Alteración del patrón del sueño: alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Manifestaciones verbales de dificultad para conciliar el sueño; sueño interrumpido: expresiones verbales de no sentirse bien descansado, cambios en la conducta y resistencia (irritabilidad creciente, agitación, desorientación, letargo, indiferencia).

Signos físicos: (nistagmo leve, ligero temblor de manos, ptosis palpebral, expresión vacía, ojeras, bostezos frecuentes, cambios de postura); habla dificultosa con mala pronunciación y palabras incorrectas.

5.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración en la alineación corporal. Relaciona con: pie plano y alta estatura (crecimiento

rápido) manifestada por mala postura (camina desgarbado), refiere cansancio si permanece mucho tiempo de pie.

OBJETIVOS: Concientizar la imagen y practicar ejercicio moderado.

- ❖ Participar en actividades deportivas apropiadas a su edad y desarrollo con otros adolescentes.
- ❖ Que exprese una sensación disminuida de cansancio.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. Recomendar algunas prácticas para modificar la mala postura; en caso necesario, el uso de tirantes y plantilla en los zapatos.

- ❖ Identificar en colaboración con el adolescente, nuevas posturas que deban ser aprendidas y practicadas.
- ❖ Animarlo a identificar los cambios causantes del problema.
- ❖ Orientación familiar, que ayuden a corregir la postura.

COMENTARIO GENERAL.

Los cambios físicos en el adolescente. La mayoría de los adolescentes se interesa más en su aspecto, que en cualquier otro asunto de si mismo, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se miran al espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser lindas, delgadas pero con formas y con una piel y un cabello hermoso.

Cualquier cosa que haga que los muchachos piensen que tienen aspecto femenino o que las niñas parecen masculinas, los hará sentir miserables. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y sus rasgos faciales.

4. REGISTRO DE CUIDADOS

10/JULIO/2000

8:30 A.M.

Tomó su desayuno con agrado.

15:00 hrs.

Comió a medias porque tenía prisa por ir a casa de un amigo.

20:00 hrs.

Solo tomó parte de su cena, refiere no tener hambre pero si le gustó.

11/JULIO/2000

8:30 a.m.

Desayuno rápidamente.

15:00 hrs.

Ingirió todo en la comida y expresó su agrado.

21:00 hrs.

Tomó solo parte de su cena.

OBSERVACIONES: Toma agua sola, en forma frecuente.

12/JULIO/2000

8:30 a.m.

No tomó todo su desayuno, por referir prisa para llegar al trabajo, pero una parte se la llevó con él para comer en el camino.

15:00 hrs.

Comió con agrado casi todo, y solicita que este menú se repita.

21:00 hrs.

Ingiere rápidamente su cena, pues refiere estar muy cansado (fue al gimnasio).

13/JULIO/2000

8:30 a.m.

Desayuno en el coche.

15:00 hrs.

Comió muy bien y estuvo muy cordial a la hora de la comida.

21:00 hrs.

Cenó y pidió más, se autonombra "tamalero de corazón".

OBSERVACIONES. Ha aumentado su ingesta de líquidos.

14/JULIO/2000

8:30 a.m.

Tomó más de la mitad del desayuno, aunque refiere poca hambre al levantarse.

15:00 hrs.

Comió muy bien. Comenta el acierto de haber planeado juntos el menú.

21:00 hrs.

Cena poco, refiere querer acostarse, ya que la rutina del gimnasio lo tiene muy adolorido del cuerpo.

15/JULIO/2000

8:30 a.m.

Se levanta tarde (hoy no va a trabajar). Desayuna con todos y expresa agrado por los alimentos.

16:00 hrs.

Salió a comer a un restaurant.

22:00 hrs.

Cena rápidamente, refiere cansancio por los ejercicios que hace en el gimnasio pero también refiere estar menos adolorido que en días anteriores.

