

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES,
SERVICIO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES,
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO
DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" 2017**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

ANA JULIA YATACO MAGALLANES

**Callao, 2017
PERÚ**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 Descripción de la situación problemática	04
1.2 Objetivo	06
1.3 Justificación	06
II. MARCO TEÓRICO	08
2.1 Antecedentes	08
2.2 Marco Conceptual	11
2.3. Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de datos:	29
3.2 Experiencia profesional	29
3.3 Procesos realizados en el presente Informe	32
IV. RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES	44
VI. RECOMENDACIONES	45
VII. REFERENCIALES	47
ANEXOS	49

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional, titulado intervención de enfermería en adolescentes con trastornos mentales en el servicio de niños y adolescentes del instituto nacional de salud mental "Honorio delgado Hideyo Noguchi" 2017 tiene por objetivo describir la intervención del profesional de enfermería en la atención de los adolescentes con trastornos mentales.

La población adolescente mundial es de más de mil millones, y representa el 85 % en los países en desarrollo, las adolescentes y los adolescentes peruanos suman cerca de 6 millones, y representan el 21% de la población (DR. FREDY DELGADO DIAZ, 2007). La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendido entre los 10 y 19 años, durante la cual el niño se transforma en adulto y está marcado para cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social; presenta cambios que implican el inicio de una intensa sexualidad, con múltiples aspectos y sentimientos, que según su desarrollo influyen y son influidos en todo el ámbito personal y social. (Saez, 1992) Los amigos en la vida del adolescente significan mucho para él ya que estos son los que le transmiten alegría para su vida, en esta etapa el adolescente siente la necesidad de ser libre de actuar sin restricción, es por eso que se desligan del poder de los padres, pero a la vez no se da cuenta que este mundo en el que se encuentra, le presenta muchas cosas para llamar su atención, el adolescente no debe dejar arrastrarse por la corriente el error y por ser el dueño de su cuerpo ,

tiene el deber de cuidarlo y por la capacidad de inteligencia que posee , distinguir entre lo que es bueno y malo para su futuro.

Para el adolescente el enamoramiento es la causa de sus problemas, ya que cuando se sienten atraídos por alguien hacen lo que sea para llamar su atención exponiendo su propia salud y es su pareja la que más daño le hace.

La familia es parte fundamental en el desarrollo de los adolescentes, ya que si los padres no le dan una debida importancia a los problemas que tienen sus hijos, hacen que estos sean más vulnerables para caer en errores.

Se concluye con el presente informe que el usuario adolescente requiere de cuidados especializados y humanizados, la intervención de la enfermera debe ser oportuna, eficiente, eficaz, con conocimientos científicos en atención directa e indirecta al usuario y de esta manera el usuario adopte nuevos estilos de vida que le permitirá para darle calidad de vida,

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial el 7% al 15% de los adolescentes terminan con problemas de salud mental. Un adolescente de 12 a 19 años sin ningún problema de salud mental tiene un desarrollo cognitivo del 99%.

La salud mental en adulto y adolescentes ha sido uno de los principales ejes de intervención a nivel mundial, a nivel de América Latina y a nivel del Estado Peruano, sobre todo porque esta población se encuentra en situación de especial vulnerabilidad debido a los riesgos a los que están expuestos.

De acuerdo a un estudio de la Organización Mundial de Salud (OMS) realizado durante los años 2007 y publicado en el 2008 en la revista THE LANCET, el número de adolescentes con problemas de salud mental en adolescentes van en aumento de un 5% a un 20% entre los adolescentes de América Latina, en los últimos 10 años, teniendo en cuenta que en el Perú el porcentaje de trastornos mentales ascendió en el 2011 a 22,9%. Lima Metropolitana.

En Lima, se registran más 1600 atenciones a adolescentes anualmente, estos representan el 9% del total de adolescentes. Según subsistema de vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental las principales causas de muerte en adolescentes son suicidio 29%, en el instituto nacional de salud mental Honorio delgado Hideyo Noguchi en el año 2016 fueron atendidos 7335, personas durante el año 2016 de los cuales un 15% son adolescentes (según Informe Estadístico del instituto nacional de salud mental Honorio delgado Hideyo Noguchi).

El servicio se encuentra ubicado en el primer piso de pabellón damas B1 tiene estructurado con 1 ambiente de tóxico equipado con materiales necesario para atender una emergencia, 1 ambiente para nutrición para servir alimentos de los adolescentes, 1 ambiente con tres camas para los adolescentes varones, 1 ambiente de ropería, 1 ambiente de ropa sucia, 2 baños para pacientes uno de varones ,1 de damas, 2 ambiente de Clinoterapia las cuales no se utiliza, dos consultorio médicos, 1 ambiente de uci, 1 ambiente de intermedios, 1 ambiente de generales, 1 sala multiusos, 1 sala de actividades, 1 ambiente de enfermería, 1 ambiente para el personal de limpieza.

El equipo humano consta de: 1 Enfermera Jefa, 07 Enfermeras especialista en salud mental, 13 Técnicas de Enfermería.

En el servicio ingresan adolescente de alto riesgo, donde se brinda atención inmediata a todos los adolescentes de todo las regiones del Perú.

El presente trabajo estará enfocado en la intervención de enfermería con pacientes adolescentes con problemas de salud mental donde ellos tienen mayor riesgo de presentar problemas de riesgo suicidio, alimentario como anorexia, bulimia, esquizofrenia, trastorno obsesivo. En estos puntos claves, es donde se dará la atención al adolescente, que representan un desafío para las Enfermeras del servicio de niños y adolescentes, ya que de acuerdo a la eficiencia y eficacia de nuestras intervenciones durante la atención dependerá del pronóstico y calidad de vida del adolescente.

1.2. OBJETIVO

Describir la intervención del profesional de enfermería en la atención de los adolescentes con trastornos mentales en el servicio de Hospitalización de niños y adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio delgado Hideyo Noguchi".

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se ha incrementado los problemas de salud mental de los adolescentes, es un compromiso y una responsabilidad, la cual nos con lleva a estar constantemente en capacitación según el avance de la era tecnológica y científico.

El haber elaborado y aplicado manual de actividades lúdicas nos ha permitido como profesionales detectar problemas que pudieran presentarse y así anticiparnos e intervenir para brindar un cuidado humanizado y concluir con un resultado exitoso.

Al brindar intervenciones de enfermería oportuna y adecuada estamos contribuyendo así a este grupo poblacional.

Un ejemplo de ello resulta el uso de juegos de bingo, domino, ludo, damas, cartas, michí, memoria, donde se ha comprobado su beneficio de mejorar la capacidad cognitiva y motora.

Una forma de evaluar los avances de estas intervenciones es que ha disminuido en los pacientes adolescentes hospitalizados las agitaciones psicomotriz y el ocio.

La descripción de las intervenciones de enfermería en la atención con trastornos mentales del adolescente nos compromete a mejorar la calidad del cuidado dándonos mayor grado de satisfacción a los profesionales de enfermería.

II . MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Nivel: Internacional

MIRTHA ROSES PERIAGO, (1990) “PROBLEMAS MENTALES Y MORBILIDAD EN LA SALUD MENTAL”.

Cuyo objetivo fue conocer problemas mentales y morbilidad en el continente americano dice roses que si en 1990 existía en américa un número aproximado de 114 millones de trastornos mentales ,esa cifra aumentara en 176 millones para 2010 y que lo preocupante es que tan solo una minoría recibe tratamiento roses aseguro que según los diagnósticos que la OPS había realizado en México en personas con enfermedades mentales ,el 80 % de los pacientes diagnosticados no habían recibido ningún tipo de atención en los 12 meses previos al realizado por la OPS además ,añade roses que una cuarta parte de la población adulta en américa latina y en el Caribe ha sufrido de algún problema mental , que al menos cinco millones de personas sufren epilepsia y de estos solo un 1,5 millones reciben algún tipo de atención.

