



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

---

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN NIÑO CON  
DIAGNÓSTICO DE ALTERACIÓN DE LA PIEL RELACIONADO CON SITUACIÓN DE  
CALLE.**

Que para obtener el título de Licenciada en Enfermería

PRESENTA

IRMA LÓPEZ DE SANTIAGO

No. De Cuenta 41115127-6

DIRECTORA DEL TRABAJO

D. C. E. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS

CDMX, 2017





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.

## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	06
2.-JUSTIFICACIÓN	07
3.-OBJETIVOS	08
3.1.- Objetivo General	08
3.2.- Objetivo Específico	08
4.- MARCO TEÓRICO	09
4.1.- Concepto del niño de la calle	09
4.2.- Población de niños de la calle en México	10
4.3.- Causas por las que un niño sale a la calle	11
4.4.- Principales daños a la salud	12
4.4.1.- Enfermedades trasmisibles	12
4.4.2.- Morbilidad en México	13
4.4.3.- Causas de movilidad	14
4.4.4.- Escolaridad por sexo	14
4.4.5.- Causas de abandono del hogar	15
5.- TEÓRICAS	19
5.1.- Modelo de Virginia Henderson	19
5.1.1.- Antecedentes de Virginia Henderson	19
5.1.2.- Fuentes teóricas	21
5.1.3.- Supuestos teóricos	22
5.2.- 14 Necesidades de Virginia Henderson	25
5.2.1.- Afirmaciones teóricas	28
5.2.2.- Relación Enfermera - Paciente	28
5.2.3.- Relación Enfermera - Médico	30
5.2.4.- La Enfermera como miembro del equipo sanitario	30

6.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	31
6.1.- Antecedentes del proceso de atención de enfermería	31
6.1.1.- Conceptos	31
6.1.2.- Objetivos	32
6.1.3.- Beneficios de utilizar el proceso	32
6.1.4.- Etapas	33
6.1.4.1.- Valoración	33
6.1.4.2.- Recogida de datos	34
6.1.4.3.- Diagnóstico	35
6.1.4.4.- Planeación	38
6.1.4.5.- Ejecución	41
6.1.4.6.- Evaluación	42
7.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	43
8.- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	46
9.- VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS	47
10.- JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	53
11.- PLAN DE CUIDADOS	54
12.- CONCLUSIONES	68
13.- GLOSARIO	70
14.- BIBLIOGRAFÍA	72
15.- ANEXOS	77

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios la vida.

A mis padres y hermanos.

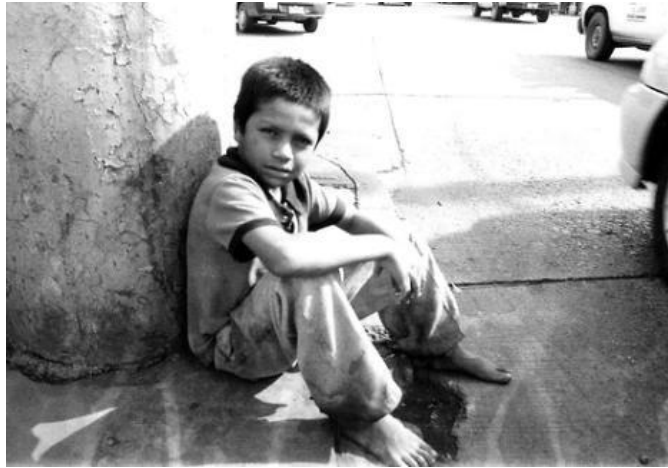
A mi Congregación de Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que me ha formado y en la que me han dado ejemplo de servicio y coherencia evangélica para mi vida.

A mis maestros que me han compartido sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi carrera.

A mis amigos que me han sostenido y me han dado ejemplo de entrega y dedicación, quiero hacer mención especial del Hermano Marcelino Cárdenas C.M., de Laura Ríos, Angélica Trujillo Méndez, Juanita García Ortega y tantos otros, que han visto más allá de un rostro sucio y ropas andrajosas, a personas con una gran dignidad de Hijos de Dios y sobre todo han creído en ellos.

Mi trabajo es realizado con infinito agradecimiento a mis hermanos los más pequeños, donde sin duda se manifiesta el rostro sufriente de Cristo, estos pequeños, pero grandes ante los ojos de Dios, a quienes les ha tocado vivir una experiencia de vida muy compleja; decir difícil es poco, prefiero decir especial, ya que el título nos lleva a imaginar lo complejo que debe ser vivir despojado de todo.

Son ellos, los niños en situación de calle, quienes me han dado ejemplo de valentía y fortaleza interior para superar obstáculos y forjar en mí y en los demás, la idea de que otra vida sea posible.



“...Ellos son tus amos, amos terriblemente susceptibles y exigentes, así que, cuanto más feos y sucios sean, cuanto más injustos y groseros te parezcan. Tanto más amor deberás darles, únicamente por tu amor, solo por tu amor, te perdonaran los pobres el pan que les des”. (San Vicente de Paúl)

## 1.- INTRODUCCIÓN.

El presente proceso de atención de enfermería se realiza después de haber palpado y obtenido el conocimiento y análisis de los **Niños en Situación de Calle**, tomando el caso de un niño con un problema dermatológico causado por trabajar largas horas bajo el sol.

El proceso de atención de enfermería parte de las necesidades básicas valoradas en el caso de un niño en situación de calle, lo que permite crear estrategias de prevención con el fin de disminuir los problemas de salud que puede ocasionar la falta de recursos y también muestra lo que se puede hacer para colaborar en la vida de las personas que se encuentran en esta situación, además de que es una contribución para las instituciones que se dedican a atender a niños en situación de calle.

El proceso de Atención de Enfermería se realizó con un niño llamado Carlos, para mantener el anonimato el nombre real del niño se ha cambiado.

Carlos es originario del estado de Guerrero, pero lo encontré en las calles de Cuautla de Morelos, vendiendo chicles y limpiando parabrisas para la subsistencia de él y su familia.

En este trabajo se incluyen: Objetivos general y específicos, marco teórico en el que se describe la historia de la enfermería en México, la biografía de Virginia Henderson y su modelo, antecedentes del Proceso Atención de Enfermería, su concepto y una breve descripción de las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, dicho trabajo se realiza en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería son elaborados en formato de problema (P), etiología (E) y signos y síntomas (S). Se incluye el plan de cuidados, el plan de alta, conclusiones, glosario, referencias bibliográficas, anexos que comprenden los derechos de los niños y el plan de trabajo realizado en la Casa Hogar Juventud y Vida.

## 2.- JUSTIFICACIÓN

El cursar la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Sistema de Universidad Abierta y a Distancia, me dio la oportunidad de crear mis propias experiencias en las asignaturas que pedían práctica.

Una de mis experiencias en la práctica fue el tener contacto con niños de la calle, por lo que surgió en mí el deseo de aplicar mis conocimientos de la profesión de enfermería en la problemática de estos seres humanos, considerando muy conveniente hacer un proceso de atención de enfermería, para saber si los conocimientos que obtuve en la carrera me permitían obtener resultados con la población que vive en situación de calle.

Con este trabajo se muestra el proceso salud enfermedad en la atención extra muros y más allá de la atención intrahospitalaria, aplicando el proceso de enfermería a una población sumamente desprotegida con una cultura específica y susceptible a adquirir enfermedades por diferentes agentes causales; me refiero a la población de niños en situación de calle, que va en aumento en las grandes urbes de México y en algunas poblaciones que se consideran pequeñas.

Más allá de requerir una atención psicológica muy importante en el proceso salud enfermedad del paciente, es necesaria también la atención de la salud física, sobre todo en los inicios del proceso de adquirir un cambio de vida en los diferentes aspectos de la persona por el tiempo que él lo requiera. El Niño en situación de calle destella compasión, pero también demanda una gran atención de quien se quiera comprometer en el proceso de salud enfermedad de su persona y de la sociedad en la que se relaciona para mejorar considerablemente su estado tanto físico, como psicológico, mental y espiritual.



### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1.- Objetivo General.**

Identificar las necesidades físicas, psíquicas y espirituales de un niño que viven en situación de calle en Cuautla de Morelos para aplicar el proceso de atención de enfermería.

#### **3.2.-Objetivos Específicos.**

- Elaborar un proceso de atención de enfermería con un niño en situación de calle que presenta problemas de desnutrición y alteraciones en la piel para lograr su salud física, su bienestar emocional y espiritual.
- Proporcionar un documento que oriente al profesional de enfermería en su trabajo con los niños que viven en situación de calle para contribuir a su transformación física, psicológica y espiritual.

## 4.- MARCO TEÓRICO

Como punto de partida es necesario aproximarse al concepto de “Niño en situación de calle”, el número y la población que existe de niños en esta situación que hay en México, también las causas por las cuales terminan en la calle y cómo esta situación genera daños a la salud, cuáles son las causas de morbilidad en México en este tipo de población analizada, la escolaridad que tienen y algunos motivos y causas por las que abandonan el hogar.

### 4.1.- Concepto de Niño en situación de calle.

“Los niños en situación de calle”, aunque no es un tema nuevo, tampoco era tema preocupante para el Estado durante el siglo XX; sin embargo, a partir de los inicios del siglo XXI el Estado comienza a preocuparse por la situación de estos niños. Debido a ello no existía en forma definida lo que es un “Niño en situación de calle”. En la actualidad tampoco se encuentra un concepto bien delimitado de lo que es **Niño en situación de calle**, aunque sí, el afán de construirlo.

Nos parece adecuado definirlo como: “Un ser humano que deambula en las calles, con una historia de vida llena de miseria, abandono, abuso, desesperación y carencia de lo mínimo indispensable, que necesita toda persona que vive en la tierra”<sup>1</sup>.

No son ellos abandonados solamente por aquellos que están supuestamente encargados de cuidarlos, ya que son demasiado pobres para proveerles lo que necesitan para poder tener una niñez normal, pero también por personas de niveles sociales más altos que consideran a estos niños un estorbo.

La miseria siempre ha estado presente en la población mundial, en algunos países se tiene un mayor número de personas en extrema pobreza que en otros.

---

<sup>1</sup> Concepto elaborado por: María del Pilar Sosa Rosas, Sor Irma López de Santiago; 4 de septiembre del 2015

Miseria es un vocablo de origen latino que significa desgracia o infortunio; es aplicable el término, a la extrema pobreza, que otorga a quien la padece. La calidad de miserable, también se aplica a la carencia absoluta de otras cosas, distintas a los medios económicos, como cuando se dice eso es parte de la miseria humana, alegando falta de valores como la falta de afecto, de generosidad, o de caridad de alguien.

En México se ha agudizado la situación de pobreza – miseria, en estos últimos años, al igual que en otros países de Latinoamérica como: Honduras, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Bolivia, por lo que estos países son propensos a mantener más población en la calle.

#### **4.2 Población de Niños de la calle en México**

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),<sup>2</sup> así como la Organización de Naciones Unidas (ONU), México ocupa el tercer lugar a nivel mundial en maltrato infantil y lejos de descender en esa posición, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), le otorga a México el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años.

En México los primeros datos de extrema pobreza en la población son de 1995 a 2005 en donde:

- El total de menores en la calle creció un 20%, a una tasa promedio anual de 6.6%.
- El rubro de niños de la calle la tasa de crecimiento fue de 81.3%.
- La actividad económica de mayor crecimiento fue la pepena.
- Se reconoce la existencia de niños dedicados a la prostitución.

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2013

- Los puntos de encuentro crecieron un 135.73% en este período.
- Se observa una nueva generación de niños nacidos en las calles.
- El 85.40% son varones contra el 14.60% de mujeres.
- La actividad económica característica es la nocturna a través de la mendicidad y limpia parabrisas.
- El problema es mayoritariamente adolescente: el 85.4% fluctúan entre los 12 y 17 años.
- El 75.35% proviene del Distrito Federal y Estado de México.
- El 70% consume drogas; principalmente: activo, thiner, pegamento y marihuana.
- Las principales enfermedades reportadas fueron las respiratorias con el 64%, gastrointestinales 14%, infecciones en la piel 3%, oculares 1%.
- El 49.46% tiene vida sexual activa y de ellos el 43.02% se inició entre los 7 y 14 años.
- El 11.9 % es analfabeta.
- El 40 % inicio su vida en la calle entre los 5 y 9 años, el 60% entre los 10 y 14 años.
- 44.09% fue por maltrato, 23.66% porque les gusta la calle.
- Entre los riesgos de la calle reportan: 28% maltrato por la gente y 20% extorsión por policías.
- Un 62.37% ha sido detenido por drogas, vagancia o robo.

#### **4.3.- Causas por las que un niño sale a la calle**

El origen de los niños en situación de calle es muy diverso. Las principales causas son: por la violencia doméstica, por la separación de los padres, por no ser aceptado en casa, por el abuso de los padres, familiares o sustitutos, por extrema pobreza, no tener un lugar en donde vivir, son hijos con padres poco capacitados para atender adecuadamente a los hijos; padres jóvenes inexpertos para formar y guiar una familia, hijos de jóvenes que ya de antemano viven en la calle y el menor se desenvuelve en este medio. Hay jóvenes totalmente independientes que

establecen sus propios grupos sociales, o comunidades de drogadictos dedicados al robo.

En El Caracol A.C.<sup>3</sup> Pensamos que el proceso interno de la familia, antes de expulsar a sus integrantes, está condicionado principalmente por factores de tipo socioeconómico, ya que las condiciones económicas de la familia, la obligan a involucrar a un mayor número de miembros a la economía de la misma. A continuación, un programa de una radiodifusora del D.F. “18 años de recorrido en la calle” muestra una entrevista a jóvenes que viven en la calle.



#### 4.4 Principales daños a la salud.

##### 4.4.1.- Enfermedades transmisibles.

El hecho de estar en la calle, les hace una población vulnerable ya que están expuestos a adquirir enfermedades varias.

<sup>3</sup>El Caracol A. C. [Estación de radio] México D.F.

El CARACOL. [Base de datos en línea]. Ciudad de México, D.F.