5. EVALUACIÓN

Después de haber conseguido los objetivos planeados, como son, modificar horarios de descanso y de alimentos, modificar dietas, menús y rutinas; se platicó con la familia para involucrarlos y hacerlos participar en las nuevas conductas que el joven tendrá que llevar a cabo, después del verano, cuando vuelva al colegio, que persevere con lo aprendido, que continúe con el ejercicio físico, respetando las horas de descanso y de vigilia; creando nuevos hábitos, todos positivos para seguir con el plan inicial y poder ser totalmente independiente.

Valoré que él por si mismo después de las entrevistas y charlas al respecto de sus necesidades parcialmente afectadas, es capaz de identificar los elementos que lo harán totalmente independiente. Él mismo argumenta que gradualmente se satisficieran todas sus necesidades y que por el momento, está contento con los logros obtenidos, ya que ha notado cambios en su patrón del sueño y eliminación; casualmente, en éstas últimas semanas en las vacaciones de verano, se encuentra trabajando con horario mixto (mañana y tarde) ésto, aunado a una rutina de ejercicio físico y a que simultáneamente con el trabajo, ingresó a un gimnasio donde intenta desarrollar su musculatura, le ha ayudado notablemente.

6. PLAN DE ALTA

De los diagnósticos establecidos, 3 fueron totalmente modificados y hasta el momento, parcialmente 2.

1. Dx Alteración, con la comunicación (parcialmente).
2. Dx Alteración con la alimentación (se modificó).
3. Dx Alteración con la eliminación (se modificó).
4. Dx Alteración con la alineación corporal (Parcialmente).
5. Dx Alteración con el reloj biológico (se modificó).

Los Dx 1 y 4 se irán modificando gradualmente, él se sentirá mejor y su familia también notará el cambio positivo, tanto en la comunicación que ya comienza a ser más eficaz como en la alineación corporal, por la rutina de ejercicios que lleva a cabo en el gimnasio y le obliga a mantener la espalda erguida, haremos una última evaluación en un mes, y alta.

VI. CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión que poniendo en práctica el proceso de atención de enfermería, logré modificar los hábitos y prácticas del adolescente objeto del cuidado, y poco a poco irá mejorando su calidad de vida.

Otra conclusión. Personalmente obtuve un aprendizaje importante ya que puse en práctica conocimiento, iniciativa, creatividad y emociones, lo cual considero que sea lo mas significativo.

VII. SUGERENCIAS

1°. Que se de a conocer y se difunda más el proceso enfermero como opción para titulación.

2°. Que en el último semestre de la carrera de Licenciadas en Enfermería, se imparta como materia el proceso enfermero.

3°. Si se va a continuar impartiendo el proceso enfermero en seminarios como éste que nosotros llevamos, que se amplíen las asesorías ya que entre una y otra el tiempo es muy corto y teniendo en cuenta que trabajamos, el tiempo no rinde como quisiéramos.

BIBLIOGRAFÍA

- BERMEJO Ceja Carlos.** Introducción a la Enfermería. Enfermería Fundamental I. 4ª Edición. Editorial INTERNACIONAL Mc Graw-Hill 1993.
- COLLIERE Marie Françoise.** Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de Enfermería. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. 1993
- CORNER, Sharon S.** Modelo del sistema conducta Dorothea E. Jhonson en Modelos y teorías de enfermería 3ª Ed. Edito. Mosaby- Doyma, Barcelona España 1988.
- DONAHUYE M. Patricia.** La Enfermería, la condición del arte. En historia de la Enfermería. Editorial Doyma. Barcelona. 1998.
- HENDERSON Virginia.** La naturaleza de la enfermería. Reflexiones. 25 años después. Madrid. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 1994.
- JAIMESON, Sewal, Suhrie, Maza Brito.** Historia de la enfermería 6ª edición. interamericana, S. A. 1968.
- KOZIER Barbara.** Enfermería Fundamental Editorial Interamericana. México. 1994.

MARRIER Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid Doyma. 1996.

MARRINER Tomey Ann. Introducción y análisis de las teorías de la Enfermería.. Teorías y modelos. 1998.