Kohlberg (2009) –México– “desarrollo cognitivo en adolescente”.

cognitivamente los adolescentes se caracterizan por la capacidad de desarrollar un pensamiento abstracto ,son capaz de imaginar diferentes posibilidades y pensar en situaciones hipotéticas es decir , ir más allá de lo concreto .sin embargo ,no siempre se alcanza en todos los sujetos ya

que depende de apoyo cultural y educacional que lo estimule: el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo porque no se puede hacer juicio sin la capacidad de dejar de lado la propia perspectiva y situarse en el lugar del otro .

Los adolescentes típicos se ubican frecuentemente entre 5ta y 6ta etapa del razonamiento moral según Kohlberg, caracterizada por actuar de acuerdo a la norma e implica un pensamiento democrático.

la participación de los profesionales de la salud en la implementación de programas de seguimiento para los problemas de salud mental en adolescentes como objeto de investigación con el fin de verificar los efectos benéficos de las intervenciones tempranas en los adolescentes los resultados pueden contribuir a evaluar las intervenciones y mejorar el cuidado del adolescente.

WILLIAN GLASSER – ESTADO UNIDENSE – “MODELO DE SALUD PUBLICA”.

Modelo establecido deliberadamente para el servicio de millones de personas Glasser presenta este modelo de manera **extendida** en un modelo de servicios de salud pública mental para que se ponga en práctica por profesionales en el área en lugar de según afirma Glasser establecimiento de una industria de profesionales de la salud mental que prestan servicios sin diagnósticos.

Nivel: Nacional:

CACHAY LÓPEZ –PAUL AQUILES (2011) – Perú – “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTE ESCOLARES DE SECUNDARIA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LIMA METROPOLITANA 2010”.

El presente estudio tuvo como objetivo el incremento paulatino y constante del fenómeno suicida especialmente en adolescente según la organización mundial de la salud en un 90 %de los suicidios de niños y adolescentes se ha detectado algún problema mental como causa fundamental siendo los trastornos más comunes los trastornos del ánimo ,la ansiedad y el abuso de sustancias los suicidas tienen mayores cargas ambientales que sus iguales no suicidas ,tales como historiales de abuso problemas familiares ,consideraciones culturales , dificultades con las relaciones interpersonales y exposición a tensión crónica o abrumadora unidas a la depresión ,estas cargas aumentan la probabilidad de suicidio este grupo etario generalmente se encuentra en una etapa escolar .

GUERRERO, QUIROZ E.S.; (2012) – Perú – “Experiencias de las enfermeras en el cuidado de los pacientes adolescente”.

Cuyo objetivo fue describir y analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de pacientes adolescentes en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo- Chiclayo.

La investigación se desarrolló empleando el enfoque cualitativo. Los sujetos de investigación lo conformaron 7 enfermeras, que laboran en el

servicio de neonatología a quienes se les realizó una entrevista semi-estructurada a profundidad. El procedimiento de la información obtenida se logró a través del análisis temático, durante el desarrollo de la investigación se cumplieron los principios éticos de E. Sgreccia (2009).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Para poder comprender el trabajo desde una perspectiva científica entenderemos que hay teorías de enfermería importantes que fundamentalmente avalan nuestros cuidados de enfermería a un ser vivo dependiente totalmente como es un adolescente.

2.2.1 TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO ADOLESCENTE

Existe cuatro teorías más elaboradas sobre el desarrollo: la psicoanalítica, la cognitiva, la del aprendizaje conductual y social, y la eco-lógica. La diversidad de enfoques teóricos determina que entender el desarrollo adolescente sea una empresa bastante complicada. Justo en el momento en que una teoría parece explicar satisfactoriamente el desarrollo adolescente, surge otra que nos obliga a replantearnos las conclusiones previas. No debemos olvidar que el desarrollo adolescente es complejo y que tiene múltiples facetas. Aunque no ha habido ninguna teoría que permita explicar todos los aspectos del desarrollo adolescente.

La teoría psicoanalítica

Describe el desarrollo fundamentalmente como un proceso inconsciente es decir, más allá de la conciencia e intensamente teñido por las emociones. Los teóricos psicoanalíticos consideran que el comportamiento sólo es una característica superficial y que, para entender verdaderamente el desarrollo, tenemos que analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento interno de la mente. Los teóricos psicoanalíticos también hacen hincapié en la idea de que las experiencias tempranas con los padres moldean considerablemente el desarrollo. Estas características se reflejan claramente en la principal teoría psicoanalítica, la de Sigmund Freud.

Estructura de la personalidad. Freud (1917) creía que la personalidad estaba compuesta por tres estructuras diferentes: el id o ello, el ego o yo y el superego o super yo. El id o ello, es la estructura freudiana de la personalidad que está integrada por los instintos, los cuales constituyen la reserva de energía psíquica de una persona. En la teoría de Freud, el id es completamente inconsciente; no tiene ningún contacto con la realidad. Cuando los niños experimentan las exigencias y restricciones impuestas por la realidad, emerge una nueva estructura de la personalidad —el ego o yo—, la estructura freudiana de la personalidad que afronta las demandas de la realidad. El ego se denomina la «rama ejecutiva» de la personalidad por-que toma decisiones racionales. El id y el ego no tienen moralidad — no tienen en cuenta si las cosas están bien o mal. El superego o superyó, la tercera estructura freudiana de la personalidad, es la «rama moral» de

la personalidad. El superego tiene en cuenta si las cosas están bien o mal. Podemos pensar en el superego como en lo que solemos denominar «conciencia». Probablemente ya habrá empezado a intuir que el id y el superego se lo ponen muy difícil al ego. Su ego puede decir: «Mantendré relaciones sexuales sólo ocasionalmente y me aseguraré de tomar las precauciones necesarias porque no quiero que el hecho de tener un hijo interfiera con mis estudios». Pero su id le dirá: «Quiero satisfacer mis instintos; el sexo es placentero». Y su superego también tendrá algo que decir: «Me siento culpable por mantener relaciones sexuales».

La teoría de Erikson (1902-1994) reconoció la aportación de Freud, pero consideraba que no supo ver algunas dimensiones importantes del desarrollo humano. Por ejemplo, Erikson (1950, 1968) habló de estadios psicosociales, a diferencia de las fases psicosexuales de Freud. Para Freud, la motivación primaria del comportamiento humano era de carácter sexual, para Erikson era de carácter social y reflejaba el deseo de afiliarse con otras personas. Erikson hizo hincapié en que el cambio evolutivo tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital, mientras que Freud consideraba que la personalidad básica se moldea durante los primeros cinco años de la vida. En la **teoría de Erikson**, existen ocho estadios psicosociales que abarcan todo el ciclo vital (véase el Cuadro 2.1). Cada uno de ellos se centra en una sola tarea evolutiva que enfrenta a la persona a una crisis que debe superar. Según Erikson, estas crisis no son catástrofes, sino puntos de inflexión de mayor vulnerabilidad y mayor potencial. Cuanto más

eficazmente resuelva estas crisis un individuo, más saludable será su desarrollo (Hopkins, 2000).

Teorías cognitivas

Mientras que las teorías psicoanalíticas subrayan la importancia de los pensamientos inconscientes de los adolescentes, las teorías cognitivas enfatizan sus pensamientos conscientes. Tres teorías cognitivas importantes son la de Piaget, la de Vygotsky y la del procesamiento de la información.

La teoría de Piaget El famoso psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980) elaboró una importante teoría sobre el desarrollo cognitivo. **La teoría de Piaget** sostiene que las personas construyen activamente su comprensión del mundo y pasan por cuatro estadios de desarrollo cognitivo. Dos procesos subyacen a esta construcción cognitiva del mundo: la organización y la adaptación. Para dar sentido al mundo, organizamos nuestras experiencias. Por ejemplo, separamos las ideas importantes de las menos importantes y conectamos ideas entre sí. Pero no nos limitamos a organizar nuestras observaciones y experiencias, también adaptamos nuestro pensamiento para incluir nuevas ideas porque la información adicional acrecienta nuestra comprensión.