Efectos del abandono 18/ 12/ 2012 [14 de junio 2016] URL disponible en: <http://www.codigoradio.cultura.df.gob.mx/index.php/nos-llaman-calle/11278-el-caracol-ac-18-anos-recorriendo-las-calles>

<b>ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	<b>ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>
IRAS	Heridas
Infección de vías urinarias	Fracturas
Vaginitis	Luxaciones
EDAS	Apendicitis
Conjuntivitis	Colelitiasis
Enfermedades gastro intestinales	Hipertensión Arterial
Enfermedades de transmisión sexual	Control Prenatal
VIH	Intoxicación
	Asma
	Traumatismos Craneoencefálico

#### 4.4.2.- Morbilidad en México de los Niños de la Calle.

<sup>4</sup>Tabla 4 sitios y procedencias

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>% parcial</b>	<b>% acumulado</b>
Distrito Federal	34	33.7	33.7
Veracruz	11	10.9	44.6
Puebla	10	9.9	54.5
Estado de México	10	9.9	64.4
Oaxaca	5	5.0	69.4
Guerrero	4	4.0	73.4
Hidalgo	4	4.0	77.4
Michoacán	3	3.0	80.4
Otros Estados	12	11.8	92.2
Sin respuesta	8	7.9	7.8

<sup>4</sup>UNICEF EN MÉXICO. Violencia y maltrato. Base de datos en línea. México Protección de la niñez en México noviembre 2016 [3 de mayo de 2017]. disponible: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion\\_6931.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6931.htm)

Total	101	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

#### 4.4.3.- <sup>5</sup> Causa de morbilidad.

Motivo de Consulta	Número de Casos	Porcentaje
Fracturas y traumatismos	15	16.7
Infecciones respiratorias	13	14.4
Parasitosis	8	8.9
Caries	7	7.8
Vulvovaginitis	6	6.7
Embarazo	6	6.7
Alteraciones neurológicas	6	6.7
Enfermedades de transmisión sexual	5	5.6
Infecciones de piel	4	4.4
Infecciones urinarias	4	4.4
Alteraciones psicósomáticas	3	3.3
Hernia inguinal	3	3.3
Miopía	3	3.3
Infecciones gastrointestinales	2	2.2
Desnutrición	1	1.1

#### 4.4.4.- Escolaridad por sexo

Sexo	Núm.	Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de variación
Fem	64	5.20	1.9	38%
Masc	27	5.20	1.9	38%

<sup>5</sup> ARCO IRIS DE ESPERANZA. [base de datos en línea]. Sede Internacional y EE.UU." Niños de la Calle" fecha: Actualizada: 07-02-2015[septiembre del 2016]URL disponible en: [http://rainbows.wecspain.org/roh/html/body\\_ninos\\_de\\_la\\_calle.html](http://rainbows.wecspain.org/roh/html/body_ninos_de_la_calle.html).  
[http://rainbows.wecspain.org/roh/body\\_index.html](http://rainbows.wecspain.org/roh/body_index.html)

#### 4.4.5.- <sup>6</sup>Causas de abandono del hogar

Las causas de abandono del hogar son variadas, aunque prevalece el hecho de pertenecer a una familia desintegrada y maltratadora. Un artículo menciona que el 60% de los niños expulsado a la calle son entre los 10 y 14 años de edad<sup>7</sup> y que empezaron a vivir en la calle de los 4 a los 9 años el 40 % restante.

<b>Causas de Abandono</b>	<b>sexo femenino</b>	<b>sexo masculino</b>
Maltrato físico por el padrastro	5 (5.0%)	8 (7.9%)
Maltrato físico por ambos padres	0	7 (6.9%)
Maltrato físico por la madre	1 (1.0%)	7 (6.9%)
Maltrato físico por el padre	2 (2.0%)	3 (3.0%)
Maltrato físico por la madrastra	0	2 (2.0%)
Maltrato físico por los tíos	1 (1.0%)	1 (1.0%)
Maltrato físico y alcoholismo de padres	2 (2.0%)	7 (6.9%)
Maltrato físico y alcoholismo por ambos padres	4 (4.0%)	0
Maltrato físico y alcoholismo por el hermano	0	3 (3.0%)
Discusión entre padres	2 (2.0%)	5 (5.0%)
Abuso sexual y violación por el padrastro	5 (5.0%)	1 (1.0%)
Para vivir la vida	2 (2.0%)	5 (5.0%)
Por orfandad	0	4 (4.0%)
Mala situación económica	0	1 (1.0%)
Imitación del hermano	0	1 (1.0%)
No responden	11 (10.9%)	11 (11.0%)
<b>Totales</b>	<b>35 (34.7%)</b>	<b>66</b>

Existen instituciones que buscan el cambio de vida de los niños y un futuro mejor.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> UNICEF EN MÉXICO. Violencia y maltrato. Base de datos en línea. México Protección de la niñez en México noviembre 2016 [3 de mayo de 2017]. disponible: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion\\_6931.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6931.htm)

<sup>7</sup>- Méndez A.R. Noticias MVS RELI [en línea]. 30 Dic 2015. [Noviembre del 2016] conapred-97530. Disponible en <http://www.noticiasmvs.com/#!/noticias/60--de-los-ninos-de-la-calle-son-expulsados-entre-los-10-y-14-anos->

<sup>8</sup>Apadrinamiento de un niño, para que un niño se supere, UMANIUM, Juntos por los derechos de los niños. <http://www.humanium.org/es/derecho-educacion/>



#### 4.5.1 Prevención y atención a niñas, niños y adolescentes en situación de calle.

Programas impulsados por el gobierno en estos últimos años en este rubro<sup>9</sup>.

La ley general de derechos de protección de niñas, niños y adolescentes en México. D.F. en el 2014.

Se impulsa el enlace y la coordinación de esfuerzos entre los sectores públicos, privados y sociales que previenen y atienden al fenómeno de la niñez en situación de calle y sus familias, a fin de contribuir a dar solución y atención integral a mediano y largo plazo a dicha problemática.

Breve descripción del programa de gobierno:

<b>Estrategia de atención</b>	Adolescentes que han presentado situaciones de calle, esta población participa en acciones educativas, formativas, deportivas, recreativas reduciendo de este modo la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran.
<b>Retos para el ejercicio fiscal 2015</b>	1.- Ampliar la cobertura respecto al año 2014 en cantidad de instituciones de beneficencia, proyectos financiados y población beneficiada. 2.- Reducir factores de riesgo en la población beneficiada.
<b>Estrategia de Fortalecimiento Institucional</b>	
	1.- Establecimiento de criterios de evaluación de proyectos, evaluación y selección de proyectos, evaluación de proyectos financiados. 2.- Realización de una jornada de capacitación a responsables de los DIF estatales y municipales y organizaciones de la

<sup>9</sup> Programa del DIF Estatal de Puebla. Prevención y atención a niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Año 2014, Gobierno del Estado. edit. 13-06-17

<b>Principales actividades</b>	<p>Sociedad Civil sobre la operatividad de la temática de situación de calle, así como la elaboración del proyecto.</p> <p>3.- Lanzamiento de la convocatoria pública para la presentación de proyectos en tiempo y en forma.</p> <p>4.- Publicación de resultados.</p> <p>5.- Entrega de recursos a proyectos a proyectos seleccionados.</p> <p>6.- Se aprobaron 18 proyectos del Sistema DIF Municipales.</p> <p>7.- Se estableció un Comité de Contraloría Social, con la finalidad de llevar a cabo acciones de monitoreo, vigilancia y seguimiento de re otorgados.</p>
<b>Retos para el Ejercicio fiscal 2016</b>	<p>1.- Actualización del convenio para la instalación del Comité Estatal de la Temática.</p> <p>2.- Realizar capacitación a organizaciones de la Sociedad Civil y DIF Municipales en torno a temas de evaluación de impacto de Proyección Social.</p> <p>3.- Realizar reuniones de trabajo entre el comité de Contraloría social a fin de retroalimentar las acciones que esta temática realiza.</p>
	<b>Estrategia de Fortalecimiento Internacional</b>
<b>Principales actividades</b>	<p>1.- Profesionalización del personal de los SEDIF y SMDIF encargados de acciones preventivas y de atención.</p> <p>2.- Establecimiento de grupos de trabajos para la prevención y atención de la Explotación Sexual Infantil.</p>
<b>Principales resultados</b>	<p>Realización de jornadas de capacitación “Prevención de la explotación Infantil” dirigida a personal operativo del DIF Municipal que manejan programas preventivos con población vulnerable. En estas capacitaciones se abordan los siguientes temas: Trata de personas, Aspectos Legales, Personas y Migración, Factores de riesgo en el abuso sexual infantil, Acoso Sexual a través de redes sociales.</p>

	2.- Se organizó un trabajo para prevención de la explotación sexual infantil con la finalidad de promover la coordinación internacional sobre la problemática de la explotación sexual Infantil y elaborar un directorio con las instituciones participantes.
<b>Retos para el ejercicio Fiscal 2015</b>	Es necesario contemplar recursos que apoyen el fortalecimiento para la estrategia de fortalecimiento Institucional.

## **5. TEORICAS**

### **5.1.- Modelo de Virginia Henderson**

#### **5.1.1.- Antecedentes de Virginia Henderson**

Virginia Henderson nació en 1897; siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas Missouri, Henderson paso su infancia en Virginia, debido a que su Padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrollo su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Servicio de Nueva York. Se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestante Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde en el Teacher`s College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de enfermería.

En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher`s College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre proceso analítico de enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera de rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia de recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que

duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.<sup>10</sup>

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher`s Collage reescribió la 4ª edición del “Textbook of de Príncipes and Practice of Nursings” de Bertha Harmer, publicado en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y aportó una valiosa colaboración para la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto “Nursing Studies Index” subvencionado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto “Basic Principles of Nursing Care” fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras” en 1960 su libro “The Nature of Nursing” se publicó en 1966 y en él define su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. Este libro fue impreso en 1991; en 1978 publica la 6ª edición de “The Principles and practice of Nursing”. En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer “Chistiane Reimann Award”. En Barcelona se le nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona<sup>11</sup>.

También recibió el premio Mary Adelaide y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing. En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1966 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue

---

<sup>10</sup> Marriner A.R. Modelos y Teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999 p.99

11.- Marriner A.R. Modelos y Teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999 p.99

ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de enfermería en todo el mundo<sup>12</sup>.

Virginia Henderson en su libro “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias.

El modelo de Virginia Henderson está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y según Meléis (1997) se incluye dentro de las escuelas de necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es la de basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow) para conceptualizar a la persona y la segunda característica cómo es que, lo que las impulsó a desarrollar sus modelos fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.

### **5.1. 2.- Fuentes teóricas**

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The principles and practice of Nursing*; de Harmer y Henderson. Hubo tres factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería. En primer lugar, en 1939 había revisado *Textbook of the principles and practice of Nursing* e identificó este texto como su trabajo, como una fuente que le permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de las enfermeras.

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo dentro del comité fue incluido en el informe de 1948 de Esther Lucille Brown, *Nursing for the Future*. Henderson señaló que aquel informe reflejaba su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo. Finalmente Henderson

---

<sup>12</sup>Rodrigo T, Fernández F, Navarro G. V. de la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2º ed. Barcelona: Masson, 2000 p. 53.

se interesó por los resultados de cinco años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó al respecto dicha asociación en 1955.

Henderson definió enfermería en términos funcionales: la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible<sup>13</sup>.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya meta y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

### **5.1.3.- Supuestos teóricos.**

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluían en su teoría dentro de la meta paradigma. Sin embargo, de sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.<sup>14</sup>

#### **Enfermería**

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado.

---

13.-Rodrigo Ma TF, Fernández F C, Navarro G V, de la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000 p. 53.

<sup>14</sup>Rodrigo T, Fernández F, Navarro G. V. de la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000 p. 53.

- Henderson subrayó que la enfermera puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así, si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera. Henderson resalta especialmente ese punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing:
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

### **Persona**

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades de la persona están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

### **Salud**

- La salud es calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Las personas tienen capacidades y recursos, reales y potenciales, que le permiten buscar la satisfacción de sus necesidades de forma continua para mantener un estado óptimo de salud y lograr su independencia: es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas; es decir llevar a



cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a:

- a) Falta de fuerza. La fuerza no sólo es capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad para llevar a cabo las acciones propias de una situación, lo cual es determinado por el estado emocional, las funciones psíquicas y la capacidad intelectual, entre otros.
- b) Falta de conocimientos. En relación con cuestiones esenciales sobre la salud y la enfermedad y sobre los recursos disponibles.
- c) Falta de voluntad. Comprendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en la ejecución y mantenimiento de acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La dependencia puede ser total, parcial, temporal o permanente<sup>15</sup>.

### **Entorno**

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

---

<sup>15</sup> Moran A. V. Proceso de Enfermería, uso de los lenguajes NANDA, NIC Y NOC México ed. trillas 3ra edición. 2012

- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Considera que se tienen 14 necesidades básicas que comprenden los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y efectivos.

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas de la persona que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería. Estas necesidades son las siguientes:<sup>16</sup>

## **5.2.- 14 Necesidades de Virginia Henderson**

### **1. Respirar normalmente.**

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.

### **2. Comer y beber en forma adecuada.**

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad, en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

### **3. Evacuar los desechos corporales.**

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la expiración pulmonar.

---

<sup>16</sup> Marriner T. Modelos y Teorías en enfermería. Madrid; Harcourt Brace. 1999

#### **4. Moverse y mantener una postura adecuada.**

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

#### **5. Dormir y descansar.**

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevar a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

#### **6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).**

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias, para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimientos.

#### **7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.**

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Esto debe conservar una temperatura más o menos constante.

#### **8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.**

Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que hasta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

#### **9. Evitar los peligros dentro del entorno y evitar dañar a los demás.**

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de la agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

**10. Comunicarse con los demás expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.**

La necesidad de comunicarse es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

**11. Actuar con arreglo a la propia fe.**

Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

**12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.**

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

**13. Disfrutar o participar de diversas formas de entrenamiento.**

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

**14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal y acudir a los centros sanitarios disponibles.**

Aprender es adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

Aunque no está claramente explícito en los escritos de Virginia Henderson se deduce que, para ella el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose con las restantes, de tal modo, que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás, constituye la negación de la totalidad de la persona.

### **5.2.1.- Afirmaciones teóricas**

El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el paciente. En efecto, resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de los cuidados y la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con el paciente. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, de comprensión empática, de autenticidad y de consideración positiva.

### **5.2.2.- Relación enfermera-paciente.**

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que va desde una relación muy dependiente a la práctica independiente<sup>17</sup>:

1. La enfermera como una sustituida del paciente.
2. La enfermera como un auxiliar del paciente.
3. La enfermera como una compañera del paciente.

---

17 Morán AV, . Proceso de enfermería, uso de lenguaje. NANDA, NIC Y NOC. México D.F. 3ª Edic. Trillas. 2012

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias de la persona para ser un ser completo “íntegro” o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflejó ese punto de vista al declarar que la enfermera es: temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla, etc.

En los estados de la convalecencia, la enfermera socorre a la persona para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que “Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma”.

Como compañeros, la enfermera y la persona formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Henderson opinaba que “en cada situación, las enfermeras que conocen las relaciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles”.

La enfermera y la persona siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana de la persona, “lo más normal posible”. Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señala que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud, que preparando los terapeutas más especializados para que le ayuden en los momentos de crisis.

### **5.2.3.- Relación enfermera-médico**

La enfermera tiene una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y la persona, debe aplicarse de forma que se promueve al plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que cuestionaban la filosofía de que los médicos dan órdenes a las personas y a los empleados sanitarios. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda a la persona a manejar su salud cuando no se dispone de los médicos. Asimismo, indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan.

### **5.2.4.- La enfermera como miembro del equipo sanitario**

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no debe relajar las tareas ajenas. Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no puede llevar a cabo dentro de su función especializada.

## **6.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **6.1.- Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería.**

El Proceso de Atención de Enfermería tiene su origen cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbeach (1963), fueron las primeras que utilizaron para referirse a una serie de frases que describen el proceso de enfermería. Consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planeación, realización y evaluación); y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Como un método, el proceso configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquiere más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA). Publico la Standars of Nursing. Práctica que describen las cinco fases del proceso de Enfermería: valoración diagnóstica, planeación, ejecución y evaluación.

En 1973 el proceso de Atención de Enfermería es defendido a nivel mundial, el consejo Internacional de enfermeras la aceptan y la hacen llegar a diferentes países; en Estados Unidos, las enfermeras se centran en trabajar los diagnósticos de Enfermería, dando lugar a que en 1982 se creara la NANDA. (North American Nursing Diagnosis Asociación).

#### **6.1.1.- Concepto**

Según Rosalinda Alfaro (1994), es un método sistemático y organizado de administrar cuidados humanísticos eficientes centrados en el logro de resultados esperados.



El proceso de Enfermería es la aplicación de la científica de los problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona y si este estado cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija de nuevo para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida de la persona, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible<sup>18</sup>.