MARTINEZ Y MARTINEZ R. La salud del niño y del adolescente. 3ª edición. 1995. J.G.H. Editores.

PAPALIE DIANE E., Sally Wendkos Olds, Psicología del desarrollo. 7ª edición. Mc Graw Hill 1998.

PHANEUF Margot. Las necesidades fundamentales, según el enfoque de Henderson. En cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería Editorial Mc Graw-Hill. Madrid. 1993.

STEVENS b. J. Nursing Theory, analysis, aplicacion, evaluation ¿What is nursing theory? Chapter I; Traducido por, Lic. Luis Zamarrón Mata, Boston Toronto 1984.

VAZCONCELOS M. T. Compilación de la evolución histórica de la enfermería 1PN; México 1986.

ANEXOS

Se incluyen los instrumentos utilizados para la aplicación del proceso.

1. Formato de valoración. Lleno y vacío.
2. Cuadro de conclusión diagnóstica $\left(\begin{array}{c} I \\ P \\ D \end{array} \right)$
3. Plan de cuidados.
4. Dietas y menús.
5. Hoja de registro.

CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA.

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1. Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2. Nutrición/ hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3. Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4. Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5. Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7. Termorregularización	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8. Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
9. Evitar peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

10. Comunicarse	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
11. Vivir según sus creencias y valores	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
12. Trabajar y realizarse	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
14. Aprendizaje	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____

❖ (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

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 sin alteración.

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con
respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando 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: _____
Trastornos digestivos: _____
Intolerancia alimentaria/alergias: _____
Problemas de la masticación y deglución: _____
Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____
Membrana mucosa hidratada/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 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: _____

d) termorregulación

Subjetivo:

Adaptación 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 deambulación: _____

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: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿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:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

c) necesidad de higiene de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de la manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limite sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Dolor corporal: _____

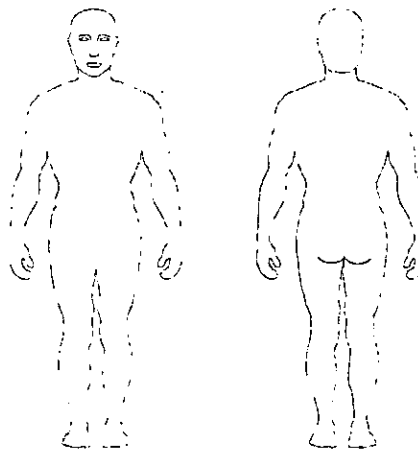
Halitosis: _____

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 de salud recomendados? _____
Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____
Condiciones del ambiente en su 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: _____
Preocupación/estrés: _____ Familiares: _____
Otras personas que pueden ayudar: _____
Rol en la estructura familiar: _____
Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas: _____
Cuánto tiempo pasa solo: _____
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 religiosos): _____

¿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: _____ Cuánto 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/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

Otros: _____

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

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

¿Existen recursos en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿Su estado de ánimo es áptico/aburrido/participativo?: _____

Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿Sabe cómo utilizar esta fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA.

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1. Oxigenación	I	X
	PD	
	D	
2. Nutrición/ hidratación	I	
	PD	X
	D	
		Alteración con la alimentación Rel. Con selección de alimentos Manif. por rechazo a frutas. Obj: mencionar las ventajas de una buena Alimentación y que lo acepte.
3. Eliminación	I	
	PD	X
	D	
		Alteración con la evaluación R/C. Poca ingesta de frutas y verduras. M/P heces duras c/2días Obj. Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra.
4. Moverse y mantener una buena postura	I	
	PD	X
	D	
		Alteraciones en la alineación corporal R/C.: pie plano y alta estatura (crec.rápido) MP.Mala postura, cansancio si está mucho tiempo de pie Obj. Concientizar la imagen, ejerc. Moderado
5. Descanso y sueño	I	
	PD	X
	D	
		Alteración con el reloj biológico R/C. horarios invertidos de sueño y vigilia M/P Cansancio matutino e irritabilidad Obj. modificar los horarios poco a poco
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I	X
	PD	
	D	
7. Termorregularización	I	X
	PD	
	D	