Piaget creía que atravesamos cuatro estadios en nuestra comprensión del mundo. Cada estadio está relacionado con la edad e implica una forma particular de pensar. Recordemos que es la forma diferente de entender el mundo lo que determina que una persona se encuentre en un estadio o en otro; adquirir más información no implica avanzar de un estadio a otro en

la teoría de Piaget. A esto se refería Piaget cuando sostenía que la cognición es cualitativamente diferente en cada uno de los distintos estadios de desarrollo.

La teoría de Vygostky (1896-1934), al igual que Piaget, creía que los niños construyen activamente su conocimiento. La **teoría de Vygotsky** es una teoría cognitiva sociocultural que enfatiza la importancia del análisis evolutivo y el papel que desempeñan el lenguaje y las relaciones sociales. Vygotsky nació en Rusia el mismo año que Piaget, pero falleció mucho antes, con sólo 37 años. La mayoría de académicos norteamericanos no entraron en contacto con las ideas de Piaget y de Vygotsky hasta la década de 1960, momento en el que sus obras se tradujeron al inglés. Durante las últimas décadas, los psicólogos y educadores norteamericanos han mostrado un importante interés por las ideas de Vygotsky (1962).

La teoría de Vygostky se basa en tres ideas principales (Tappan, 1998): (1) las habilidades cognitivas de los niños y adolescentes se entienden mejor cuando se analizan e interpretan evolutivamente; (2) las habilidades cognitivas están mediadas por las palabras, el lenguaje y las formas del discurso, que actúan como herramientas psicológicas para facilitar y transformar la actividad mental; y (3) las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y están inmersas en un trasfondo sociocultural..

Para Vygotsky adoptar un enfoque evolutivo significa que, para entender cualquier aspecto del funcionamiento infantil y adolescente, se deben examinar sus orígenes y transformaciones desde formas tempranas a formas más tardías. Por ello, un acto mental en concreto no se puede considerar aisladamente, sino que se debe evaluar como un paso más en un proceso de desarrollo gradual.

La segunda idea de Vygotsky afirma que, para entender el funcionamiento cognitivo, es necesario examinar las herramientas que lo median y le dan forma, y ello le llevó a creer que el lenguaje es la más importante de esas herramientas. Vygotsky argumentó que el lenguaje es la herramienta que ayuda al niño y al adolescente a planificar actividades y a resolver problemas.

La tercera idea de Vygotsky era que las habilidades cognitivas se originan en las relaciones sociales y la cultura. Vygotsky consideraba que el desarrollo cognitivo del niño y del adolescente no se puede separar de las actividades sociales y culturales. Creía que el desarrollo de la memoria, la atención y el razonamiento implican aprender a utilizar las herramientas que han creado la sociedad, tales como el lenguaje, el sistema matemático y las estrategias nemotécnicas.

Teorías conductuales y sociocognitivas

Las **teorías conductuales y sociocognitivas** subrayan la importancia de estudiar las experiencias ambientales y el comportamiento observable. Los teóricos socio cognitivos insisten en la importancia de los factores personales/cognitivos sobre el desarrollo.

El conductismo de Skinner. El conductismo hace hincapié en el estudio científico de las respuestas conductuales observables y sus determinantes ambientales. En el conductismo de B. F. Skinner (1904-1990), la mente, consciente o inconsciente, no es necesaria para explicar el comportamiento y el desarrollo. Para Skinner, el desarrollo es comportamiento. Por ejemplo, la observación de Sam indica que su comportamiento es tímido, orientado hacia la motivación de logro y afectuoso. ¿Por qué se comporta Sam de ese modo? Para Skinner (1938), las recompensas y los castigos del entorno de Sam lo han moldeado para que sea una persona tímida, orientada hacia la motivación de logro y afectuosa. En sus interacciones con sus familiares, amigos, profesores y otras personas, Sam ha aprendido a comportarse de ese modo.

Puesto que los conductistas consideran que el desarrollo es aprendido y a menudo cambia en función de las experiencias ambientales, afirman que la reorganización de las experiencias puede modificar el desarrollo (Adams, 2000; Hayes, 2000). Para un conductista, el comportamiento tímido se puede transformar en comportamiento extrovertido, el comportamiento agresivo en comportamiento dócil y el comportamiento aburrido en entusiasta y motivado.

Teoría sociocognitiva. Algunos psicólogos consideran que los conductistas están en lo cierto cuando dicen que la personalidad se aprende y que está fuertemente influida por los factores ambientales. Pero opinan que Skinner fue demasiado lejos al sostener que las características de la persona, o factores cognitivos, no son importantes para entender el

desarrollo. La teoría sociocognitiva sostiene que el comportamiento, el ambiente y los factores personales/cognitivos son importantes para entender el desarrollo.

Albert Bandura (1986, 1997, 2000) y Walter Mischel (1973, 1995) son los creadores de la versión contemporánea de la teoría sociocognitiva, que en un principio se denominó teoría del aprendizaje social (Mischel, 1973). Como ilustra la Figura 2.3, Albert Bandura afirma que el comportamiento, el ambiente y los factores personales/ cognitivos interactúan recíprocamente. Por lo tanto, en la propuesta de Bandura, el ambiente puede determinar el comportamiento de una persona (lo que coincide con el enfoque de Skinner), pero hay que tener en cuenta otros muchos elementos. El comportamiento de la persona puede modificar el ambiente, y los factores personales/cognitivos pueden influir sobre el comportamiento de una persona y viceversa. Entre los factores personales/cognitivos se incluye la autoestima (la creencia de que uno es capaz de dominar una situación y obtener resultados positivos), los planes y las habilidades de pensamiento.

Teoría ecológico-contextual

Urie Bronfenbrenner (1917) propuso un enfoque marcadamente ambiental sobre el desarrollo infantil que está recibiendo una gran atención. La **teoría ecológico-contextual** es el enfoque teórico de Bronfenbrenner sobre el desarrollo. Postula la existencia de cinco sistemas ambientales, que van desde de la interacción directa con los agentes sociales de menor alcance, hasta el influjo de la cultura de mayor alcance. Los cinco sistemas

de la teoría ecológico-contextual de Bronfenbrenner son el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema (1986, 1995; Bronfenbrenner y Morris, 1998).

El microsistema es el entorno en el que vive el individuo. Este contexto incluye a la familia, los compañeros, el colegio y el vecindario. En el microsistema es donde tienen lugar la mayoría de las interacciones directas con los agentes sociales —por ejemplo, con los padres, los compañeros de clase y los profesores—. El individuo no se ve como un receptor pasivo de experiencias dentro de cada contexto, sino como alguien que ayuda a construir los entornos en los que vive. Bronfenbrenner señala que la mayor parte de las investigaciones sobre las influencias socioculturales se han centrado en el microsistema.

El mesosistema se refiere a las relaciones existentes entre distintos microsistemas, o conexiones entre contextos, como la relación entre las experiencias familiares y escolares, entre las experiencias escolares y laborales, o entre las familiares y las del grupo de compañeros. Por ejemplo, los adolescentes que han sido rechazados por sus padres pueden tener dificultades para desarrollar relaciones positivas con sus profesores. Los estudiosos del desarrollo cada vez están más convencidos de que, para obtener una imagen más completa del desarrollo adolescente, es importante observar el comportamiento en múltiples contextos o ambientes, como el familiar, el escolar y el del grupo de amigos.

El exosistema se refiere a cuando las experiencias en otro contexto social en el que el individuo no desempeña un papel activo repercuten sobre lo

que se experimenta en un contexto más inmediato. Por ejemplo, las experiencias laborales de una mujer pueden repercutir sobre las relaciones que mantiene con su marido y su hijo adolescente. A la mujer la pueden ascender en el trabajo, exigiéndole que viaje más, lo que puede incrementar los conflictos maritales y modificar el patrón de relación con su hijo. Otro ejemplo de exosistema es la gestión municipal, que es responsable de la calidad de los parques, los centros recreativos y las bibliotecas para niños y adolescentes.