### **6.1.2.- Objetivo**

El Objetivo principal del Proceso de Enfermería es identificar el estado de salud de la persona, los problemas reales o posibles de salud, establecer unos planes para atender las necesidades que pueden identificar y determinar las intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades.<sup>19</sup>

De acuerdo con Iyer es proporcionar un sistema dentro del cual se puede cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y de la comunidad.

### **6.1.3.- Beneficios de utilizar el proceso de enfermería.**

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- Impide comisiones y repeticiones innecesarias.

---

<sup>18</sup> Yura y Walsh 1967. PAE.pdf Tres etapas (valoración, planeación y ejecución), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación). 07/ 2013. Disponible:mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/

<sup>19</sup> Iyer, PW, Bernochi .de Proceso y Diagnostico de enfermería 3ª ed. México Graw Hill interamericana; 1997. P. 11.

- Se centra en las respuestas humanas únicas del universo.
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Otro estimula la participación del paciente.
- Aumenta la satisfacción de las enfermeras ante la consecución de resultados.

#### **6.1.4.- Etapas**

Como todo proceso desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona a la siguiente.

Estas etapas son cinco, cada una de las cuales contiene a su vez, diversos pasos:

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

##### **6.1.4.1.- Valoración**

La primera fase del proceso de enfermería es la valoración, antes que la enfermera pueda planear los cuidados que brindara al paciente, debe identificar y definir los problemas de dicho paciente.<sup>20</sup>

Consta de cuatro pasos:

Recogida de los datos, validación, organización y registro de datos.

---

<sup>20</sup> Ann M T, Raile MA, Modelos y teorías en enfermería, Séptima edición Elsevier. Estado Carolina del Norte

### 6.1.4.2. Recogida de datos

Proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

1. Antecedentes o actuales, según pertenezcan al paso del presente.
2. Objetivos o subjetivos: los primeros son observables y se obtienen básicamente a través del examen físico, los segundos se refieren a ideas sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
3. Generales o focalizados: Ya se trate de información básica sobre todo los aspectos relevantes del estado de salud y situación de cada usuario.

Las fuentes para obtener los datos son varias y entre ellas la principal es el propio usuario al que cabe añadir la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

**Los métodos para obtener la información requerida son: la entrevista la observación y el examen físico.**

- **Entrevista:** Es un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.
- **Observación:** Consiste en el uso sistemático de la vista, el oído y el olfato, para reunir información sobre el usuario la familia y personas allegadas.
- **Examen físico:** La valoración física ya sea cefalocaudal o por órganos aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: inspección, palpación percusión y auscultación.
  - 1.- Inspección o auscultación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, cimeria, etc.
  - 2.- Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer

su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

3, - Percusión y golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos

4.- Auscultación o escucha de los sonidos producidos oír los órganos corporales puede ser directa aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta mediante el uso de estetoscopio.

- **Validación de datos:** Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas.
- **Organización de datos:** es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida Y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.
- **Registro de datos:** Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso es muy importante para reformular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

#### **6.1.4.3- Diagnóstico**

Es la segunda etapa del proceso, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente.

Las enfermeras emplean un proceso de razonamiento denominado diagnóstico enfermero para generar un enunciado del estado de salud del paciente.

El diagnóstico de enfermería es un juicio crítico sobre las respuestas del individuo la familia o la comunidad a problemas de salud, proceso vitales o

potenciales. Proporcionar la base para proporcionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.

Esta etapa del proceso utiliza habilidades del pensamiento crítico para orientar los datos de la valoración e identificar e interpretar los factores relacionados a los problemas del paciente.

Carpenito, sostiene que, en su práctica, las enfermeras se enfrentan a dos tipos de problemas; los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes.

Los diagnósticos de enfermería son problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería. Se considera como actividad independiente toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Carpenito define un problema interdependiente como un problema real o potencial que puede aparecer como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería.<sup>21</sup>

### **Análisis de datos y elaboración de datos de enfermería e hipótesis.**

Se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales. A continuación, se agrupan los datos relevantes o claves entre los que parece existir algún decir se hace inferencias.

---

<sup>21</sup> Juall L.C. Manual de diagnósticos de enfermería, 14 edición ed. Wotersk. Pág. 126

Finalmente, la interpretación e interrelación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone.

- 1.- Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración).
- 2.- Problemas reales o de riesgo que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).

### **Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud.**

1.- **Diagnóstico real:** describe respuestas humanas a procesos vitales, estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula "relacionado con" (r/c) y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase con (manifestado/ por).

2.- **Diagnóstico de riesgo:** Describe respuestas humanas a estados de salud, procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo familia o comunidad vulnerables.

Al escribirlo debe anteponerse la frase: riesgo de, y se aconseja el formato en dos partes:

Problema r/c factor de riesgo (causa).

3.- **Diagnóstico de salud:** Describe respuestas humanas en un individuo, familiar o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior.

Este tipo de diagnóstico tiene un sólo componente:  
Situación de salud a mejorar.

El diagnóstico de enfermería permite que la enfermera identifique los problemas de la persona y la manera de registrarla de forma documental, es por medio del formato PES. Gordon 1976 sugirió el uso del formato PES consciente de la importancia de que todo diagnóstico de enfermería constara de tres componentes:

- 1.- (P) Problema.
- 2.-(E) Etiología utilizando las palabras” en relación a “
- 3.-(S) Signos y síntomas características definitorias que son evidentes en el paciente utilizando la palabra “manifestado por “

El formato PES permite que el profesional de enfermería tenga una mayor seguridad en la redacción de los diagnósticos de enfermería.

#### **6.1.4.4.- Planeación**

Comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en la persona.

Esta etapa consta de diversos pasos

Fijación de prioridades formulación de objetivos o resultados esperados, determinación de intervenciones y actividades, y registros del plan.

#### **Fijación de prioridades**

Puede detectarse más de un problema que requiere de la intervención enfermera.

Para facilitar el establecimiento de propiedades proponemos aplicar los siguientes criterios:

- 1.- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- 2.- Problemas que para la persona o familia son prioritarios.
- 3.- Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas.
- 4.- Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente.

### **Formulación de objetivos**

Es necesario distinguir entre problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros, ya que los criterios serán distintos en uno y en otro caso.

### **Tipos de objetivos**

Objetivos para los diagnósticos reales y de riesgo. Debe identificarse un objetivo final y uno o más objetivos intermedios.

### **Componentes de los objetivos**

- 1.- Sujeto: Quién tiene que lograr el objetivo.
- 2.- Verbo: Qué debe hacer el sujeto para evidenciar que ha logrado el objetivo.
- 3.- Tiempo: Cuándo hay que valorar si se ha logrado o no el resultado esperado.
- 4.- Modo: Cómo debe el sujeto realizar la acción para que consideremos que hemos logrado el objetivo propuesto.
- 5.- Medida: Hasta cuándo o hasta dónde identificar distintos grados o niveles.



## **Determinación de intervenciones y actividades**

Una vez identificados claramente los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se han de conseguir, es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos, entendiendo como tales:

1.- Intervención: Modo de actuación para identificar el diagnóstico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.

2.- Actividades: Conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que varían en función de las condiciones del paciente.

## **Planificación en los diagnósticos enfermeros**

En este caso la responsabilidad del resultado final es de la enfermera, quien en consecuencia tiene también el control de la situación y la autonomía necesaria para determinar la actuación que se va seguir. Si en las etapas anteriores ha identificado el problema y ha marcado los objetivos, en ésta ha de seleccionar la intervención y las actividades más convenientes para lograrlo.

Con objeto de determinar la intervención hay que decidir el ámbito sobre el que se va actuar y de qué modo se va hacer.

## **Registro del plan**

Último paso de esta etapa que consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores, según Alfaro<sup>22</sup>, el registro del plan de cuidados:

1.- Facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.

2.- Dirige los cuidados y la documentación.

3.- Crea un registro escrito.

4.- Proporciona documentación sobre los cuidados de salud necesarios.

---

<sup>22</sup> Alfaro. R. Aplicación del proceso de enfermería Trad. Ma Teresa Luis Rodrigo. 1ª reimpresión en español. Barcelona, España. (1995) Mosby-Doyma. P. 6-16.

#### **6.1.4.5.- Ejecución**

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería prescrita o delega la atención en otra persona adecuada, y establece el valor del plan de enfermería.

Consta de tres pasos: Preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

##### **Preparación para la acción**

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

- 1.- Determinar si unas y otras son apropiadas en la situación actual de las personas.
- 2.- Valorar si se poseen los conocimientos y las habilidades requeridos para realizarlas.
- 3.- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- 4.- Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles.

##### **Realización de las actividades**

Comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta de la persona para determinar la conveniencia de continuar con el plan o modificarlo

##### **Registro de la actuación**

La enfermera debe anotar en la historia de la persona tanto la ejecución de la actividad, como la respuesta de este.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Yura y Walsh (1967) mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/PAE.pdf tres etapas (valoración, planeación y ejecución), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación). Artículo 07/ 2013

#### **6.1.4.6.- Evaluación**

Última etapa del proceso enfermero, es la valoración de la respuesta de la persona a las intervenciones enfermeras y la comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación.

La enfermera señala en qué medida se han alcanzado los fines/ resultados de los cuidados.

La evaluación puede ser continua, intermitente o inmediata, después de ejecutar una orden de enfermería y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.

## 7.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Todos los días a partir de las cuatro de la tarde solíamos salir a las calles como instructores de calle, el objetivo es convivir con los niños y niñas que viven en la calle, compartimos alimentos, algunos objetos que ellos necesitaban como ropa, les cortamos el pelo, les atendemos los problemas de salud, jugamos pero sobre todo damos espacio para platicar con cada uno, este es el momento de mostrarles cariño, cercanía, afecto, ya que cuando estamos platicando dividen el tiempo que les corresponde a cada uno para estar con nosotras, algunos con un alto grado de dependencia a la mona y al cigarro, los temas más frecuentes son: la familia, los negocios y las experiencias amorosas.

La característica principal de ellos es la carencia de afecto, ya que al estar con ellos cuentan el tiempo para permanecer en contacto físico con quien compartíamos con ellos.

Cada día era una nueva oportunidad de aprender de ellos e insistir que se dieran la oportunidad de cambiar de vida, ofrecerles y hablarles de la institución que les pudiera abrir otro horizonte en su vida y con ello aprovechamos la oportunidad para que él conozca la casa y platique con los niños que ya están dentro de la institución y compartan su propia experiencia.

Carlos, es un niño de trece años, que conocí en la calle en el cruce de una de las principales avenidas de Cuautla, estaba sentado en la banqueta con una cajita de chicles que vende en la vía; se acercó a mí y me pidió dinero para comprar un taco, lo lleve a comer, al principio estaba chiveado no quería hablar y así permaneció.

En el tercer encuentro que tuvimos le lleve ropa de regalo y unos tenis, esto permitió que comenzara a abrirse más, me platicó de su familia, quedamos que la próxima vez que nos viéramos me llevaría a ver su casa y así fue.

A la semana siguiente fuimos al lugar donde vivía su familia, me quede estática de asombro pues lo que veía no lo podía creer: ¡qué condiciones de vida!

era un cuarto deshabitado en malas condiciones, adentro unos costales de arena como camas, todo sucio, un fogón en el suelo, unas ropas sucias puestas en un hilo en la pared, además me di cuenta que su padre estaba borracho, ya él me había comentado esta situación y que su padre golpeaba a su mamá todas las tardes, pues el alcohol le volvía violento. Para Carlos el hecho de tener mamá y papá le hacía diferente a los demás ya que esta presencia le evitó el caer en adicciones; se le ayudó con despensa y algunas cosas para mejorar sus condiciones de vida.

A Carlos lo continúe viendo, me tenía más confianza y pudo compartir conmigo que él soñaba con ser parte de un equipo de fútbol y tener un balón para jugar con sus compañeros, el aprender a escribir y así fueron surgiendo las ilusiones y los sueños.

Un día le propuse nuevamente la posibilidad de ir a la Casa Hogar “Juventud y Vida” para estudiar, para que se cumpliera ese sueño de ser un futbolista, al principio no le agradaba del todo la idea y mencionaba que le preocupaban las condiciones de vida de sus papás. Se le buscó un trabajo a la mamá para que mejorara sus condiciones de vida. Al final aceptó la propuesta y Carlos ingresa a la Institución después de un trabajo de convencimiento de seis meses.

Al llegar Carlos a la Casa Hogar Juventud y Vida se volvió un reto para él ya que el niño presenta diversos problemas de salud, como: desnutrición severa, presenta manchas blancas muy marcadas en pómulos, cuello y brazos, prurito en dicha región afectada; olor fétido en todo el cuerpo y más relevante en los pies; el niño ha mostrado poco interés por el aseo personal, jamás ha ido a la escuela, no tiene nociones de las letras, es poco comunicativo, la separación de la familia le ha afectado y lo manifiesta verbalmente con actitudes y gestos de violencia, el recuerdo del alcoholismo de su padre y los golpes que le daba a su madre lo atormentaba continuamente.

Después de un tiempo muere su padre, ahora Carlos ya se concentra más en las diferentes actividades que tiene que desempeñar dentro de la Institución, se le dio un acompañamiento psicológico, estudió en una escuela donde le dieron una

formación personalizada que ha aprovechado al máximo, está en uno de los mejores equipos de fútbol de su escuela y su sueño continúa en pie, de ser un buen futbolista y estudiar Educación Física.

## 8.- INSTRUMENTOS DE VALORACION

### I. Ficha de identificación

Nombre: Carlos	Edad: 13 años	Talla:1.50 Peso: 39 kg IMC: 17
Fecha de nacimiento: 20 de abril de 2002		Sexo: M
Ocupación: vendedor de chicles en la calle.	Escolaridad: analfabeta.	Fecha de admisión:
Hora:	Procedencia: Guerrero.	Fuente de información: Él mismo.
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ hermano mayor de 5 hermanos.	

## 9.- VALORACION DE LA NECESIDADES HUMANAS

### Valoración de las 14 Necesidades:

#### GUÍA BÁSICA DE VALORACIÓN SEGÚN 14 NECESIDADES DE V. HENDERSON

##### 1. RESPIRACIÓN (Y CIRCULACIÓN). Respirar normalmente.

Valorar el patrón respiratorio, su frecuencia y profundidad, así como la presencia de disnea y su relación con la movilidad. Presencia de tos, expectoración, ruidos anormales, hábito tabáquico, y adecuación del uso de medicación y dispositivos. Valorar frecuencia cardiaca y tensión arterial.

Carlos, presenta buena ventilación pulmonar, no existe presencia de disnea, no expectoración y no hay presencia de tos.

Carlos menciona que con frecuencia tiene dolor de garganta y tos, aunque ahora no lo presenta.

FC: 68xmin., FR:26 xmin., T/A: 110/60mmhg, Temp:36oC

Área de dependencia: ◊ conocimiento ◊ fuerza ◊ voluntad

##### 2. ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN. Comer y beber adecuadamente.

Valorar el grado de autonomía para alimentarse. Hábitos de hidratación y alimentación, tipo de dieta, apetito, alergias, dificultad en la masticación y deglución, presencia de náuseas y vómitos. Valorar peso, talla e índice de masa corporal.

Carlos menciona que su alimentación en la calle es lo que la gente les comparte: sándwich, refrescos. Con frecuencia comen papitas, coca cola y sopa, maruchan, en ocasiones comidas corridas en las fondas del mercado, hay días que se queda sin comer.



Normalmente tiene buen apetito, algunas veces ha presentado vómito y diarrea pero cuando les han compartido alimentos en mal estado.