8. Higiene y protección de la piel	I	X	
	PD		
	D		
9. Evitar peligros	I	X	
	PD		
	D		
10. Comunicarse	I		Alteraciones en la comunicación
	PD	X	R/C.Su rol en la estructura familiar
	D		M/P. indisciplina ocasional.
			Obj. Conversar e influir en las ventajas de ser el menor.
11. Vivir según sus creencias y valores	I	X	
	PD		
	D		
12. Trabajar y realizarse	I	X	
	PD		
	D		
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I	X	
	PD		
	D		
14. Aprendizaje	I	X	
	PD		
	D		

❖ (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Armandin Edad: 15 a. Peso: 70 kg. Talla: 1.78m.
Fecha de nacimiento: 30/03/85 Sexo: Masculino Ocupación: Estudiante
Escolaridad: Secundaria Fecha de admisión: _____ Hora : _____
Procedencia: _____ Fuente de información: Obs. familiar, maestra, amigos
Fiabilidad: (1-4) 4 Miembro de la familia/persona significativa: Sus padres

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

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

a) Oxigenación. Sin alteración

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con
Respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando 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: Consciente

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Normal

Circulación del retorno venoso: Normal

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación.

Carnes frías, cereales, leche c/chocolate, galletas, queso.

Subjetivo:

Dieta habitual(tipo) Hiperproteica(frutas,verd.pocas) Número de comidas diarias: 5
Trastornos digestivos: Estreñimiento frecuente
Intolerancia alimentaria/alergias: No toma agua solo
Problemas de la masticación y deglución: Mastica y deglute muy rápido
Patrón de ejercicio: Hace deporte basquetbol

Objetivo:

Turgencia de la piel: Buena
Membrana mucosa hidratada/secas: Hidratado
Características de uñas/cabello: Uñas de los pies enterradas (en tratamiento)
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Buenos

Aspecto de los dientes y encías: Dientes completos, simétricos, manchados de blanco(en tratamiento)
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No

Otros: _____

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua cada 2 días Características de las heces, orina y
Menstruación: Heces duras y grandes, orina normal (a chorro fuente, am. Claro).

Historia hemorragias/enfermedades renales/otros: _____
Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____
Dolor al defecar/menstruar/orinar _____
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No

Objetivo:

Abdomen/características: Plano y blando

Ruidos intestinales: Normales
Palpación de la vejiga urinaria: Normal

Otros: _____

d) termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Adecuada pero le desespera el calor acentuado.
Ejercicio/tipo y frecuencia: Basquetbol 5 veces por semana
Temperatura ambiental que le es agradable: Templada

Objetivo:

Características de la piel: Integra, tez morena color bronceado
Transpiración: Adecuada según el clima
Condiciones del entorno físico: Usa ventilador, toma bebidas frías, ropa ligera, come ensalada y
Carnes frías
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: Dx alteraciones en la alineación corporal

Capacidad física cotidiana: Buena, se mueve con agilidad y tiene fuerza muscular
Actividades en el tiempo libre: Computación (chatear) T. V. Y salir con amigos
Hábitos de descanso: De día y de noche
Hábitos de trabajo: De noche y de día

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Buena, tiene mucha fuerza.
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad Buenas
Posturas: Camina desgarbado debido a sentirse cómodo
Ayuda para la deambulaci3n: No
Dolor con el movimiento: No
Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Consciente
Estado emocional: Variable: a veces se encierra en su recamara
Otras: Veces convive en la rec. de sus padres, le gusta que lo acaricie su mamá en la cabeza, cuello y
Espalda.