El macrosistema se refiere a la cultura en la que vive inmerso el individuo. Por cultura, entendemos las pautas de conducta, creencias y demás valores de un grupo de personas que se transmiten de una generación a otra. Los estudios transculturales, que comparan dos o más culturas entre sí, proporcionan información sobre la posibilidad de generalizar los hallazgos sobre desarrollo adolescente.

El cronosistema se refiere al patrón de los acontecimientos ambientales y las transiciones a lo largo del curso de la vida, así como a las circunstancias socio históricas. Por ejemplo, al estudiar los efectos del divorcio sobre los hijos, los investigadores han constatado que los efectos negativos suelen alcanzar su máxima expresión durante el año inmediatamente posterior al divorcio y que los efectos son mucho más negativos para los hijos que para las hijas (Hetherington, 1995; Hetherington, Cox y Cox, 1982).

Para el enfermero(a) es un reto avanzar en la implementación de teorías de enfermería en la práctica, beneficiaria a la disciplina, porque ayudaría a diferenciarla de otras profesiones de la salud, implicaría la utilización de un lenguaje profesional característico, además se manejaría conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Usar las teorías contribuye a distanciar a la enfermería del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha primado y la ha influenciado. En el presente trabajo se tendrá en cuenta la aplicación de Teóricas de Enfermería al trabajo de enfermería con un de usuario adolescentes hospitalizados, a través del proceso de enfermería, que es una herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional.

2.2.2 Teoría de Enfermería de Betty Neumann, atención del o la adolescente basado en el modelo de sistemas

El modelo de Neumann describe a la enfermera como un participante activo junto al cliente y como preocupada por todas las variables que intervienen en la respuesta del individuo a los elementos estresantes. El cliente mantiene un relación recíproca con el entorno ya que interacciona ajustando al entorno o a sí mismo. Se unen los tres conceptos de prevención con los conceptos básicos de persona, enfermedad, salud y entorno.

La adolescencia se define como el período de crecimiento físico y psicosocial, que marca la etapa entre la infancia y la edad adulta, es un progreso desde la aparición inicial de las características sexuales

secundarias hasta la madurez sexual, entendida además, como la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, que culmina con su plena incorporación a la sociedad, período decisivo para el nivel de salud y calidad de vida que se pueda alcanzar en la adultez. Es por ello necesario, que al realizar acciones dirigidas a los adolescentes, estas tengan un carácter integral, realizando enfoques profundos en cada una de las áreas a desarrollar por los y las adolescentes.

Betty Neumann, en su modelo de sistemas, donde la definición de los distintos conceptos dentro del modelo refuerza el trabajo a realizar con él o la adolescente, otorgando una mirada integral de los factores biopsicosociales que estarían influenciando su salud y como realizar las intervenciones necesarias según los hallazgos encontrados.

Éste modelo puede llegar a fortalecer la disciplina, porque a pesar de tener múltiples conceptos cuenta, con una estructura psicológica, filosófica y biológica que sustentan, el origen de sus conceptos lo que ofrece al profesional de Enfermería, la posibilidad de un cuidado integral a la persona, familia, grupo o comunidad sana o enferma con el fin de obtener su bienestar. (Abril, 2007)

2.2.3 Teoría de Hildegarde Peplau

Enfermería psicodinámica: Según Peplau la enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las

relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Relación enfermero/Paciente:

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermero paciente, en la cual se va produciendo a lo largo de la relación una interacción entre ambos para entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Orientación: el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa apoyo profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Identificación: El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación) El enfermero/a permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente enfermo a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

Explotación: el paciente obtiene todo lo que se le ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal.

Resolución: De una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a. (Wesley, 1997)

Papeles de la Enfermería:

Peplau" describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermero/a-paciente:

Papel del extraño: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una "necesidad insatisfecha" y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer el papel de extraño. El primer papel del enfermero/a es el papel de un extraño, debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, el enfermero/a debe tratar al paciente como si su capacidad emocional fuera normal, aunque las pruebas indiquen lo contrario. Esta fase coincide con la de identificación.

Papel como persona a quién recurrir: el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados. Estas preguntas surgen generalmente en el contexto de un problema mayor. El enfermero/a determina qué tipo de respuesta resulta adecuada para un aprendizaje constructivo, bien sean respuestas fácticas directas o respuestas que proporcionan apoyo.

Papel docente: El papel docente es una combinación de todos los papeles y procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información, Separa la enseñanza en dos categorías:

Instructiva, que consiste mayormente en dar información y Experimental, que implica la experiencia del paciente como base a partir de la cual se desarrolla, los productos del aprendizaje.

Papel conductor: El enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.

Papel de Sustituto: El paciente asigna al enfermero, un papel de sustituto. La función del enfermero/a es ayudar al paciente a encontrar similitudes entre él/ella y la persona recordada. Luego debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre su papel y el de la persona recordada. En esta fase, tanto el paciente como el enfermero/a definen áreas de dependencia, independencia y, finalmente interdependencia

Papel de Asesoramiento: El asesoramiento de la relación enfermero/a - paciente se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente Peplau afirma que el propósito de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente qué es lo que le ocurre en la situación actual, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida. (Wesley, 1997)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Intervención de Enfermería: Se define como una Intervención de Enfermera a todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Definición de Intervenciones:

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Adolescente: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Enfermería de la Infancia y la Adolescente: Rama de la Enfermería que tiene como objetivos básicos cuidar, en base a conceptos basados en evidencia científica, al niño en todas sus etapas de ciclo vital, tanto en estado de salud como de enfermedad. Estos cuidados deben ser integrales. La edad de un paciente es un índice fundamental de las dimensiones de salud y ayuda que se precisen en cualquier acto de Enfermería.

La Enfermería de la Infancia y la Adolescencia no deben ceñirse solo al cuidado integral del niño, sino que su ámbito de actuación debe abarcar

también a la familia y la comunidad donde viven esos niños. El niño debe entenderse como un sujeto perteneciente a un ecosistema cuyos ejes básicos son: el propio niño, su familia y la comunidad donde vive.

Las tendencias que actualmente podemos observar en la Enfermería de la Infancia y la Adolescencia son parte integrante de las tendencias generales de la Enfermería, reflejando la orientación predominante en las Ciencias de la Salud, vinculándose estrechamente a las tendencias sociales, económicas y políticas de nuestro tiempo.

Crisis maniaca: período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje Verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Trastorno de conducta alimenticia: Son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso.

Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural.

Trastorno de personalidad: trastorno de personalidad está determinado por un conjunto de afecciones psiquiátricas que alteran el curso normal de las relaciones interpersonales. Aunque su causa no puede ser determinada con exactitud, los especialistas hablan de la existencia de diversos factores genéticos y ambientales que contribuyen a su desarrollo. La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas que definen a un individuo. A partir de su personalidad, una persona da significado a su entorno, construye su propia imagen e interactúa con el medio. Cuando aparece un trastorno de personalidad, el sujeto no puede adaptarse a las diferentes situaciones de la vida cotidiana, ya que su personalidad se vuelve inflexible y funciona de forma distorsionada.

Las enfermedades mentales. son causadas por varias razones, entre ellas, los antecedentes familiares, el estrés o algún hecho traumático que le haya tocado vivir a la persona. Estas enfermedades son comunes y tienen tratamiento médico.