Presenta boca seca y halitosis.

Presenta palidez de tegumentos, peso de 39 kg y 1.50 cm. de estatura, 17 IMC.

Área de dependencia: ◊ conocimiento ◊ fuerza ◊ voluntad

### **3. ELIMINACIÓN. Eliminar por todas las vías corporales.**

Valorar el grado de autonomía para la eliminación urinaria y fecal. Hábitos de eliminación, incontinencia o retención, estreñimiento, gases, sangrado y dolor.

Carlos menciona que orina normal, sin dolor, de 3 a 4 veces al día y cantidad suficiente.

Hoy presenta diarrea leve, menciona que le compartieron comida en mal estado.

Área de dependencia: ◊ conocimiento ◊ fuerza ◊ voluntad

### **4. MOVILIZACIÓN. Moverse y mantener posturas adecuadas.**

Valorar el grado de autonomía para la movilidad. Actividad física, fuerza, estabilidad, energía para las AVD y uso de dispositivos.

Es una persona independiente en movilidad física, hace todas las actividades relacionadas con la vida diaria.

Menciona Carlos que en ocasiones le duelen los pies, sobre todo cuando ha caminado demasiado, al regresar del trabajo.

Área de dependencia: ◊ conocimiento ◊ fuerza ◊ voluntad

### **5. REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.**

Valorar el patrón de sueño, problemas para dormir, sensación de haber descansado.

Carlos se observa cansado, rostro ojeroso y con bostezos, menciona que duerme aproximadamente de 4 a 5 horas en el día y por la noche vende chicles en centros nocturnos,

aunado a esto en el lugar para dormir solo cuenta con costales de arena como colchón y carece de cobijas para cubrirse.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

#### **6. VESTIRSE / DESVESTIRSE. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.**

Valorar el grado de autonomía para vestirse. Uso de calzado seguro.

Carlos porta ropa sucia y en malas condiciones, menciona que carece de un lugar para el baño corporal, despide olor fétido, el calzado que porta es inadecuado por no ser de su talla y sucio.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

#### **7. TERMORREGULACIÓN. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.**

Por el hecho de estar en la calle y expuesto a las temperaturas ambiente, pasa frío en las bajas temperaturas, calor en temperaturas altas y exposición diaria a los rayos solares.

La temperatura corporal de Carlos es de 36.5 ° C, carece de ropa adecuada para temperaturas bajas, presenta piel reseca tipo escamosa y quemada por la constante exposición al sol durante el día.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

#### **8. HIGIENE / PIEL. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**

Valorar el grado de autonomía para la higiene corporal y si ésta es correcta. Estado de la piel y mucosas. Higiene bucal.

Carlos presenta piel sucia, reseca con manchas blancas muy marcadas en pómulos, brazos, cuello y en áreas expuestas al sol.

Presenta también ojos enrojecidos, boca con mal aliento y resequedad en mucosas, uñas sucias y largas.

Cabello sucio, opaco con apariencia de paja, manchas en la piel relacionadas con hongos y olor fétido al quitarse los zapatos.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

**9. SEGURIDAD. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

Valorar el grado de autonomía para prevenir peligros. Nivel de conciencia. Capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones. Peligros ambientales, alergias, déficits visuales o auditivos, tóxicos, violencia. Manejo del régimen terapéutico.

Carlos viven en la calle y esta condición le hace más vulnerable a cualquier infección y accidente.

Menciona que su padre tiene un problema de alcoholismo y al estar bajo estos efectos, es violento, agresivo y golpea a toda la familia.

Presenta manchas blancas que le provocan prurito y malestar en pómulos, brazos y áreas expuestas a los rayos del sol.

Está expuesto a peligros, ya que vende artículos en las vías públicas entre el tráfico.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

**10. COMUNICACIÓN. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.**

Valorar dificultad en la comunicación verbal, en las relaciones sociales, familiares y sexuales. Situación de aislamiento social. Existencia y adecuación de una persona cuidadora.

Carlos es poco comunicativo sociable, muestra temor para expresar su sentimiento, es callado y reservado.

Muestra mucha necesidad de afecto, presentado en la necesidad de tener contacto físico; hombro con hombro, brazo con brazo, guiando la mano para ser abrazado y haciendo comentarios como: “¡chale!, ya estuviste con la Madre media hora, ahora me toca a mí”. La necesidad del contacto manifestado en el deseo que se le corten las uñas de las manos.

Requiere confianza para expresar sentimientos, deseos y compartir problemáticas personales y familiares.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

**11. CREENCIAS Y VALORES. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.**

Valorar el grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud, cambios vitales y de rol. Prácticas religiosas. Valores relacionados con la salud. Dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles. Testamento vital.

Carlos ha crecido de acuerdo con la costumbre y cultura mixteca pero también menciona que Dios lo cuida; ya que el lugar donde se refugia se encuentra cerca de un templo católico y lleva en su cuello un rosario y tiene consigo a la Virgen de Guadalupe.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

**12. TRABAJAR/REALIZARSE. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.**

Valorar la influencia de la salud en su situación laboral, social y familiar. Situación socio-económica.

Carlos desde niño se ha visto con la necesidad de trabajar para sacar el sustento de la familia; de sus padres y sus hermanitos.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

**13. OCIO. Participar en actividades recreativas.**

Valorar las actividades de ocio habituales e influencia de la salud en su realización.

Carlos no tiene actividades recreativas, menciona que siempre ha tenido ganas de jugar futbol y sueña con tener un balón propio.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

**14. APRENDER. Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.**

Valorar el nivel de estudios, grado de información sobre su salud, alteraciones de la memoria, cognición, atención o percepción. Autoestima, imagen corporal.

No sabe leer ni escribir y mantiene la ilusión de que un día lo podrá hacer.

Área de dependencia: ◇ conocimiento ◇ fuerza ◇ voluntad

## 10.- JERARQUIZACIÓN DE DIGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Ansiedad ante el hambre, relacionado con la falta de alimentos, manifestado por pedir víveres a los ciudadanos que transitan en la vía pública.
2. Deseos de sentirse querido, relacionado con la falta de afecto, manifestado en el deseo de ser abrazado.
3. Deterioro de la integridad cutánea con alteraciones de la piel, relacionado por exposiciones diarias con los rayos del sol, manifestado en manchas blanquecinas en pómulos de la cara, antebrazos.
4. Descuido en la presentación física, relacionado con carecer de un lugar y los medios para bañarse, manifestado en poco interés en mantener higiene personal.
5. Presencia de desnutrición relaciona con la falta de alimentos manifestado en palidez de tegumentos, piel seca, bajo peso.
6. Analfabeta, situación relacionada con el hecho de que a partir de los 5 años de vida vive en la calle, manifestada porque el menciona que no sabe leer ni escribir
7. Déficit de actividades recreativas, relacionado con dificultades económicas de la familia, manifestado en el deseo de adquirir un balón y pertenecer a un grupo de futbol.
8. Falta de conocimiento de Dios relacionado con la poca instrucción religiosa, manifestado en la limitada idea de Dios en su vida.
9. Baja autoestima de si, relacionado con falta de reconocimiento a su persona, definido por la situación actual que desafía su valía personal.

## 11.- PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
<p>1.- Ansiedad ante el hambre, relacionado con la falta de alimentos, manifestado por pedir a alimentos a los ciudadanos que transitan en la vía pública.</p>	<p><b>Apoyar a Carlos para que obtenga alimentación necesaria y suficiente.</b></p>
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Invitar a Carlos a comer buen alimento y suficiente.</p> <p>2. Visita a la familia y conocer su realidad.</p>	<p>1.</p> <p>Dios hizo la creación y nos dio el alimento para nuestros cuerpos por lo cual todos debiéramos tener acceso a ellos, pues son lo que nos dan energía para que nuestro cuerpo pueda realizar las actividades diarias como: caminar, respirar, pensar, crecimiento y desarrollo.</p> <p>El alimento es esencial en la persona y en todo ser vivo para tener una vida integral.</p> <p>2. La visita domiciliaria de enfermería en Atención Primaria, contribuye a conocer los estilos de vida dentro del ámbito familiar y detectar situaciones de riesgo a la salud y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>

<p>3. Proporcionarle despensa y alimentos a la familia</p> <p>4. Proporcionar ayuda en buscar un trabajo seguro y adquirir recursos</p>	<p>3. Una despensa contribuye momentáneamente al mejoramiento y nutrición de la familia. Con ello hacemos vida una obra de misericordia: da de tu pan al hambriento, comparte con el que no tiene<sup>24</sup>.</p> <p>4. El trabajo dignifica a la persona y proporciona bienestar a la familia<sup>25</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p> <p>Carlos se manifiesta más sereno al comer; ha mejorado en su elección de alimentos, ya no se le ha visto pedir ha mejorado la situación familiar en un 70%.</p>	

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OBJETIVO</b>
<p>2.- Deseos de sentirse querido, relacionado con la falta de afecto, manifestado en el deseo de tener contacto físico.</p>	<p>Que Carlos se sienta querido y aceptado por los demás y así adquirir seguridad en sí mismo</p>
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>1.-Proporcionarle momentos personalizados de cercanía y plática.</p> <p>2.-Buscar apoyo psicológico para su crecimiento emocional.</p>	<p>1.-La cercanía y confianza genera en la persona apertura para compartir todo lo que la persona guarda en su interior.</p> <p>2.-La psicología es una herramienta que proporciona elementos a la persona para una autoayuda.</p>

<sup>24</sup> Cita Bíblica, Evangelio de Mateo 25, 35.

<sup>25</sup> Cita Bíblica, Carta de San Pablo a los Tesalonicenses, 3,7





	<p>3. De todos los órganos del cuerpo, la piel es la más versátil de todo de todos. Es el único órgano que está directa y constantemente abierto al exterior. La piel protege de agentes externos, del calor y el frío, del aire y los elementos, de las bacterias, es impermeable, se repara, incluso elimina algunos residuos del cuerpo.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>	
<p>Después de la toma de consciencia de la importancia de protegerse del sol y la aplicación del tratamiento adecuado para la piel, el paciente ha mejorado un 90% del aspecto físico de piel.</p>	

<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p>	<p><b>OBJETIVO</b></p>
<p><b>4.-Descuido en la presentación física, relacionado con carecer de un lugar y los medios para bañarse, manifestado en desinterés por la higiene personal.</b></p>	<p><b>Fomentar la higiene personal y así lograr un mejoramiento en la presentación física.</b></p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionarle información, así como los objetos necesarios para su higiene personal.</li>   <li>2. Lavar las manos antes y después de comer.</li>   <li>3. Se le proporciona crema para mantener la piel bien lubricada.</li>   <li>4. Se le enseñan técnicas de corte de uñas.</li>   <li>5. Vigilar y acompañar hasta que el paciente sea capaz de asumir el autocuidado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La salud inicia desde los cuidados básicos y uno de ellos es la higiene personal y del entorno familiar. Dios creó un orden de donde parte la vida y el bienestar. El desorden del hombre provoca contaminación, caos y enfermedad.</li>   <li>2. Esta acción disminuye las patologías gastrointestinales, ya que con el agua y el jabón se remueve un alto porcentaje de bacterias y genera un buen hábito para los individuos.</li>   <li>3. Esta acción promueve la limpieza, limita, las posibles fuentes de infección y la protege de una posible complicación.</li>   <li>4. Las uñas son una gran fuente de infección ya que dentro de ellas se encuentra una numerosa cantidad de bacterias las cuales pueden infectar las zonas dañadas de la piel.</li>   <li>5. La constancia produce hábitos y de los buenos hábitos convicción</li> </ol>
---	--

	y está le hace promotor de su propia salud.
<b>EVALUACIÓN</b>	
Después de que se le explica la importancia del cuidado de la piel, la persona refiere mayor interés en su auto cuidado de la piel a través del baño y la aplicación de cremas humectantes la piel mejoró un 70% la pigmentación de la piel.	

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>5.- Presencia de desnutrición relacionado con falta de alimentos por vivir en la calle, manifestado en bajo peso, palidez de tegumentos y piel seca.</b>	<b>Mejorar el estado nutricional del paciente.</b>
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar alimentación nutritiva y suficiente.</li> <li>2. Enseñar la importancia de una buena alimentación.</li> <li>3. Crear un ambiente cómodo y placentero en la ingesta de alimentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una buena alimentación debe adecuarse a la edad, sexo, peso, talla y actividad física e intelectual de cada persona. Toda persona tiene derecho al sustento digno y suficiente, más aún siendo niño.</li> <li>2. En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales, que provean lo necesario para la construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.</li> <li>3. El entorno físico, así como un ambiente cómodo y limpio para</li> </ol>

<p>4. Realizar la alimentación sin prisa, lentamente y con horario regular.</p> <p>5. Acompañar a la persona en la toma de alimentos.</p>	<p>degustar los alimentos promueve un mejor apetito.</p> <p>4. Los alimentos se necesitan casi continuamente, pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato gastrointestinal.</p> <p>5. La presencia hace en la persona sentirse valiosa, aumenta la autoestima y cubre otras necesidades psíquicas y sociales. Fuimos creados en sociedad y somos parte de ella.</p>
<b>EVALUACIÓN</b>	
<p>El mantener una continua ingesta de alimentos nutritivos y el favorecer las condiciones adecuadas, así como adquirir normas de higiene, ha mejorado en el paciente su estado físico y nutricional en un 80%.</p>	

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OBJETIVO</b>
<p><b>6.- Conocimientos deficientes, relacionados con la falta de oportunidad para asistir a la escuela, manifestado en que no sabe leer ni escribir.</b></p>	<p><b>Aumentar en él, el interés de aprendizaje y la capacidad de comprensión de la información proporcionada.</b></p>
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>1. Proporcionarle la oportunidad de estar en una Institución que le haga cambiar de estado de vida y lo respalde para estudiar</p>	<p>1. Las Instituciones son lugares donde proporcionan apoyo a toda persona para mejorar la calidad de vida. Enseñar al que</p>

<p>2. Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.</p> <p>3. Establecer metas realistas y objetivas con el paciente.</p> <p>4. Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje.</p> <p>5. Asegurarse de que el material de enseñanza sea actual, de su interés y adecuado a su edad.</p> <p>6. Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y / o compleja.</p>	<p>no sabe es una de las obras de misericordia.</p> <p>2. Es más fácil que un individuo comprenda mejor cuando está dispuesto a aprender y desarrollar patrones flexibles de pensamiento, facilitándose así mismo el adaptarse a nuevas ideas.</p> <p>3. Las metas ayudan a tener un interés para aprender y sirven como un impulso para mejorar en su superación.</p> <p>4. Un individuo puede aprender a pensar mejor bajo ciertas condiciones ambientales y físicas.</p> <p>5. La información actualizada y adecuada proporciona un aprendizaje de mejor calidad para la vida diaria.</p> <p>6. Un individuo con un nivel educacional más alto tiende a responder de manera más eficaz a la comunicación visual y didáctica.</p>
--	---

<p>7. Utilizar un lenguaje respetuoso y familiar.</p> <p>8. Presentar al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares y las hayan superado con éxito.</p> <p>9. Mantener sesiones de enseñanza corta.</p> <p>10. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p> <p>11. Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.</p>	<p>7. Mientras más confianza inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida. El trato respetuoso confiere autoridad al educador y sentimientos de valía al educando.</p> <p>8. La expresión de las actitudes, opiniones y creencias de personas similares pueden utilizarse para crear un vínculo de confianza entre los individuos y mejores expectativas de vida.</p> <p>9. La habilidad para mantener la atención durante periodos más largos aumenta con la edad y la práctica; el niño es mucho menos capaz que el adulto para concentrar su atención durante períodos prolongados.</p> <p>10. La libertad de expresión para que las personas expresen sus dudas es muy importante ya que así resuelven sus inquietudes comprendiendo mejor la información proporcionada.</p> <p>11. El aprendizaje es mejor cuando se contesta de una manera</p>
--	--

	comprensible y fácil de entender tomando en cuenta el léxico de las personas. Los niños necesitan ser orientados y confirmados en sus inquietudes.
<b>EVALUACIÓN</b>	
El proporcionarle la oportunidad a Carlos de ir a una institución donde cuenta con un lugar, con espacio y físico, material y atención personalizada, ha adquirido destreza y autoconocimiento, ahora es auto responsable de su formación en un 90%, con inquietud de llegar a ser profesional.	