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: A las 24 horas Horario de sueño: 5-18 hr. o a 6 hrs.
Horas de descanso: 9 Horas de sueño: 8
Siesta: Si Ayudas: No
¿Padece insomnio?: No
A qué considera que se deba: _____
¿Se siente descansado al levantarse? No, porque tiene invertidos los horarios

Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Tranquilo y orientado
Ojeras: No Atención: Buena Bostezos: Si Concentración: Buena
Apatía: Si Cefaleas: No frecuente
Respuesta a estímulos: Buena le estimulan; las fiestas, los viajes
Otros: Ir de compras y adquirir buena ropa, tenis. También ir a buenos restaurantes

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Si
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si, selecciona con mas cuidado la ropa cuando la ocasión de diversión es llamativa ó esperada por él.
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? Si (a veces) cuando elige algo costoso, como un traje y sus accesorios (cinturón, corbata, etc.)

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si (cholo) cuando es ropa casual
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse Buena, pero es desordenado, de ja la ropa en el piso
Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____
Siempre bien vestido para cada ocasión usa lociones caras

e) necesidad de higiene de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: 1 vez al día

Momento preferido para el baño: En la mañana

Cuántas veces se lava los dientes al día: Dos veces o tres

Aseo de la manos antes y después de comer: Si Después de eliminar Si

¿Tiene creencias personales o religiosas que limite sus hábitos higiénicos? No

Objetivo:

Aspecto general: Bueno

Olor corporal: Agradable, usa lociones buenas

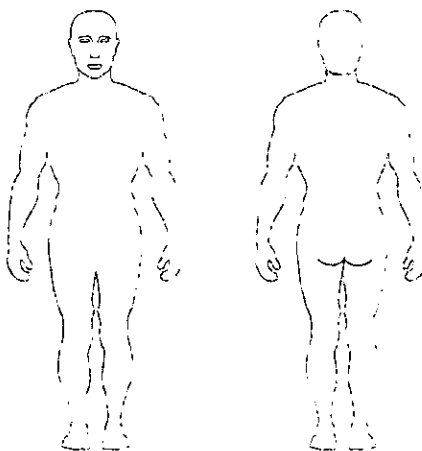
Halitosis: No

Estado del cuero cabelludo: Bueno, pelo corto y ala moda

Lesiones dérmicas, qué tipo: No

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: Le da mucha importancia a la higiene y el buen olor corporal, usa talco desodorante en sus zapatos y aerosol en las axilas. Tiene comportamientos competitivos de estatus con sus amigos y compañeros.



d) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Padres y hermanas

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Nervioso

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Algunas
En el hogar Si, no usar punzocortantes ni fuego
En el trabajo Si
¿Realiza controles de salud recomendados? No
Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: Con molestia

Objetivo:

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Favorables, se siente orgulloso de su casa
Trabajo: Escuela: hay calor y mosquitos
Otros: Pasa mucho tiempo en su cuarto, donde tiene aparatos electrónicos que lo entretienen: T. V., grabadora y compac disc, computadora con internet, teléfono.

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: Soltero Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupación/estrés: Escolares Familiares: Ocasional

Otras personas que pueden ayudar: Sus padres

Rol en la estructura familiar: Hijo y hermano

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: No, es reservado

Cuánto tiempo pasa solo: 2 hrs. de 19 a 21 hrs.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Tiene muchas fiestas, es sociable,

Frecuentemente invita amigos a la casa y también va a otras casas

Objetivo:

Habla claro: Si Confusa: _____

Dificultad en la visión: No Audición: No

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Adecuadas (casi siempre) discute con la 2ª de sus hermanas.

Otros: Maneja mucha información de cultura general y la aplica constantemente (su maestra), le gusta hablar en público, que le escuchen habla inglés, se relaciona mejor con su hermana mayor y son amigos.

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Catolicismo

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? No

Principales valores en su familia: Justicia, verdad, el amor, la honestidad

Principales valores personales: El poder, la salud, el dinero

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: A veces, casi siempre

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religiosos): Ninguno

¿Permite el contacto físico? Si, saluda de beso a las mujeres y con la mano a los hombres

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?
Va a misa reza todas las mañanas y cuando tiene una necesidad ora.

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: No, estudia Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 7 hrs.