Esquizofrenia: es una enfermedad psicológica que imposibilita la discriminación de cosas reales e irreales y, además, produce pensamientos confusos. Sus síntomas generalmente son dificultad para dormir, para concentrarse, sensación de tensión la mayoría del tiempo, alucinaciones, aislamiento social, delirios, entre otros. Su único tratamiento son medicamentos (anti psicóticos) que producen fuertes efectos secundarios.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó mediante la recolección de datos, se revisó el libro de ingresos y egresos del servicio niños y adolescentes del instituto de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Los datos obtenidos se presentaran en tablas y gráficos en Excel.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.2.1 EXPERIENCIA LABORAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Me formé en la universidad de San Martín de Porres facultad de Enfermería obtuve mi licenciatura.

Ingresé a trabajar en policlínico caritas del Perú (2005) durante 2 años, se participó en la organización e implementación del servicio de hospitalización del adulto mayor en los cuidados inmediatos.

En junio del 2007 trabaje en el Hospital MINSA – Hermilio Valdizán (Lima), ocupando el cargo enfermera asistencial se elaboró los manuales de organización, funciones y procedimientos.

En setiembre del 2007) ingrese a trabajar en la clínica resurrección con pacientes con trastornos de salud mental del Hospital Nacional Hermilio Valdizán, por un tiempo de un año.

En junio del 2008, ingreso a laborar en la clínica Montesinai como licenciada de enfermería con pacientes del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins por un tiempo de seis meses.

En enero del año 2009 inicio a trabajar en el hospital nacional Hermilio Valdizán en el servicio de damas como licenciada de enfermería , en el servicio de adicciones, adulto mayores durante 1 año y medio se crearon guías de enfermería fui delegada en representación de dicha institución por el colegio de enfermeros del Perú.

En el año 2011 inicio a trabajar en el hospital san José de chincha en el distrito de tambo de mora como enfermera de PPRR y VIH obteniendo resoluciones dadas por la municipalidad del distrito de tambo de mora y el centro educativo por nuestra labor profesional.

En mayo del 2012 ingreso a trabajar en el instituto de salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en el servicio de emergencias 3 años 8 meses, en febrero roto al servicio de adolescentes y actualmente sigo laborando como enfermera asistencial donde se han creado normas y reglas del servicio.

3.2.2 HABILIDADES ADQUIRIDAS

1. Con el tiempo de servicio he desarrollado habilidades y destrezas a saber cómo tratar y actuar inmediatamente en las situaciones que se presentan, (una agitación psicomotriz, agitación colectiva).

2. Con mis años de experiencia he aprendido a persuadir a los usuarios con problemas de trastorno alimenticio a que ingieran su dieta en forma adecuada realizando el acompañamiento.
3. Se realiza un programa psicoeducativo donde se enseña a la familia y al usuario a reconocer los signos y síntomas de su enfermedad por el cual fueron hospitalizadas así como sus cuidados y tratamiento, esta manera evitar los reingresos y una mejor adherencia a su tratamiento.
4. Coordinación con parte del equipo multidisciplinario (asistente social) para que se involucre con las familias para evitar los abandonos de las pacientes en el servicio de hospitalización.
5. Se coordina con la jefatura del departamento de enfermería para que se incrementen el servicio de niños y adolescentes personal técnico varón, ya que en algunas oportunidades hay pacientes en estado de violencia y riesgo de agitación psicomotriz que necesitan ser contenidos físicamente .

3.2.3 LA PROBLEMÁTICA

Se presenta en el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes son:

- No existe protocolos ni guías para realizar actividades.
- Falta de personal técnico varón, infraestructura inadecuada.
- Escases de medicación para la continuidad en el tratamiento.
- Falta de interés de los padres de familia en participar en los talleres.

3.3. PROCESOS REALIZADOS: INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL.

En la función como enfermera asistencial en el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes, desarrollo todas las funciones según el MOF, enfatizando mi atención en los adolescentes con trastornos mentales, en la que he tenido la oportunidad de participar junto con el equipo multidisciplinario, las intervenciones como profesional que realizo son:

1. Participación en el taller de Comunidad Terapéutica tanto de los adolescentes hospitalizados y de los padres de familia. La comunidad terapéutica es el taller donde participamos todo el equipo multidisciplinario y todos los pacientes hospitalizados, turnándonos, se realiza dos veces por semana, empieza el medico asistente, en la siguiente fecha el médico residente, la psicóloga, la enfermera y la asistente social, todo el equipo rotamos en cada fecha.

Al iniciar la comunidad terapéutica se inicia con la presentación del que dirige, luego se recalca a todos los participantes cuales son las normas que se tienen que cumplir así como: cuando desean participar deben levantar la mano, no deben interrumpir a la persona que está hablando, no se debe salir de la sala de terapia, no deben de conversar, se pregunta a cada participante de que tema en particular quisieran tratar y también exponer la problemática y las necesidades.

2. Presentación de casos clínicos el cual se presenta una vez al mes, bajo la responsabilidad del profesional de enfermería y del equipo multidisciplinario.
3. La realización de video Foro, se proyectan películas motivacionales y de reflexión, al final de la película se realiza una reflexión o mensaje que ha transmitido la película.
4. Ludoterapia es una actividad que ayuda a los pacientes a disminuir la ansiedad y el estrés, de esta manera se mantiene en actividad al paciente.
5. Laborterapia es una actividad en la cual se motiva a descubrir sus habilidades, de encontrar una manera de elevar su autoestima y la oportunidad para encontrar sus habilidades.
6. Programa de periódico mural, con esta actividad que se realiza una vez a la semana se busca apliquen algunas habilidades, de escritura, dibujo, para expresar a través de lo escrito y o grafico sus pensamiento y emociones. Siendo el enfermero especialista en salud mental que esta al cuidado del paciente y conoce de cerca de sus necesidades, incapacidades, y muchas de sus habilidades perdidas por la enfermedad con esta actividad motivamos a que aflore nuevamente sus habilidades.
7. Programa de lectura dirigida, en el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes, dentro de la competencia asistencial, se realiza intervenciones independientes e interdependientes las cuales van dirigidas a ayudar al adolescente con problemas de trastornos mentales

en sus diferentes etapas de intervención. Dentro de las actividades independientes del profesional de enfermería una de ellas es "La Lectura Dirigida y Comentada", dicha actividad proporciona al paciente la oportunidad de informarse, elevar su espíritu, distraerle de su trastorno mental, divertirlos y animarlos en forma positiva a colaborar en su recuperación; por ende estimula sus capacidades cognitivas intelectuales, conductuales y de socialización, logrando así su máximo nivel de funcionamiento a nivel familiar, social, ocupacional y se sientan satisfechos en su medio, con el menor grado de ayuda, para lo cual el profesional de enfermería, actúa en su rol educador, directivo, modelador, terapéutico y rehabilitador.

8. Informe de Enfermería al equipo multidisciplinario sobre el estado de las pacientes y su evolución, la cual se realiza después de administrar la medicación del desayuno del paciente.

Dentro de todas estas actividades realizadas en este proceso de recuperación del paciente hospitalizado es importante diseñar actividades que favorezcan su integración, organización de su pensamiento, mejorar conductas, respetar normas, desarrollando habilidades y destrezas, mejorando la comunicación, la socialización e integración, a través de expresiones de ideas en forma escrita, gráfica u oral.

Para Hildegard Peplau la enfermera es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, probablemente es la primera que desarrolla un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON TRASTORNOS MENTALES EN EL SERVICIO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
<p>MOMENTO 1</p> <p>Preparación para recibir a un adolescente en el ambiente multidisciplinario</p>	<ul style="list-style-type: none">• Preparación y verificación de la operatividad de los equipos necesarios para la actividad lúdica• Identificar factores de riesgos y decidir acciones a tomar, sellar la hoja de intervención de enfermería.• Cumplir con las medidas de bioseguridad antes y después de los procedimientos.• Brindar un ambiente cómodo apropiado con ventilación espacios y muebles y• Motivar a los adolescentes a participar en las actividades lúdicas

CUADRO N° 4.2

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL SERVICIO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
<p>MOMENTO 2</p> <p>Recepción del adolescente con trastorno de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Recepción del adolescente el ambiente multidisciplinario a cargo de la enfermera que llevara la actividad lúdica.• Evaluar el estado emocional del adolescente a participar.• Presentación y orientación de las actividades lúdicas para señalar reglas básicas como es: <p>Puntualidad</p> <p>Respeto éntre los integrantes</p> <ul style="list-style-type: none">• Se realizará la presentación de los pacientes incluyendo a la enfermera• Finalizada la presentación se reforzara la importancia su participación• Se aplicará la lista de evaluación de actividades lúdicas a cada participante.