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>7.- Déficit de actividades recreativas, relacionado con dificultades económicas de la familia, manifestado en el deseo de adquirir un balón y pertenecer a un grupo de futbol.</b>	<b>Que Carlos practique actividades recreativas y confirme sus habilidades.</b>
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
1. Animar a la persona a realizar actividades de entretenimiento y esparcimiento físico.	1. Las actividades físicas, deportivas y recreativas favorecen el desarrollo físico y mental de los niños y sus relaciones sociales. Ayudan a superar la timidez y a frenar impulsos excesivos.



<p>2. Implicar al paciente para que realice algún deporte.</p> <p>3. Se le proporciona a la persona tiempo y espacio para que practique el fútbol.</p>	<p>2. Practicar deportes es la mejor manera de mantener el cuerpo en óptimas condiciones físicas y mentales. Fortalece los huesos, trae grandes beneficios a nivel cardio-respiratorio y muscular.</p> <p>3. El fútbol es un deporte intenso, en donde las piernas juegan un papel fundamental en su desarrollo. Es por eso que practicar el fútbol fortalece todos los músculos del pie, las piernas y muslos; además de los músculos del abdomen y pecho.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>	
<p>Al haber practicado actividades recreativas y especialmente el fútbol, ha aumentado de peso y talla en un 80%, ha despertado en él el deseo de ser profesionalista en el fútbol.</p>	

<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p>	<p><b>OBJETIVO</b></p>
<p>8.- Falta de conocimiento de Dios relacionado con la poca instrucción religiosa, manifestado en la limitada idea de Dios en su vida.</p>	<p>Que el paciente tenga una experiencia de Dios que le lleve a valorarse a sí mismo y contribuya a visualizarse en una vida diferente.</p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<p>1. Escuchar y orientar al paciente para que descubra la bondad de Dios, aún en medio de sus</p>	<p>1. Reforzar la imagen de Dios como Padre bondadoso y lleno de ternura, acompañado de</p>

<p>condicionamientos familiares y sociales.</p> <p>2. Purificar su idea de Dios</p> <p>3. Motivar al paciente a crear metas a largo plazo y concretar los medios necesarios para alcanzarlas.</p> <p>4. Proporcionar espacios para que el paciente lea y profundice lo relacionado con Dios.</p> <p>5. Asistir a clases de formación religiosa.</p>	<p>actos similares de parte del formador. Y valorar la oportunidad que se le ofrece de integrarse a una institución que lo protege y acompaña en su proceso.</p> <p>2. Concientizar acerca de la bondad de Dios, adecuando su experiencia de búsqueda por parte de las personas que desean ayudarlo y le brindan soporte afectivo, espiritual y humano.</p> <p>3. Tener objetivos claros, permite visualizar otras alternativas posibles de vida.</p> <p>4. La documentación y el conocimiento genera esperanza e ilusión en la vida</p> <p>5. La formación e información religiosa, da a la persona identidad, fe y firmeza; además de generar convicciones en las que fundamenta su vida.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>	

El conocimiento de Dios ha proporcionado en Carlos firmeza y esperanza de vida en un 90%, así como el gran deseo de ser mejor y forjar el él: que otro mundo es posible.

“Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia”. Juan 10, 1-10 –

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
<p>9.- Baja autoestima de sí, relacionado con falta de reconocimiento a su persona, definido por la situación actual que desafía su valía personal.</p>	<p>Favorecer en el paciente la autovaloración para aumentar su autoestima.</p>
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le ofrece al paciente una actitud de atención y escucha.</li> <li>2. Interesarse por las necesidades emotivas del paciente.</li> <li>3. Festejar y reconocer al paciente ante los logros obtenidos con</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La escucha genera en la persona, seguridad, confianza en sí mismo y provoca una actitud de aceptación y amor propio. Esta acción también prepara a la persona a adquirir una actitud orante, al desarrollar cualidades de diálogo y escucha.</li> <li>2. El interesarse por la persona despierta sentimientos de valía y da identidad y pertenencia a la persona.</li> </ol>

<p>estímulos verbales y contacto físico.</p> <p>4. Mantener un ambiente de distracción y bienestar físico al paciente.</p>	<p>3. Estimula sus capacidades, sus logros conocimiento y reconocimiento, alegría y deseos de superación. Dios nos ha dado la capacidad de ternura para compartirla con los demás.</p> <p>4. El bienestar físico genera en el paciente sentido de pertenencia e identificación con el grupo y le da un lugar en la sociedad.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>	
<p>Como todo proceso evolutivo y ante una atención holística de la persona el paciente ha logrado ser una persona proactiva en un 80%, con ideales en la vida, adquiriendo autoridad moral frente a los demás miembros del grupo y ocupándose de los demás.</p>	

## 12.- CONCLUSIONES

En el presente trabajo retomo una realidad social que hoy se va agravando cada vez más como es la de *los niños en situación de calle* con el fin de acercarse a esta realidad desde los conocimientos científicos de enfermería y fundamentados en las teorías que han buscado dar respuesta a las necesidades de salud y enfermedad del paciente.

El proceso se aplicó a un niño que vivió diferentes situaciones de marginación en la calle que lo hicieron propenso a reflejar diversas necesidades y diferentes problemas de salud.

En el presente caso se aplicó la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson donde aporta la manera de abordar la problemática del paciente y se abren nuevos horizontes y paradigmas de la visión de servicios, tomando en cuenta la problemática social que enfrenta el paciente.

El plan de cuidados se realiza dando respuesta a las necesidades más elementales del paciente y en los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y espirituales del paciente.

La meta que se alcanza es el cambio de mentalidad y el forjar un proyecto de vida mejor para el futuro, **otra forma de vida es posible**.

Hoy es un reto para Enfermería el trabajar más fuertemente en el rubro de la prevención y evitar que aumente esta población en las calles de las grandes ciudades, es necesario retomar la raíz de la problemática que lo genera como es: la desintegración familiar y los factores que lo provocan.

Otro reto es el trabajo en equipo multidisciplinario que nos lleve a fortalecer la salud individual, familiar y comunitaria.

Es necesario que la profesión de enfermera se sueste fuera de los hospitales y aspire a llevar la salud a las calles de las ciudades , en donde la sociedad acude y fomentar la enfermería transcultural.

### 13.- GLOSARIO

**ADICCIÓN:** Del latín addictio, la adicción es el hábito que domina la voluntad de una persona. Se trata de la dependencia a una sustancia, una actividad o una relación.

**AMOR- ÁGAPE:** Amor incondicional que nos inspira en todas nuestras actividades. Este amor se refleja en el cariño fraternal que extendemos a nuestros niños. Consideramos la práctica y enseñanza a través de nuestro ejemplo como un acto de misericordia de Dios para nuestros Hermanos y Hermanos.

**ANSIEDAD:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática.

**DERMATITIS ATÓPICAS:** Es un trastorno cutáneo (piel) prolongado (crónico) que consiste en erupciones pruriginosas y descamaciones.

**ENFERMERÍA TRANSCULTURAL:** Se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta.

**EQUIPO MULTICLIPLINARIO:** investigadores o profesionales provenientes de diferentes campos del conocimiento cooperan para solucionar un problema utilizando las teorías y metodologías de sus propias disciplinas.

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:** Son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas.

**METAPARADIGMA, MODELO Y TEORÍA EN ENFERMERÍA:** El conocimiento en enfermería es clasificado y estructurado según un mayor o menor grado de abstracción. La estructura del conocimiento en orden decreciente de abstracción puede ser definida como metaparadigma filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos.

**MISERIA:** Falta o escasez de dinero y de los medios necesarios para poder vivir. Desgracia, problema o pena que sufre una persona en su vida.

**MORBILIDAD:** Es la cuantía de personas que están enferman en un sitio y tiempo determinado.

**PRURITO:** es un hormigueo peculiar o irritación incómoda de la piel que conlleva un deseo de rascar la parte en cuestión.

**TRANSCULTURACIÓN:** Se generó en el terreno de la antropología a partir del año 1940; el concepto lo ideó Fernando Ortiz (En *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*), inspirado del artículo *Nuestra América* de José Martí. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define a este término como: "*Recepción por un pueblo o grupo social de formas de cultura procedentes de otro, que sustituyen de un modo más o menos completo a las propias*". Por lo que se podría decir que la transculturación es un proceso gradual por el cual una cultura adopta rasgos de otra, hasta culminar en una aculturación.



## 14.- BIBLIOGRAFIA

1. Campolla. G.J (2003) Anuario de Investigación en adicciones VOL.4 No.1 Universidad de Guadalajara, en [http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario\\_investigacion\\_adicciones/Anuarios\\_PDFs/Anuario4.pdf](http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/Anuarios_PDFs/Anuario4.pdf)
2. Carrada T.B. La farmacodependencia como problema de salud pública: avances y perspectivas de prevención. Bol Md Hosp Infant Mx 1987.
3. Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas- UNICEF. Declaración de principios del UNICEF para la Conferencia Mundial de Derechos Humanos: Niños de la calle. Viena. 1993.
4. Corrales M, Fernández M, y Grijalvo U. Aplicación de la mirada antropológica de la disciplina enfermera, Index de Enfermería. Granada. 2003.
5. Galao M. ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Evidentia. 2005.correo electrónico evidenciado: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>.
6. Leininger, Madeleine. Teoría de los cuidados culturales. Madrid, Mosby Doyma. 1994.
7. Marriner-Tomey, Ann Perry y Martha Raile Alligow. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Harcourt Brace. 1999.
8. Mejía S, Rea R, Anaya G, Gorab R, y Sumano A. A. Morbilidad de los Niños de la Calle. 2010.

9. Castro M, Maya MA. Consumo de sustancias tóxicas y tabaco en la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Pública Méx. 1982; 24 (5): 565-574.
10. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne mccluskey Dochterman.
11. Adición: ELSEVIERMOSBY Clasificaciones de enfermería (NIC).2011
12. Gutiérrez R. et al. Características psicosociales de los menores que sobreviven en las calles. Anales nº 3. Inst. Méx. Psiquiatría, 1992.
13. Henretig F. MD. Inhalant abuse in children and adolescents. Pediatric Annals. 1996.
14. Iyer, PW, Bernochi .de Proceso y Diagnostico de enfermería 3ª ed. México Graw Hill interamericana; 1997. P. 11.
15. Jiménez C. Pancitopenia e inhalación de cemento. Bol Med Hosp Infant Mx 1987. Juall. L.C. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA APLICACIONES A LA PRACTICA CLINICA.4º edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid. 2003.
16. Juall .C. L. Manual de diagnósticos de enfermería, 14 edición ed. Wotersk. Pág. 126
17. Juall.C.L. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificaciones. NANDA INTERNACIONAL. Editorial: ELSEVIER. 2009- 2011.
18. Juall. C. L. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Definiciones y clasificaciones NANDA INTERNACIONAL. Editorial: ELSEVIDIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA APLICACIONES A LA PRACTICA CLINICA. 2009- 2011

19. Loredó A. Arturo et al. El maltrato al menor: una realidad creciente en México. Bol Md Hosp Infant Mx 1986.
20. Lowry C. Un acercamiento a los chicos de la calle para combatir el abuso de ciertas sustancias tóxicas. Foro Mundial de la Salud 1995.
21. Madelyne T. Nordmar. Anne W. R; M. N BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA NANADA, NOC Y NIC, Manual moderno..2 Editorial: M M CeMPro
22. Miller TQ. A test of alternative explanations for the stage-like progression of adolescent substance use in four national samples. Addict Behav 1994.
23. Morán AV, y Mendoza R.A. Proceso de Enfermería. NANADA, NIC Y NOC. (3ª edición) México D.F. Trillas. 2010
24. Moran A. V. Proceso de Enfermería, uso de los lenguajes NANDA, NIC Y NOC México ed. trillas 2012.
25. Marriner T. Modelos y Teorías en enfermería. Madrid; Harcourt Brace. 1999
26. Natera G. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. 1er. Simposio Internacional Mexicano. Ed.Trillas, 1977.
27. Natera G. Conflictos emocionales y drogadicción en el niño y el adolescente. Rev Mex Pediatr 1987.
28. Network en Español. Family Health Internacional. 1997.

29. Potter P, Perry F. Fundamentos de enfermería. Mosby/Doyma Libros, S.A. 1996
30. Programas permanentes de Prevención de adicciones, (20013) <http://www.slp.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/boletines/2298-programas-permanentes-de-prevencion-de-adicciones>.
31. Programa Nacional de escuela Segura, 2009, SEP <http://www.slideshare.net/Valfh/orientaciones-para-la-prevencion-de-adicciones-primaria-456>
32. Ramos G. Tablas de crecimiento y desarrollo. Archivos de Investigación Médica. 1975.
33. Rosenfeld D.W. Sexually transmitted diseases in adolescent: Update. 1991.
34. Rodrigo Ma TF, Fernández F C, Navarro G V, de la teoría ala practica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2º ed. Barcelona: Masson, 2000.
35. Silber T, Munist M. Manual de medicina de la adolescencia. Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
36. Sue M, Johson M, Meridan L, Maas, Swanson. E. 4º Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Edición ELSERVIER MOSBY. 2011
37. Vélez A. Modelo Preventivo, Construye tu vida sin adicciones, Abril 2014 <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>

38. Wesley R. L. Teorías y modelos de enfermería. México, McGraw-Hill Interamericana. 1997.

39. Yura y Walsh (1967) [mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/PAE.pdf](http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/PAE.pdf) tres etapas (valoración, planeación y ejecución), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación). 07/2013

## 15.- ANEXOS

### PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

Los niños de la calle viven en edificios abandonados, cajas de cartón, apartamentos, estaciones en desuso o en cualquier rincón donde puedan dormir sin ser agredidos ni descubiertos por la policía. Es difícil encontrar una definición precisa que pueda definir la enorme variedad de circunstancias en las que estos niños de la calle viven día a día. Sus condiciones son muy heterogéneas, desde niños que pasan todo el día en la calle y duermen en casa, con unos padres poco capacitados para atenderle adecuadamente; a jóvenes totalmente independientes que establecen sus propios grupos sociales, o comunidades de drogadictos dedicados al robo. De cualquier modo, la UNICEF<sup>26</sup> ha establecido dos categorías definitorias de este término: Lejos de disfrutar del derecho "a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social", los/as niños/as en situación de calle sufren los efectos acumulativos de la pobreza, el hambre, la disolución de las familias, el aislamiento social y, con frecuencia, la violencia y el abuso. Obligados/as a valerse por ellos/as mismos/as antes de adquirir una identidad personal o de madurar, y debido a que no cuentan con la estabilidad necesaria para lograr confianza en sí mismos/as, ni con las aptitudes ni la educación requeridas para hacer frente a los rigores que les impone la vida, los niños en situación de calle corren grave peligro de caer en la prostitución, el consumo de drogas y varias formas de conducta criminal. Esas actividades constituyen a veces los únicos medios de supervivencia de los que disponen.