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

¿Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega?: Si, tiene relaciones armoniosas con todos los miembros de la familia pero discute con la 2ª hermana, sin embargo también se llevan bien salen juntos a divertirse a la disco.

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
Variable según la ocasión, tiempo y espacio.

Otros: (circunstancias) se molesta y lo expresa cuando se le ponen horarios estrictos para llegar a la casa por la noche.

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ver T.V., internet, amigos, salir al cine, cenar, nadar

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: En algunas: sueño, estado anímico

¿Existen recursos en alguna actividad lúdica o recreativa?: Si, va al cine, a cenar, de paseo con sus amigos

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Si, fútbol (Tae Kwan do)

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Integro

¿Rechaza las actividades recreativas?: No, al contrario, las disfruta mucho

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Participativo y apático al mismo tiempo depende del momento

Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Nivel de educación: Secundaria

Problemas de aprendizaje: Disciplina y distracción ha tenido algunas llamada de atención escolares

Limitaciones cognitivas: No Tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: Por computación

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: Si, utiliza muy frecuentemente el Internet

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: Lo cree necesario para el aprendizaje y la recreación

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Si planea estudiar medicina humana con Especialidad en cardiología

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Bueno

Órganos de los sentidos: Completos y funcionales

Estado emocional/ansiedad/dolor: Depende de la situación

Memoria reciente: Buena

Memoria remota: Buena, menciona anécdotas de su niñez

Otras manifestaciones: _____

ANEXO 4

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
<p style="text-align: center;">DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 2 Huevos c/jamón ❖ Café con leche. ❖ Pan con mantequilla (integral) ❖ Bisquet con mermelada 	<p style="text-align: center;">DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Waffles c/miel y mantequilla. ❖ Malteada de chocolate. 	<p style="text-align: center;">DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Omelet con queso, pan tostado c/mantequilla, ❖ Pay integral de limón. 	<p style="text-align: center;">DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cereal c/leche y fresas 	<p style="text-align: center;">DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sincronizadas, salsa. ❖ Malteada de chocolate. 	<p style="text-align: center;">DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Taquitos de pollo. ❖ Yoghurt ❖ Malteada.
<p style="text-align: center;">COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Crema de queso. ❖ Pechuga de pollo empanizada c/ensalada. ❖ Coctel de frutas(luvas, kiwi, fresas, duraznos y cereza en almibar). ❖ Agua de jamaica. 	<p style="text-align: center;">COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hamburguesa con queso y papas a la francesa. ❖ Mango en cuadritos con rompopo. ❖ Limonada. 	<p style="text-align: center;">COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Carne asada con guacamole., frijoles y tortillas. ❖ Fresas c/crema. ❖ Naranjada. 	<p style="text-align: center;">COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lasagna con champiñones, ensalada de lechuga, pepino y zanahoria. ❖ Pay de manzana ❖ Naranjada. 	<p style="text-align: center;">COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Verduras al vapor c/mantequilla, filete de pescado empanizado. ❖ Limonada. ❖ Helado de vainilla. 	<p style="text-align: center;">COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pollo pibil, arroz c/verduras. ❖ Pay de queso. ❖ Agua de jamaica.
<p style="text-align: center;">CENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Quesadilla c/tortilla de harina. Salsa ❖ Malteada de chocolate. ❖ Brawny. 	<p style="text-align: center;">CENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pozole. ❖ Refresco. ❖ Helado napolitano. 	<p style="text-align: center;">CENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sandwich de pollo c/mayonesa. ❖ Malteada de chocolate. 	<p style="text-align: center;">CENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tamales de pollo con chipilin. ❖ Atole de fresa. 	<p style="text-align: center;">CENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hot cakes con miel de maple y mantequilla. ❖ Chocolate c/leche. 	<p style="text-align: center;">CENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sandwich integral de jamón y queso. ❖ Malteada.

Tomar 2 ó 3 vasos de agua entre comidas.

Domingo = Generalmente come fuera e casa.