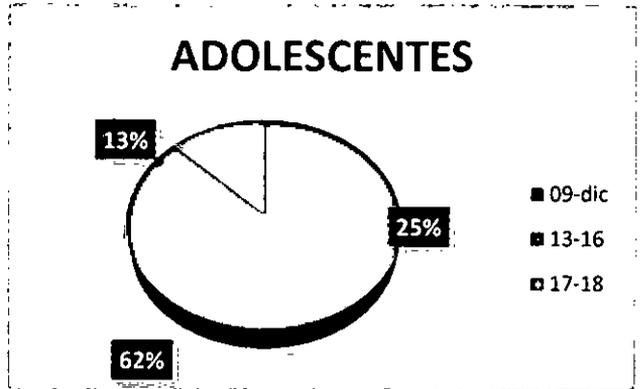
CUADRO N° 4.3

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
<p>MOMENTO 3</p> <p>Sistema de transporte del adolescente del ambiente multidisciplinario a sus habitaciones</p>	<ul style="list-style-type: none">• Coordinar con el equipo de enfermería (personal técnico de enfermería) la transferencia a su unidad del adolescente.• Se lleva a los pacientes a sus habitaciones verificando que no lleven materiales que puedan atentar contra su vida y la vida de los demás.• Se cuantifica material lúdico antes y después de dicha actividad.• Se registrara en la historia clínica las actividades hechas por el paciente.

CUADRO N° 4.4
EDADES DE ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LOS MESES
DE ENERO- ABRIL DEL AÑO 2017

AÑO	ADOLESCENTES		
	EDAD	TOTAL	%
	9-12	2	25
	13-16	5	62.5
	17-18	1	12.5
	TOTAL	8	100



Fuente: Libro de Ingreso y Egresos

Según el cuadro N° 4.4 Demuestra que los usuarios adolescentes hospitalizados en los meses enero-abril del 2017, hay un alto porcentaje de usuarios que fluctúan entre 13-16 años de edad que representa el 62.5 % de pacientes que fueron hospitalizados estos son 5 usuarios, mientras que usuarios de la edad de 17-18 años representan 12.5% que representa a 1 usuario.

CUADRO N° 4.5

RECURSO PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AÑO 2017

PERSONAL	CANTIDAD
Psiquiatras	2
Enfermeras	7
Servicio social	1
Psicólogos	1
Médicos residentes	2
Técnicas de enfermería	14
Personal de limpieza	1
TOTAL	28

Fuente: Informe de dotación de personal.

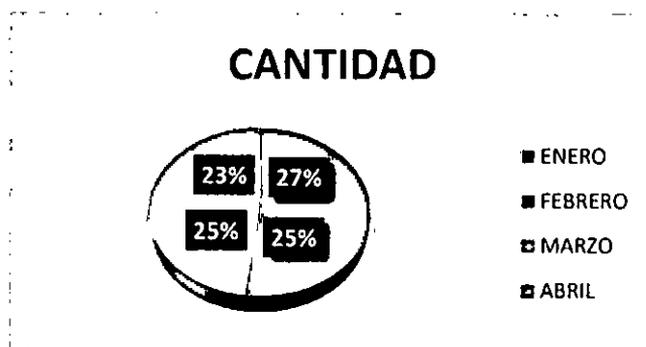
Según el cuadro N° 4.5 Demuestra que contamos con un equipo multidisciplinario que está identificado con el servicio de hospitalización de niños y Adolescente, siendo insuficiente para la demanda y en especial se evidencia la falta de personal técnico varón.

CUADRO N° 4.6

ACTIVIDADES SOCIALIZADORAS DE LUDOTERAPIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ENERO-ABRIL DEL AÑO

2017

MES	CANTIDAD	%
ENERO	240	26.8
FEBRERO	224	25.1
MARZO	220	24.6
ABRIL	210	23.5
TOTAL	894	100



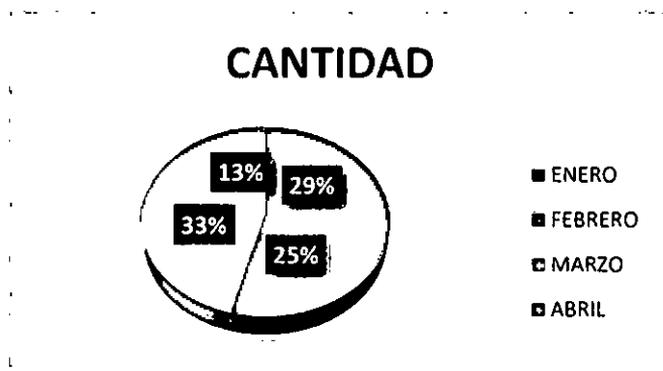
Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.6 Demuestra que el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades de Ludoterapia supervisada por enfermería es de 26.8% en el mes de Enero llegando a 240, a comparación de los otros meses siendo la menor cantidad en el mes de Abril siendo 23.5% representado por 210 actividades.

CUADRO N° 4.7

ACTIVIDADES SOCIALIZADORAS DE LABORTERAPIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ENERO-ABRIL DEL AÑO 2017

MES	CANTIDAD	%
ENERO	180	29.5
FEBRERO	150	24.6
MARZO	200	32.8
ABRIL	80	13.1
TOTAL	610	100



Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.7 Demuestra que el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades de Laborterapia supervisadas por enfermería es en el mes de Marzo llegando 32.8% representado por 200 actividades a comparación de los otros meses siendo la menor cantidad en el mes de Abril siendo 13.1% representado por 80 actividades de laborterapia.

CUADRO N° 4.8

ACTIVIDADES SOCIALIZADORAS DINÁMICA GRUPAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ENERO-ABRIL DEL AÑO 2017

MES	CANTIDAD	%
ENERO	40	27.4
FEBRERO	32	21.9
MARZO	38	26
ABRIL	36	24.7
TOTAL	146	100



Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.8 Demuestra que el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades de Dinámica grupal supervisadas por enfermería es en el mes de enero llegando a 27.4% representado por 40 dinámicas a comparación de los otros meses siendo la menor cantidad en el mes de febrero siendo 21.9% representado por 32 dinámicas.

IV . CONCLUSIONES

- a) El servicio de Niños y Adolescentes solo cuenta con 29 personas de recursos humanos para 10 adolescentes, no se cuenta con personal técnico varones los cuales son necesarios para contención cuando surgen conductas imprevistas en los adolescentes.
- b) Alto porcentaje de adolescentes hospitalizados que tienen un diagnóstico mayor de trastorno de conducta alimentaria, el cual afecta a su salud.
- c) Podemos decir que hay un alto porcentaje de pacientes adolescentes hospitalizados cuyas edades fluctúan entre 13- 16 años de edad.
- d) Es necesario tener conocimiento de las normas legales que existen en relación de los adolescentes y su atención.
- e) La infraestructura nos es adecuada en especial para los pacientes varones, el baño es muy pequeño.
- f) Por ser un servicio un servicio nuevo que en el presente año ha iniciado la atención de hospitalización a Niños y Adolescente, se encuentra en proceso de adecuación, deficiencia y carencia como la elaboración de guía y protocolos.