El presente trabajo retoma esta realidad social con el fin de dar respuesta desde los conocimientos científicos de enfermería y fundamentado en teorías que han buscado dar respuesta a las necesidades de salud y enfermedad del paciente, en este caso tomando a Madeleine Leininger y Virginia Henderson, sus teorías de

---

Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas- UNICEF. Declaración de principios del UNICEF para la Conferencia Mundial de Derechos Humanos: Niños de la calle. Viena,1993.<sup>26</sup>

la enfermería aporta una manera diferente de abordar la problemática del paciente y abre nuevos paradigmas de la visión de servicio, tomando en cuenta la cultura y la problemática social que enfrenta el paciente. El proceso será aplicado a un niño que vivió diferentes realidades de marginación, por lo cual le hace propenso a reflejar diversas necesidades y diferentes problemas de salud.

## **Una aproximación a las características de los niños de la calle**

### *Condiciones de vida en la calle*

Los niños de familias en pobreza que salen de ellas para vivir en la calle, hace de ésta su nuevo hogar y sobreviven en un entorno de violencia por falta de atención a sus necesidades de salud, de alimentación y su dificultad para permanecer o acceder al sistema escolarizado. Están en contacto con modelos negativos de corrupción y delincuencia. Sufren el desamparo físico, viven en la indigencia y son objeto de maltrato de los adultos. Son niños que luchan por sobrevivir en condiciones adversas, lo que propicia su inserción en el mundo delictivo, que aparentemente les ofrece posibilidades de satisfacer sus necesidades urgentes.

Los niños no salen de sus casas a un mundo absolutamente desconocido. Muchos de ellos han trabajado, practicado la mendicidad o han tenido cortos periodos de fugas sucesivas, antes de la definitiva. Son pocos los que llegan a los parques y plazas sin ninguna experiencia previa. El conocimiento de las calles les permite descubrir una opción, otro horizonte para sus vidas. Perciben que todo no puede ser violencia o indiferencia hacia ellos, que hay niños de su misma edad que viven solos, sin padres que los golpeen; sin peleas familiares (Alarcón, 1994). Todo ello hace que la calle sea atractiva para los niños.

Un niño al llegar a la calle tiene como antecedente uno o varios contactos previos con otros niños de la calle, maneja cierta información sobre la “subcultura de calle” lo que favorece su integración a un grupo o pandilla de las que ya existen. Estos son su referente de identidad en la calle y proporcionan protección y afecto.

El grupo de pares es el medio socializador del niño, en la calle, que transmitirá los valores, costumbres, actitudes y el lenguaje, indispensable para integrarse a la calle.



De acuerdo a Herreño, <sup>27</sup>1987, entre las principales características de los niños de la calle como grupo, tenemos que existe un sentimiento de pertenencia y de cohesión interna frente a la agresión externa (del medio callejero y de las diferentes instituciones de control social); y la ley del silencio como regla predominante, dado el carácter marginal del grupo.

Los menores han internalizado el código de solidaridad y/o complicidad que rige en la calle. Por eso callan todo lo que pueda agredir la integridad del grupo, se sienten parte de una familia en la calle, no delatan las actividades que realizan (“no son soplones”) (Estela, 1994).

La incorporación de la violencia es otro rasgo del comportamiento de estos niños, es una forma de comunicación y de juego, a menudo se observan peleas (cuerpo a cuerpo o con arma blanca), que expresan su fuerza física, la disputa por una muchacha, el poder sobre los demás, etc. Otro rasgo es la solidaridad al interior del grupo de pares, la que se expresa en situaciones difíciles como: cuando roban algún objeto y que la policía se los lleva a la comisaría (producto de los operativos), están enfermos, o se encuentran reclusos en algún albergue, ellos se las ingenian para llevarles comida y ropa.

Los grupos de niños se apropian de determinadas zonas (plazas, centros comerciales y avenidas) para realizar sus actividades delictivas (el robo, que es llamado “laburo”) y a su vez tienen zonas para concentrarse en horas de la noche, donde acuden para reunirse a inhalar pegamento, recrearse o descansar.

Según Ordóñez y Mejía (1992) la ocupación del espacio central de plazas y parques sirve a los niños de la calle para múltiples propósitos:

- Crear una zona protegida, desde donde es posible el control visual del perímetro.
- Contar con un territorio propio, que no es disputado por otras personas, donde es posible drogarse, esconder objetos robados y pelear en libertad.

---

<sup>27</sup> (Ordóñez, 1995, pág. 181)

- La ocupación de este espacio permite contar con un lugar de refugio y relación social.

El niño que abandonó a su familia por carencias materiales y de afecto, una vez en la calle, cree haber logrado satisfacer estas necesidades con el grupo de pares. Sin embargo, la realidad nos dice que sigue en igual o peor situación, ya que las calles son su nueva casa, donde duermen, comen, juegan, se drogan, etc., y no logran encontrar el afecto que necesitan ni mejores condiciones de vida para poder desarrollarse.

Los niños asumen la responsabilidad de atender sus necesidades: alimentarse, vestirse, tener un lugar para vivir. Alteran sus normas básicas de vida familiar, en la calle. Pierden también la noción del tiempo en general, no precisan con exactitud hora, días, meses y años, no hay horarios dedicados a su alimentación, descanso y actividades. Más bien ubican fechas clásicas como el Día de la Madre, Fiestas Patrias y Navidad.

#### *Condiciones de salud*

Los lugares donde estos niños circulan, duermen y desarrollan sus actividades diarias, están caracterizadas por carácter de condiciones de salubridad e higiene. Los niños se ubican en calles, plazas y terrenos baldíos contaminados, compartiendo el espacio con animales (perros, gatos, ratas, etc.). Están en contacto con otros niños que presentan enfermedades en la piel y en consecuencia, expuestos al contagio inmediato. Su apariencia personal sufre cambios, un niño no cuida su higiene, usa ropas amplias, raídas y sucias.

Los problemas de salud típicos de los niños de la calle son las enfermedades dérmicas, infecciones respiratorias agudas, infecto-contagiosas (TBC), de transmisión sexual, enfermedades diarreicas agudas, entre otras. Otros problemas igualmente significativos son el consumo de drogas, los embarazos no deseados y sus complicaciones, las lesiones físicas producto de accidentes y actos de violencia.

### *Escolaridad*

Los niños abandonan la escuela ante la imposibilidad de responder desde ese nuevo contexto a sus exigencias. Esto lleva al deterioro progresivo de habilidades como la lectura, la escritura, la concentración, la memoria, etc. En síntesis un rasgo típico de estos niños es su alejamiento total de la escuela.

### *Recreación*

Los niños juegan a la hora que pueden, constantemente bromean entre ellos. Juegan con lo que tienen a mano, papeles, latas, chapas, etc. Y en las noches convierten las veredas y plazas en canchas deportivas para practicar deportes colectivos, especialmente el fútbol.

“Muchas de las actividades que los niños realizan, responden a su necesidad de recrearse y a su natural inquietud de vivir nuevas experiencias” (Mansilla, 1989).

### *Rasgos de comportamiento*

**Desconfianza en las personas**, principalmente en los adultos: la experiencia de relación con sus padres fue tan negativa, que ahora buscan a sus pares en igualdad de condición y deciden “romper con el resto” por ello, en las calles ante la presencia de un adulto, permanecen generalmente callados.

**Agresividad y resentimiento**, cuando fueron maltratados en sus hogares no pudieron hacer nada, ahora al estar en la calle con sus pares pueden confrontar de igual a igual, porque están regidos por la misma “ley de la calle”.

**Depresión**, que se agudiza recordando lo mal que lo pasaron en su casa. También se deprimen cuando ocurren situaciones lamentables, como el fallecimiento de alguno de ellos, una enfermedad grave o aparece algún familiar al que no quieren ver.

**Temor a la autoridad**, especialmente a la policía en las “batidas” (operativos policiales); generalmente, estos operativos son realizados con numerosos agentes

utilizando el maltrato (verbal, psicológico y hasta físico), los más pequeños buscan protección en algún adulto de confianza (educador, “estudiante amigo” u otro).

**Negación de los padres**, algunas veces dicen que están muertos, se cambian de apellidos, prefieren ser llamados por el apelativo que el grupo de pares les asigna y que generalmente está relacionado con algún rasgo físico o alguna situación vivida. No hablan de su familia con facilidad, parecieran que sepultan el pasado.

## **DERECHOS CIVILES**

### **EL DERECHO A LA PROTECCION AL NIÑO**

Proteger al niño/a, es cuidarlo/a, brindarle amor, salud, alimento, vestido, educación, vivienda, seguridad, recreación y cultura; facilitándole su relación consigo mismo, con los demás y con el mundo que lo rodea.

El niño y la niña por ser dependientes del adulto, son vulnerables a las condiciones económicas, sociales, educativas y emocionales en que se encuentren; la calidad de vida y su desarrollo integral dependen del grado de satisfacción de todas sus necesidades y de la visión cultural que se tenga del niño/a en la sociedad en que éste/a viva.

Los niños/as forman parte de la familia y la sociedad como sujeto de derechos y responsabilidades; derechos consagrados en la mayoría de los Códigos de Menores de la región; en los que se establece la responsabilidad principal e indelegable de los padres con el apoyo de la comunidad y del Estado.

Los Códigos establecen conjuntos de normas que indican las formas de proteger al niño, en especial cuando hay fallas en esta función, definiendo los procedimientos y recursos, que deben tener en cuenta la familia, la comunidad y las instituciones.

La protección se debe brindar en toda etapa de desarrollo del niño/a, y comprende acciones que van desde registrar al hijo, hasta protegerlo contra toda forma de abuso, abandono o peligro. De esta manera se ubica el concepto de Protección en su dimensión más amplia e integral.

Ligas de testimonios de Niños de la Calle

<https://www.youtube.com/watch?v=Z6zQVjoGD7E>

**Programa de prevención de adicciones a adolescentes de 3º de secundaria.<sup>28</sup>**

<p><i>Nombre del Programa de prevención de adicciones</i></p> <p><i>En este apartado, mencionarás el tipo de drogas, población y lugar donde se impartirá este programa, ejemplo:</i></p> <p><i>“Programa de prevención de adicciones al alcohol, inhalantes y marihuana en adolescentes femeninas, aplicado en la colonia Esperanza, Municipio Los Rosales Netzahualcóyotl, del Estado de Jalisco”</i></p>	<p>“Programa de Prevención de adicciones al alcohol, inhalantes y marihuana en estudiantes de 3er Grado de la Secundaria Técnica No. 8 de la Colonia Real Peñasco, San Luis Potosí”</p>
<p><i>1. Justificación</i></p> <p><i>En este apartado deberás anotar, como su nombre lo indica, el motivo por el cual consideras que es importante elaborar este tipo de programa. En forma breve se presenta una descripción del problema que pretende resolver, deberás incluir lo siguiente:</i></p> <p><i>- ¿Dónde llevarás a cabo el programa de prevención de adicciones: colonia, municipio. Estado de la República, donde vive la persona, familia o comunidad que presenta problemas y</i></p>	<p>Justificación</p> <p>El presente Programa está dirigido a estudiantes de 3er grado de la Secundaria Técnica No. 8 en la Colonia Real Peñasco ubicada en la periferia de la capital del estado de San Luis Potosí.</p> <p>La localidad de Peñasco está situada en el Municipio de San Luis Potosí (en el Estado de San Luis Potosí). Tiene 1096 habitantes.</p> <p>En la localidad hay 526 hombres y 570 mujeres. La relación mujeres/hombres</p>

<sup>28</sup> Jaramillo. M.G. Programa de Prevención de Adicciones, Pueblos de América. San Luis Potosí, 15 abril 2015 disponible: <http://mexico.pueblosamerica.com/i/penasco-2/>

<p><i>necesidades de salud mental relacionadas con la drogodependencia?</i></p> <p>- <i>Epidemiología del problema del consumo de drogas que se presenta en la colonia, municipio o Estado de la República donde se impartirá este programa (esta información de carácter epidemiológico, la deberás investigar en fuentes de información en salud, con base en el Estado de la República donde lo vayas a elaborar).</i></p> <p>- <i>Aspectos sociales, del comportamiento; educacionales; y administrativos que presenta la persona, familia o comunidad que presenta problemas de drogodependencia. Deberás incluir estos factores con base en colonia, municipio, Estado de la República donde se realice: Jalisco, Mérida, Comitán, Irapuato, Celaya, etc.</i></p> <p><i>a) Aspectos sociales: Impacto que tiene este consumo de estas sustancias psicoactivas en la persona, familia o comunidad que presenta problemas de drogodependencia.</i></p> <p><i>b) Aspectos del comportamiento: ¿Cuáles son los factores de riesgo por los que se está presentando la</i></p>	<p>es de 1.084. El ratio de fecundidad de la población femenina es de 3.32 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es del 6.84% (6.65% en los hombres y 7.02% en las mujeres) y el grado de escolaridad es de 5.23 (5.05 en hombres y 5.39 en mujeres).</p> <p>La colonia Real Peñasco está ubicada en la periferia de la Ciudad, siendo punto medio entre la capital del estado y el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, (siendo este municipio casi absorbido por la mancha urbana capitalina) teniendo como particularidad que se encuentra cerca las vías del tren, aunque cuentan con alumbrado público y drenaje aún tiene caminos de terracería para acceder a la colonia y con lotes baldíos en la periferia, sitios propicios para que la delincuencia haga de las suyas, así mismo, son lugares apartados donde se reúnen grupos vandálicos y pandillas.</p> <p>Es una colonia ladrillera, con un nivel socioeconómico bajo, sus habitantes se dedican básicamente a la construcción, prestación de servicios de manera informal (albañiles, mecánicos,</p>
--	---

<p><i>drogodependencia en la persona, familia o comunidad? ¿Cuál es la conducta que tiene la persona, familia o comunidad, por el consumo de estas sustancias.</i></p> <p><i>c) Aspectos educacionales: Grado de estudio de la persona, familia o comunidad (grupo de adolesctes), que presentan drogodependencia.</i></p> <p><i>d) Aspectos administrativos: ¿Existen evidencias sobre Planes, Programas, Manuales, etc. que contribuyan a la prevención de las drogodependencias en esa localidad?</i></p> <p><i>- ¿Quiénes y cuántos se ven afectados, directa e indirectamente cuando en una población se ha detectado personas que tienen adicción al alcohol, inhalantes y marihuana?</i></p> <p><i>- ¿Cuál es la evolución y qué pasaría en la persona, familia o comunidad si no se actúa sobre el problema de drogodependencia?</i></p> <p><i>- ¿Cuál es la finalidad de realizar este programa de prevención?</i></p>	<p>empleadas domésticas, obreros en la zona industrial y empleados en las ladrilleras)</p> <p>El impacto del consumo de drogas se ve reflejado en:</p> <p>presencia de grupos pandilleriles en las calles,</p> <p>violencia doméstica,</p> <p>violencia entre vecinos,</p> <p>deserción escolar.</p> <p>Teniendo como causales relacionados: un nivel socioeconómico bajo, desintegración familiar, presencia de grupos pandilleriles, pocas opciones de recreación y costumbres extranjeras.</p> <p>El Gobierno del Estado ha implementado programas de prevención de adicciones a través de Centros de atención Primaria para las Adicciones (CAPA), ubicándose uno en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez que ha sido uno de los primeros en ofrecer estos servicios. La secretaría de Salud en conjunto con Centros de Integración Juvenil, Temazcalli y sistema DIF estatal implementan estos programas para la prevención destinando en la</p>
---	--