V. RECOMENDACIONES

- a) El personal de enfermería debe recibir capacitación permanente de acuerdo a la vanguardia de los avances tecnológicos y científicos para garantizar así una atención de calidad.
- b) Participar en los talleres de autoestima personal, la capacitación de liderazgo y el análisis crítico que los conduzcan a tener seguridad en el cuidado de pacientes adolescentes con trastorno de la personalidad.
- c) Conocer a profundidad la parte legal que protege el derecho del adolescente.
- d) Recomendar a las autoridades de la Institución que el servicio de hospitalización de niños y adolescente debe de estar equipado con materiales recreativos para pacientes de esta edad o etapa.
- e) Mejora de infraestructura para la atención de los pacientes adolescentes varones
- f) Solicitar a las autoridades que corresponda para que nos proporcione materiales y equipos para brindar una mejor atención de calidad y así ayudar al adolescente a que su etapa de hospitalización sea grata.

- g) Evaluar periódicamente el servicio de niños y adolescentes, eso permitirá si se está ofreciendo la atención que requieren los usuarios identificando las deficiencias y carencias de recursos económicos, humanos, materiales tecnológicos para adecuarlas y mejorarlas realizando los cambios sustantivos que optimicen la calidad de atención.
- h) Capacitación constante al personal de enfermería en la atención del paciente adolescente con trastornos mentales, de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos para garantizar una atención de calidad.
- i) Coordinar con el equipo de profesional de enfermería para elaborar las guías y protocolos.
- j) Mejorar en el día a día la calidad de atención de los adolescentes y familiares con la implementación de diferentes programas que contribuyan en la rehabilitación del paciente, mejorando la calidad y la calidez, así evitar los reingresos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soriano-Fuentes S, D. I.-R. (2003). Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia*, 130-135.
2. Alberto Salazar-Granara¹, Arturo Santa María-Álvarez², Isabel Solano-Romero³,. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino. *Horizonte Medico Volumen 7, N° 2, 79-85*.
3. BENJET C, B. G.-M.-B. (2004). *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. Mexico: Salud Pública de México.
4. Carolina Bustamante Duran. Viviane Jofré Aravena. (2014). Atención del o la Adolescente basado en el modelo de sistemas de Betty Neuman. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud(Chile)*, 78-91.
5. Castillo, J. E. (2013). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General*. Lima: Anales de Salud Mental.
6. Cueva, G. (2012). VIOLENCIA Y ADICCIONES: PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA. *Perú Med. Exp Salud Publica*, 99-103.
7. DR. FREDY DELGADO DIAZ. (2007). *SEROPREVALENCIA DE INFECCIONES*
8. Duran D, M. G. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Rev. Neuropsiquiátrica*, 226-241.
9. E., S. (1998). Suicidio en la Adolescencia. *Adolesc Latinoam*, 105-110.
10. FRENK J, L. R. (1999). *Economía y salud: Propuesta para el avance del sistem*

11. López- Jiménez MT, B. M., & 34:111-120. (2011;34). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 111-120.
12. P., G. (1986). *Psychosocial aspects of physical disorders*. Oxford Medical Publications.
13. Saez, G. (1992). *La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad*. Venezuela: UNICEF.
14. Wasserman D, C. Q. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 114-120.
15. Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

ANEXOS

INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DEL AÑO 2016

ACTIVIDADES	INFORME				TOTAL	META 2017
	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre		
I.- ASISTENCIALES						
- ENTREVISTA A PACIENTES	2523	2646	2158	1900	9227	9400
- ENTREVISTA A FAMILIARES	171	213	257	300	941	950
II.- TRATAMIENTOS						
- VÍA ORAL	3429	3667	2517	1774	11387	12000
- VÍA I.M.	143	197	96	71	507	500
- VENOCLISIS - VÍA EV	12	56	29	7	104	100
- OXIGENOTERAPIA/ INHALACIÓN	5	32	19	5	61	10
SONDA VESICAL	0	0	0	0	0	0
ATENCIÓN PCTE PROG. ANOREXIA	194	281	293	349	1117	1200
- SONDA NASOGÁSTRICA	0	0	0	0	0	10
- CURACIONES	100	108	28	21	257	300
- CONTROL DE PESO	239	236	166	82	723	1000
- CONTROL DE FUNCIONES VITALES	1463	1508	1231	1018	5220	6000
III.- TRATAMIENTOS ESPECIALES						
- ELECTROPLEXIA	13	29	27	5	74	0
- CLINOTERAPIA	92	124	75	3	294	0
- INTERVENCIÓN EN CRISIS	58	116	80	97	351	350
- TERAPIA DE APOYO	712	654	623	641	2630	2500
- TERAPIA DE RELAJACIÓN	102	17	53	45	217	250
- CONSEJERÍA	320	249	447	411	1427	1500
IV.- ACTIV. SOCIALIZADORAS						
- BAILOTERAPIA	7	10	10	20	47	50
- DINÁMICA GRUPAL	14	13	13	9	49	50

- ACTIVIDADES RECREATIVAS	158	253	193	208	812	900
V.- ACTIVIDADES EDUCATIVAS						
- CHARLA EDUC. A PACIENTES	0	4	2	3	9	24
- CHARLA EDUC. A FAMILIARES	2	2	0	0	4	24
- LECTURA DIRIGIDA	17	23	15	21	76	200
- PERIÓDICO MURAL	7	10	12	12	41	50
- ENTRENAMIENTO DE LA A.V.D.	3110	2732	2897	2398	11137	12000
VI.- ADMINISTRATIVAS						
- INGRESOS	15	10	18	24	67	100
- EGRESOS	13	9	19	18	59	100
- PARTICIPACIÓN VISITA MEDICA	52	40	25	23	140	200
- INFORME ESTADO DE PACIENTES	311	219	163	150	843	900
- EPICRISIS DE ENFERMERÍA	13	9	19	18	59	100
- REGISTROS DE ENFERMERÍA	3378	3493	3212	3246	13329	15000
- REUNIONES TECNICO-ADM. ENFERM.	1	1	2	3	7	12
- REUNIONES EQUIPO MULTIDISCIPL.	0	0	2	2	4	50
- SUPERVISIÓN ACTIV. ENFERMERÍA	54	54	93	69	270	300
VII.- DOCENCIA						
- SUPERVIS. ALUMNAS PRE-GRADO	6	30	19	18	73	200
- SUPERV. ENFERM. POST-GRADO	0	0	0	0	0	10
- CAPACITAC. PERSONAL DE ENFERM.	0	0	2	2	4	12
VIII.- INVESTIGACIÓN						
- ELABORACIÓN DEL PROYECTO	0	0	0	0	0	1
EJECUCIÓN DEL PROYECTO	0	0	0	0	0	1
ELABORACIÓN DE INFORME	0	0	0	0	0	1
PUBLICACIÓN	0	0	0	0	0	

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

REGLAMENTO

A fin de garantizar la seguridad y el buen funcionamiento del Servicio, se solicita la colaboración de los pacientes, respetando las siguientes normas:

AL INGRESO:

1. la familia presentará al personal de enfermería la medicación prescrita por el médico. Además colaborará con la entrevista efectuada por la enfermera.
2. La familia esperará que el personal de enfermería les entregue la ropa y enseres personales del paciente.
3. El personal técnico de enfermería entregará una relación de útiles de aseo y ropa que pueden traer. La familia traerá, dichos enseres el mismo día o al día siguiente en cualquier horario.
4. No se debe entregar al paciente ningún tipo de objeto punzante o cortante, envases de vidrio, cinturones, material de manicure, costura, etc.
5. Si el adolescente estuviera tomando algún fármaco, fuera de la medicación psiquiátrica, deberá traer la receta en que se le indica.

EN LA HOSPITALIZACIÓN:

6. Está prohibido el uso de celular por parte de los pacientes, salvo prescripción del equipo terapéutico. En caso de que el acompañante tuviera que utilizarlo lo hará, fuera del Servicio.
7. El personal de enfermería con el fin de garantizar la seguridad, prevenir y reducir posibles riesgos, realizará las inspecciones necesarias.
8. Es obligatorio cumplir las actividades y horarios programados en el servicio:
 - Las visitas de familiares son de 2:30 a 5:00 pm; los martes, jueves, sábados y domingos. La entrega de ropa y útiles de aseo son en dichos horarios.
 - Las(los) pacientes cumplirán con el cronograma de actividades establecidas en el servicio.