	<p>administración actual el recurso de \$6,667,354.-.</p> <p>La finalidad de este Programa de es realizar una prevención selectiva, para que los alumnos que cursan el último año de educación secundaria sean capaces de identificar factores de riesgo y de protección en el tema y la habilidad a desarrollar actitudes asertivas frente a la influencia de consumo de sustancias nocivas.</p>
<p><b>2. Objetivos Generales</b></p> <p><i>Precisar los logros que se pretenden alcanzar al aplicar este programa</i></p>	<p>Prevenir a alumnos acerca de los efectos físicos, psicológicos y sociales que causan las adicciones.</p> <p>Concientizar a los alumnos sobre su participación en la prevención de las adicciones.</p>
<p><b>3. Metodología</b></p> <p><i>Para elaborar la metodología, deberás mencionar la forma en que impartirás el Programa de prevención de adicciones a la comunidad a la que irá dirigido.</i></p> <p><i>En la metodología se describe lo siguiente:</i></p>	<p>Metodología:</p> <p>EL programa será desarrollado en 4 fases:</p> <p>1ª Fase:</p> <p>-Identificación de factores de riesgo, opiniones y actitudes frente a la presencia y consumo de adicciones por medio de una encuesta “LAS ADICCIONES Y EL MUNDO” que</p>

<p>1) Si el programa lo aplicarás con el paciente o con el paciente y su familia, describirás los pasos, en forma participativa, que seguirás para aplicar este programa</p> <p>2) Si el programa lo aplicarás en una comunidad (grupo de adolescentes), describirás lo siguiente:</p> <p>a) Los procedimientos que utilizará (encuestas, entrevistas, observación, dinámica de grupos focales, etc.) y cómo y cuándo los aplicarás.</p> <p>b) Instrumentos que utilizará para recopilar la información (cuestionario, guía de entrevista, hoja de registro de observaciones, etc.).</p> <p>c) Descrita en forma participativa</p>	<p>servirá como TEST antes prueba-postprueba, que incluirá:</p> <p>-Edad -Sexo –Número de miembros en la familia –Lugar que ocupa en la familia –Tipo de Familia –Actividades extracurriculares -identificación de estados de ánimo–Familiares con adicciones –vecinos con adicciones – han estado en contacto con sustancias nocivas –quien les ha ofrecido y en donde –si consumen, cantidad y frecuencia –conocimiento de sus familiares de su consumo de sustancias –conocimiento de efectos del consumo de sustancias –conocimiento de factores de riesgo –situaciones hipotéticas sobre acceso a sustancias y la respuesta a ello</p> <p>2ª fase:</p> <p>Concientización de los efectos de las adicciones, por medio de una lluvia de ideas para evaluar el grado de conocimiento general del grupo, dudas, mitos y realidades, acordar con el grupo los tópicos que más les interesa para poner mayor atención a ellos.</p> <p>3ª Fase:</p> <p>Desarrollo de los temas del programa</p>
--	--

	<p>4ª Fase:</p> <p>Reforzamiento de los contenidos en los que los alumnos prepararán una charla informativa para presentar a sus compañeros de 2º año, en la que elaborarán carteles de difusión y material de apoyo.</p>
<p><i>4. Límites del Programa</i></p> <p><i>¿A quién estará dirigido el programa?</i></p> <p><i>Señalar los límites en cuanto a:</i></p> <p><i>a) Universo de Trabajo</i></p> <p><i>b) Espacio o área</i></p> <p><i>c) Tiempo o período</i></p> <p><i>Recuerda que podrás elaborar este programa cuando lo dirijas hacia el paciente o con la familia y el paciente, o hacia la comunidad. Cuando el programa se dirige hacia la comunidad, el desarrollo es el siguiente:</i></p> <p><i>Señalar los límites en cuanto a</i></p> <p><i>a) Universo del trabajo, ejemplo:</i></p> <p><i>20 Adolescentes femeninas entre 11 y 15 años que procedan de familias desintegradas, que vivan en Nezahualcóyotl y que tengan un familiar con adicción.</i></p>	<p>Límites del Programa</p> <p>Programa de Prevención de adicciones al alcohol, inhalantes y marihuana en estudiantes de 3er Grado de la Secundaria Técnica No. 8 de la Colonia Real Peñasco, San Luis Potosí.</p> <p>Señalar los límites en cuanto a:</p> <p>a) Universo de Trabajo Alumnos de 3er grado de secundaria grupos A, B y C</p> <p>b) Espacio o área Salones de clase de la Secundaria Técnica No. 8 de la Colonia Real Peñasco, San Luis Potosí.</p> <p>c) Tiempo o período Del 9 de septiembre al 11 de Noviembre del 2016, 45 min por sesión una hora a la semana Grupo A 8:50 Grupo B 9:30</p>

<p><i>b) Espacio o área, ejemplo: Centro de Salud “Dr. Balmis”</i></p> <p><i>c) Tiempo o período, ejemplo: Del 6 de Febrero al 6 de julio del 2012 (seis meses) Horario: 8:00 a 10:00 horas.</i></p>	<p>Grupo C 10:40</p>
<p><i>5. . Programa de Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias.</i></p> <p><i>a) Justificación</i></p> <p><i>b) Objetivo General</i></p> <p><i>c) Sesiones</i></p> <p><i>d) Evaluación</i></p>	<p>Justificación:</p> <p>Prevenir significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin. Es la acción y efecto de prevenir, es decir, implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiadas para impedir la aparición o surgimiento de un problema. Cualquier tarea preventiva de salud debe partir del conocimiento y la valoración del estado de salud y las condiciones en que se encuentran el individuo y la comunidad a la que se encamina la actividad. En el campo de las adicciones, la prevención se instaura como una labor impostergable que se ubica dentro del proceso global del desarrollo individual y, consecuentemente, del desarrollo de nuestra sociedad.</p>

<p><i>Objetivos: Deben dirigirse hacia cambios de actitudes y conducta con respecto a la salud.</i></p> <p><i>Sesiones: Deberás incluir los Contenidos educativos, técnicas y medios didácticos a utilizar para su</i></p>	<p>El uso-dependencia de drogas se ha convertido en un severo problema social y de salud que afecta a todos los estratos socioeconómicos de la población y exhibe una alta prevalencia mundial, en nuestro país se ha observado un lento pero progresivo avance en la prevalencia del abuso de drogas, afectando primordialmente a jóvenes entre 12 y 22 años. El indicador de abuso de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo en un mes).</p> <p>Se estima que en San Luis Potosí la edad promedio en que se comienza a consumir alcohol es a los 14 años.</p> <p>El consumo de sustancias tóxicas está relacionado con bajo rendimiento y deserción escolar, es por ello que es de vital importancia brindar herramientas a los niños y jóvenes para que sean conscientes del daño del uso de estas.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Que los alumnos sean capaces de identificar factores de riesgo y la habilidad de desarrollar actitudes asertivas frente a la influencia de consumo de sustancias nocivas.</p>
--	---

<p><i>desarrollo y el personal participante. La forma en que podrás elaborar las Sesiones podrás consultarla en el anexo u5t5_programa (inciso “c”).</i></p>	<p>Minimizar la probabilidad de que los alumnos se inicien en el consumo y/o abuso de las drogas.</p>
<p><i>¿Cuáles contenidos teóricos prepararías para impartir este programa de prevención de adicciones a estas sustancias, tomando en cuenta que, de acuerdo al Tiempo en que se impartirá el programa, cuentas con 5 días y 4 horas por día, de 8 a 12 horas?</i></p>	<p>Contenidos Teóricos:</p> <p>1. Introducción a las sustancias psicoactivas (incluyendo tabaco y alcohol).</p> <p>Objetivo: Que los alumnos conozcan cuales son las sustancias tóxicas que causan adicción</p> <p>Técnicas: Exposición Oral, Proyección video.</p>
<p><i>¿Cuáles son los objetivos que tratarías de cubrir en cada una de las sesiones?</i></p>	<p>Medios didácticos: Memorama en el que los alumnos al destapar la ficha deberá indicar consecuencias del uso de la sustancia que destapo.</p>
<p><i>¿Cuáles son las estrategias que utilizarías para impartir los contenidos teóricos?</i></p>	<p>2. Factores de riesgo y consecuencias del abuso de sustancias:</p>
<p><i>¿Cómo podrías favorecer el desarrollo del empoderamiento en las adolescentes con adicción al alcohol, inhalantes y marihuana?</i></p>	<p>Objetivo: Que los alumnos describan los factores de riesgo y consecuencias psicológicas, económicas y de salud del uso de sustancias.</p>
<p><i>¿Cuáles son las habilidades que las adolescentes necesitan tener o adquirir?</i></p>	<p>Técnicas: Exposición Grupal</p> <p>Medios didácticos: Serie de preguntas y respuestas de cada grupo expositor.</p>
<p></p>	<p>3. Habilidades para tomar decisiones: Solución de problemas.</p>

<p><i>Evaluación: Con base en el objetivo general, determinar la eficacia y eficiencia de la educación para la salud desarrollada.</i></p>	<p>Objetivo: Que los alumnos conozcan el proceso de toma de decisiones y conductas asertivas</p> <p>Técnica: Presentación de socio dramas por equipos</p> <p>4. Comunicación: Establecer y mantener relaciones interpersonales positivas.</p> <p>Objetivo: Que los alumnos aprendan sobre conductas asertivas y proceso de comunicación.</p> <p>Identificar trastornos en la comunicación cuando una persona es adicta.</p> <p>Técnica: Exposición</p> <p>Medios didácticos: Dramatización por parte del ponente para que los alumnos identifiquen y lluvia de ideas para enlistar errores en la comunicación y propongan posibles soluciones.</p> <p>5. Autoestima saludable: Conocimiento de sí mismo, manejo de emociones.</p> <p>Objetivo: Que los alumnos identifiquen sus conductas y tengan buen manejo de sus emociones.</p> <p>Técnica: Exposición</p> <p>Medios didácticos: presentación sketch sobre conductas y manejo de</p>
--	---

	<p>emociones, resolución de Tests sobre autoestima</p> <p>6. Habilidades para enfrentar efectivamente los sentimientos, las frustraciones, la soledad y las tensiones.</p> <p>Objetivo: Definir trastornos de personalidad</p> <p>Técnica: Exposición</p> <p>Medios didácticos: Resolución de cuestionario para identificar grado de depresión por la que atraviesan.</p> <p>Técnicas de relajación</p> <p>Estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Información pertinente sobre factores de riesgo y de protección en el tema y la habilidad a desarrollar.</li><li>2.- Concientización a través de técnicas de reflexión de tipo psicocorporal para traer el tema manejado en información a la vida cotidiana.</li><li>3.- Modelamiento de habilidades protectoras, en donde se busca que los grupos de niñas, niños, adolescentes y adultos aprendan técnicas de protección, es decir, diferentes maneras de lidiar con los conflictos o estresores para que se orienten hacia la solución de sus dificultades.</li></ol>
--	--



	<p>A lo largo del proceso preventivo, se propone trabajar en el desarrollo de cinco competencias básicas, con base en las recomendaciones de los expertos nacionales e internacionales en materia de prevención de adicciones:</p> <p>Resiliencia.</p> <p>Habilidades para la vida.</p> <p>Estilos de vida.</p> <p>Ambientes protectores de las adicciones, y</p> <p>Plan de Vida.</p> <p>Evaluación:</p> <p>El presente programa marca lineamientos claros para que los alumnos puedan discernir sobre el no uso de sustancias, tomar conciencia de los daños a la salud y transmitir lo aprendido en este, mediante la participación y cambios de actitud.</p>
<p><b>6. Organización</b></p> <p><i>a) Interna: Personal de salud que aplicará el programa (si el programa está dirigido a una comunidad)</i></p>	<p>Organización</p> <p>Interna:</p> <p>Enfs., María Guadalupe Jaramillo Díaz de León, Irma López de Santiago.</p> <p>3 Pasantes de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social (PLESS)</p>

<p><i>b) Externa: Personas de la comunidad que contribuirán a la aplicación del programa. (Directora de la escuela, Jefe de Manzana o de la Colonia, Sacerdote, etc.)</i></p>	<p>de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.</p> <p>Externa:</p> <p>Director de la Escuela Secundaria No. 8.</p> <p>Profesor de la Materia Educación Cívica y Ética.</p>
<p><b>7. Recursos.</b></p> <p><i>Enunciar los recursos humanos, materiales y financieros disponibles para la realización del programa.</i></p> <p>a) <i>Humanos</i>  b) <i>Materiales</i>  c) <i>Financieros</i></p> <p><i>Ejemplo:</i></p> <p>a) <i>Recursos Humanos: Enfermeras que participarán en el desarrollo del programa de prevención de adicciones y la Jefe de Enfermeras de la institución hospitalaria o centro de salud o centro comunitario donde laboras.</i></p> <p>b) <i>Materiales: Mencionarás todo el material que utilizarán en el programa de prevención de adicciones</i></p>	<p><b>Recursos</b></p> <p>a) <b>Humanos:</b> Enfermeras del Centro de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 5 en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí.</p> <p>b) <b>Materiales:</b> Salón, sillas, copias, hojas blancas, cinta, seguros, papelográficos, plumones, proyector, grabadora, CD de música, paliacates, cuerdas, globos, pelotas de plástico, 3 espejos 20x20 cm, sobres tamaño carta, revistas, periódicos, pegamento.</p> <p>c) <b>Financieros:</b> Centro de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 5 en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí.</p>

<p>Salón; computadora, videoprojector, pizarrón, hojas blancas, lápices, etcétera.</p> <p>c) <i>Financieros: Mencionarás que será la institución donde laboras quien solventará los gastos o la escuela donde se impartirá o que será solamente la enfermera coordinadora del programa de prevención de adicciones quien lo hará.</i></p>	
<p>8. <i>Aplicación del Programa de Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias.</i></p> <p><i>En este apartado anotarás como se llevará a cabo la aplicación y la supervisión del programa de prevención de adicciones: a través de informes, de la observación, de la respuesta emocional que tienen las adolescentes acerca de los contenidos teóricos o del análisis y discusión de los contenidos teóricos, etc.</i></p>	<p>Aplicación y supervisión del programa</p> <p>A través de la evaluación de la encuesta “LAS ADICCIONES Y EL MUNDO” al inicio y final del Programa.</p> <p>Participación activa de los alumnos, al menos 2 participaciones espontaneas por sesión, de las cuales se llevará un registro.</p> <p>Registrar el impacto de cada una de las dinámicas, ejercicios y técnicas realizadas en cada sesión (mala, regular, buena, excelente según el interés y participación del grupo)</p> <p>Participación activa de los alumnos en la sesión a los alumnos de 2º, en la que los alumnos se evaluarán entre ellos.</p>

<p>9. <i>Evaluación del Programa de Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias.</i></p> <p><i>¿Cómo llevarás a cabo la evaluación del Programa?</i></p> <p><i>Con base en los objetivos planteados enlistar los indicadores que permiten determinar la eficacia de las actividades que se realizaron</i></p> <p><i>Mencionarás la forma en que podrías evaluar la participación de la Jefa de Enfermeras, Directora de la Escuela, de las alumnas participantes en el programa y de tu propia participación en el desarrollo del programa de prevención de adicciones.</i></p>	<p>Prevenir a alumnos acerca de los efectos físicos, psicológicos y sociales que causan las adicciones.</p> <p>Concientizar a los alumnos sobre su participación en la prevención de las adicciones.</p> <p>Inmediatos : Encuesta inicial “LAS ADICCIONES Y EL MUNDO”</p> <p>Inmediatos : Verbalización de dudas e inquietudes</p> <p>Participación activa en las sesiones</p> <p>Finales: encuesta final “LAS ADICCIONES Y EL MUNDO” y evaluación de los alumnos de cada una de las fases y del personal que lo implementó.</p> <p>Evaluación de Participación:</p> <p>Jefa de Enfermeras: Facilitación de recursos al personal que implemento el programa: tiempo, material, transporte, gestiones: oficios, permisos.</p> <p>Directora de la Escuela:</p> <p>Disposición: pronta respuesta a oficios, llamadas, entrevistas, si propicio o no la</p>
---	---

	<p>colaboración con el personal de la institución.</p> <p>Facilitación de recursos al personal que implemento el programa: uso instalaciones, tiempo</p> <p>Alumnos: interés y participación, colaboración, respeto hacia el personal, compromiso para realizar sesión con grupos 2°.</p> <p>Propia: puntualidad, utilización correcta de recursos: materiales, tiempo, apego al programa, coordinación con equipo de trabajo y personal escolar.</p>
<p><i>10 Referencias Bibliográficas.</i></p> <p><i>Mencionar la bibliografía que consultarías para elaborar el programa, escríbela en estilo APA (información epidemiológica, y las Sesiones del Programa de Educación para la Salud)</i></p>	

Pueblos de América. com, Localidades de México, San Luis Potosí, 15 abril 2015  
<http://mexico.pueblosamerica.com/i/penasco-2/>

Programa de Inversión 2013, Presupuesto en base a resultados, Gobierno del Estado de San Luis Potosí 2009-2015 Secretaría de finanzas, abril 2013 en  
<http://www.slpfinanzas.gob.mx/pdf/proyectos/POA%202013%20-%20Presupuesto%20base%20a%20Resultados.pdf>

Vélez A. Modelo Preventivo, Construye tu vida sin adicciones, Abril 2014  
<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>

Programas permanentes de Prevención de adicciones, (20013)  
<http://www.slp.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/boletines/2298-programas-permanentes-de-prevencion-de-adicciones>

Campolla O. Gonzalez J (2003) Anuario de Investigación en adicciones VOL.4 No.1  
Universidad de Guadalajara, en  
[http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario\\_investigacion\\_adicciones/Anuarios\\_PDFs/Anuario4.pdf](http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/Anuarios_PDFs/Anuario4.pdf)

Programa Nacional de escuela Segura, 2009, SEP  
<http://www.slideshare.net/Valfh/orientaciones-para-la-prevencion-de-adicciones-primaria-456>

Acero Achirica Alicia. (2011). *Guía Práctica para una prevención eficaz*. Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales)

[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/prevencion\\_eficaz.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/prevencion_eficaz.pdf)

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la Prevención de Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf)



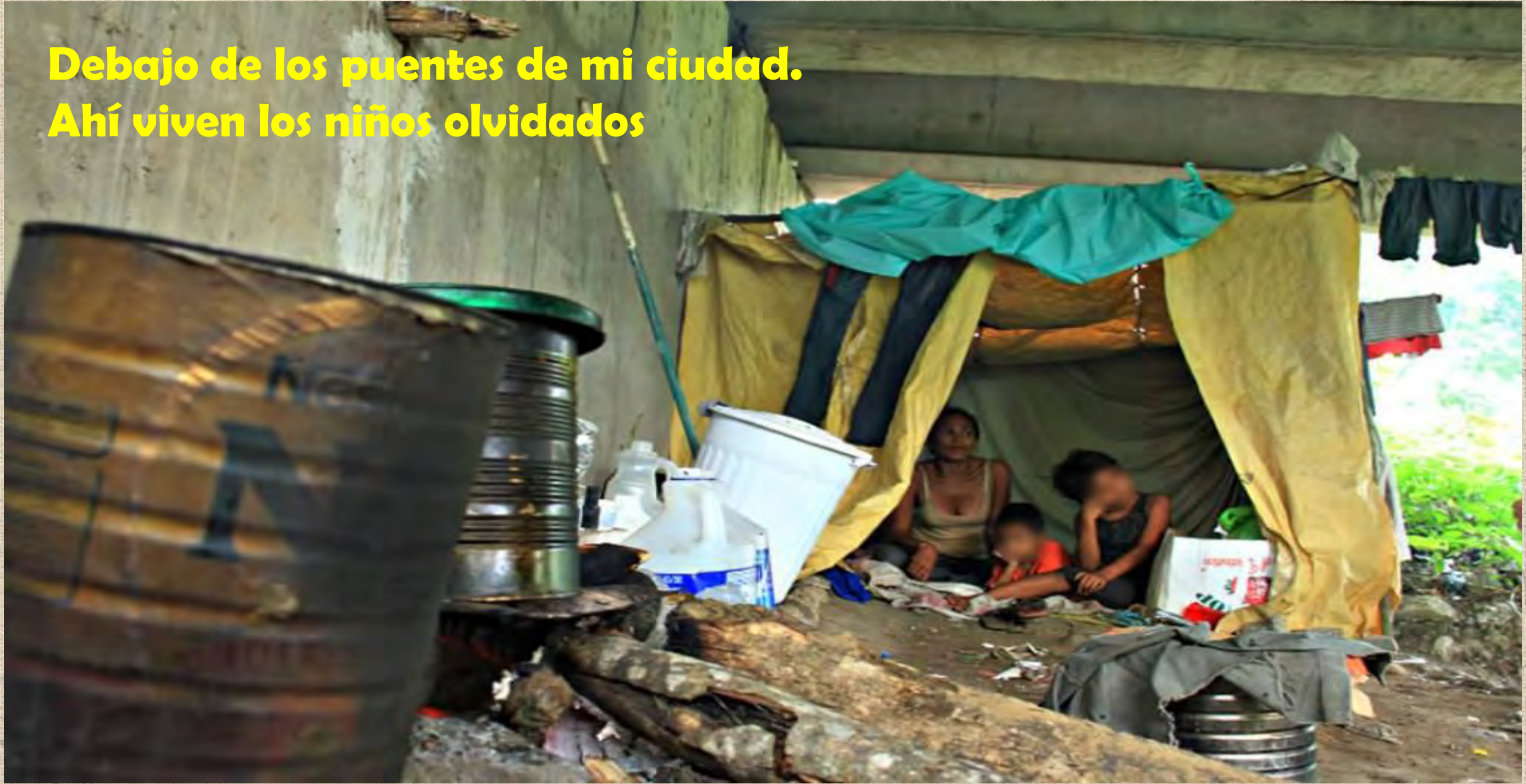
igritos de la



calle!



**Debajo de los puentes de mi ciudad.  
Ahí viven los niños olvidados**







¿En dónde  
están sus  
padres? ¿dónde  
estarán?  
¿Acaso muertos  
o en garras  
del pecado?

## DEBAJO DE LOS PUENTES VI A MANUEL



Un niño de mirada transparente

Con varias cicatrices en la frente

Que siempre anda andrajoso y  
mal rapado.  
¡Ay Manuel! ¡Cómo me duele  
mirarte!  
Como me duele encontrarte

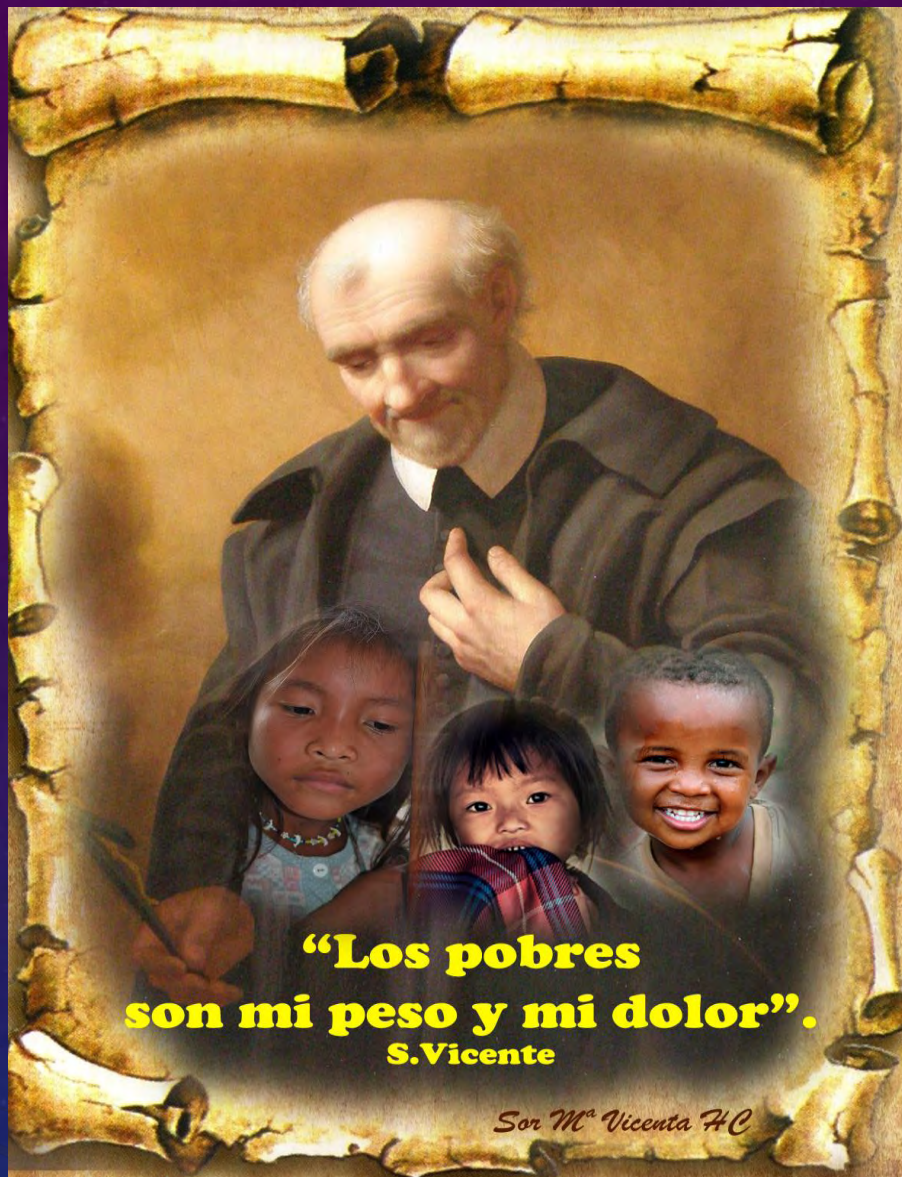


**Tanto que a veces prefiero fingir que no te veo**

**Perdóname Manuel de mi egoísmo.  
Perdóname Manuel de mi cinismo**

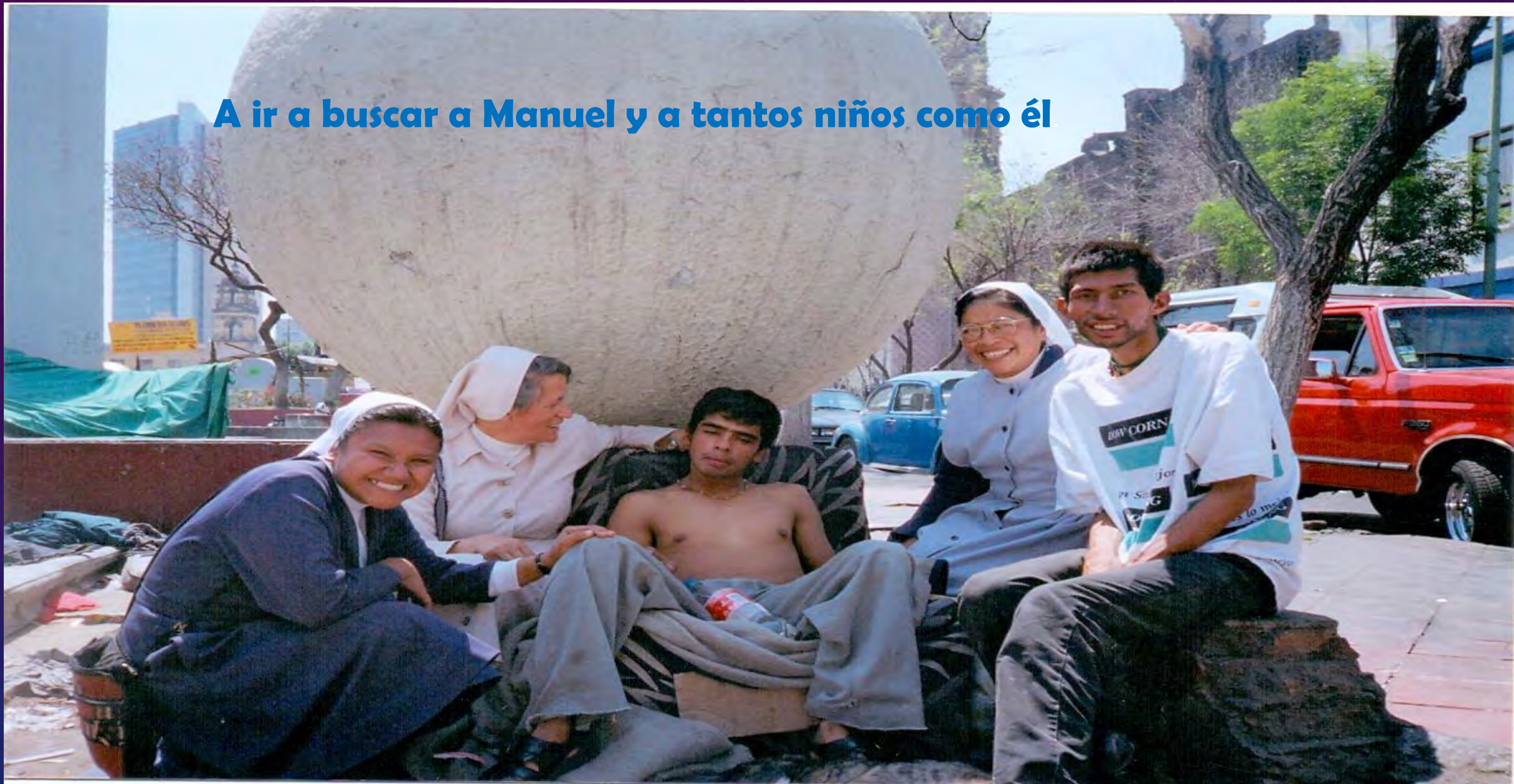


Debajo de la capa de un anciano  
Ahí viven los niños rescatados.  
Prendidos firmemente a su sotana.



**Ya nada les faltará,  
Dios proveerá**

**A ir a buscar a Manuel y a tantos niños como él**



**Dáme la mano Manuel abrázame**





**Ay Caridad urgente y santa /  
Me impulsas a servir a mis hermanos.**



ME HAS VENCIDO Y ME DEJÉ VENCER / CON LAS DULCES PALABRAS  
DE SAN VICENTE ANCIANO.



- **Caritas Christi urgit nos**  
**Caritas Christi urgit nos**



- **El que reciba a un niño como éste en mi nombre, a mí me recibe; y el que me recibe a mí, no me recibe a mí, sino a aquel que me envió.**
- **( Mt. 25, 35)**

¡Gritos de la calle!  
Autor: Irma López de Santiago  
Presentación: Karla López Lepe  
Música: Grupo Jésed.  
Disco: San Vicente.  
Melodía: Caritas Christi  
Presentación:  
17-sep.-2017