9. No se puede pasar a las habitaciones de otros pacientes.
10. No se puede pasar a ninguna dependencia del personal sanitario.
11. Se debe mantener el orden y limpieza de las habitaciones así como hacer la cama.
12. Los familiares no podrán utilizar los servicios higiénicos de los pacientes.
13. El acompañamiento y visitas del paciente estarán sujetos a prescripción médica y siempre bajo control y supervisión del Personal de enfermería, el cual podrá por motivos clínicos, hacer las modificaciones pertinentes.
14. Debido a que en el servicio se encuentran hospitalizadas adolescentes con Trastornos de Conducta Alimentaria, no se permitirá el ingreso de alimentos para ningún paciente, salvo que sea indicación médica.
15. En caso se permita durante la visita, las salidas al jardín, no está permitido comprar alimentos, ni usar equipos electrónicos, a menos que haya sido indicado por el equipo terapéutico.
16. Las citas de familiares con el médico, serán indicados por los médicos a cargo y comunicado a los padres.
17. Las salidas (permisos) dependerán del criterio médico y siempre serán acompañados de padres o personal autorizado y en el horario prescrito.
18. En caso de que hubiese interconsultas o exámenes auxiliares que no se realizan en la institución, se comunicara al familiar para que pueda tramitarlo y ejecutarlo.
19. Es obligatorio la asistencia, de los padres, a las reuniones grupales de padres, los martes de 10:30 am a 12:00 pm. En caso los padres o tutores no asistan a dichas reuniones, el equipo terapéutico se reserva el derecho a decidir el alta.

AL ALTA:

20. Cuando se haya indicado el alta médica, el familiar debe verificar que su SIS se encuentre activo o acercarse a Economía en caso de ser pagante. Los trámites deben ser realizados en el turno de la mañana.
21. Si los padres quisieran hacer uso del retiro voluntario y tal decisión ponga en riesgo la vida del paciente, se procederá a llamar al Fiscal de Familia para seguir con dicho proceso.
22. Si al término del permiso, el familiar no cumple en traer al paciente, se procederá al alta administrativa, al tercer día.

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI

FIRMA



FORMATO DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEGÚN DOMINIOS (FVIE)

N° HC:.....

I.- DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos..... Edad..... Sexo.....
Servicio..... Fecha de evaluación..... Grado de instrucción.....
Estado civil..... Ocupación..... Procedencia.....
Fecha de ingreso..... N° de ingreso..... Derivado: Emergencia () CE adultos () CENA () Otros ()
Dx médico..... Persona responsable..... Parentesco.....
Otros:

II.- MOTIVO DE INGRESO:

.....
.....
.....

III.- ENFERMEDADES MÉDICAS: Si () No ()

- Si la respuesta es afirmativa especificar:.....
- Tiempo de enfermedad..... Tratamiento: Regular () Irregular ()
- Medicación que toma..... Tiempo.....
- Otros tratamientos: Si () No () Especificar.....
- Alergias y otras reacciones: Si () No () Especificar.....
- Problemas identificados:.....

IV.- VALORACION DE ENFERMERIA POR DOMINIOS

DOMINIO I.- PROMOCION DE LA SALUD

- Conoce que enfermedad tiene: Si () No () Especificar.....
- Acude a su control médico: Si () No () Especificar.....
- Cumple con la medicación indicada: Si () No () Especificar.....
- Problemas identificados:.....

DOMINIO II.- NUTRICION

- Peso:..... Talla:..... IMC.....
- Apetito: Normal () Disminuido () Incrementado () Falta de apetito ().....
 - Vía de Alimentación.....
 - Necesita ayuda para comer: Si () No () Especificar.....
 - Rechaza alimentos: Si () No () Porque.....
 - Algún problema de Nutrición: Si () No () Especificar.....
 - Algún problema de Hidratación: Si () No () Especificar.....
 - Problemas identificados:.....

DOMINIO III.- ELIMINACION

- Algún problema de Eliminación: Si () No () Especificar.....
- Necesita ayuda para satisfacer necesidades de eliminación Si () No () Especificar.....
- Otros.....
- Problemas identificados:.....

DOMINIO IV.-ACTIVIDAD Y REPOSO

- Presenta dificultades para realizar actividades: Si () No ()Especificar.....
- Presenta: sueño normal () Insomnio inicial () Insomnio intermedio () Insomnio total ()
Otros
- Necesita medicación para dormir: Si () No () A veces () Especificar
- Estado de Higiene: Buena () Regular () Mala ()
- Participa en Actividades recreativas: Si () No () Especificar.....
- Presenta: conducta desorganizada () conducta perturbadora () conducta catatónica ()
Otros.....

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Actividades	ESCALA			
	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño y usa el inodoro				
Tomar alimentos				
Vestirse				
Realiza su higiene				
Alfío y arreglo personal				

- 0 = Independiente
- 1 = Ayuda de otros
- 2= Apoyo del equipo
- 3= Dependiente incapaz

- Problemas identificados:
-
-
-

DOMINIO V.- PERCEPCION/COGNICION

Actitud hacia el examinador:

- Cooperador () No cooperador () Atento () Interesado () Desconfiado () Seductor () Agresivo ()
Franco () Evasivo () Indiferente () Paranoide () Otros.....

Área Conciencia:

- Orientación en las 3 esferas: Si () No ()
- Orientación Parcial: : Tiempo () Espacio () Persona ()

Área Memoria:

- Alteración de la memoria: Inmediata () Mediata () Remota ()
- Hipoamnesia () Amnesia () Paramnesia ()
- Otras.....

Área Humor y Afecto:

- Eufórico () Angustia () Ansiedad () Temor () Tristeza () Depresión () Manía () Hipomanía ()
Labilidad emocional () Miedo () Pánico () Apatía () Cólera () Anhedonia ()
Aplanamiento afectivo ()
- Otros.....

Área Lenguaje:

- Disartria () Verborrea () Mutismo () Soliloquios () Ecolalia () Coprolalia () Incoherencia ()
Perseverante ()

Área Pensamiento:

- Delusiones de: Referencia () Daño () Grandeza () Poder () Persecución () Místico ()
- Pensamiento: Prolijo () Bloqueo del pensamiento () Fuga de ideas () Otros.....
- Pensamiento obsesivo/compulsivo () Especificar.....
- Pensamiento fóbico () Especificar.....
- Ideas suicidas () Especificar.....
- Ideas homicidas () Especificar.....

Área de Percepción:

- Alucinaciones: Visuales () Auditivas () Gustativas () Táctiles () Cenésteicas () Parestesias ()
- Otras alteraciones de la percepción. Especificar.....
- Problemas identificados:.....

DOMINIO VI- AUTOPERCEPCION

Apariencia general y conducta

- Postura: Relajado () Encorvado () Tenso () Torpe () Erguido () Otros.....
- Vestimenta y Alifio personal:**
- Alifio () Desalifio () Pulcro ()
- Vestimenta adecuado a la estación: Si () No (). Especificar.....
- Verbalización del paciente de no ser el mismo. Si () No () Especificar.....
- Sentimientos de extrañeza o irrealidad. Si () No () Especificar.....
- Expresa sus cambios en la percepción del propio cuerpo. Si () No () Especificar.....
- Autoestima: Alta () Mediana () Baja ()
- Problemas identificados:.....

DOMINIO VII ROL/RELACIONES

- Relaciones familiares adecuadas Si () No () Porque.....
- Relaciones Interpersonales adecuadas con amigos Si () No () Porque.....
- Se aísla Si () No () Especificar.....
- Con quien vive: solo () familiares () Otros: Especificar.....
- Se aísla: Si () No () Porque.....
- Problemas identificados:

DOMINIO VIII.- SEXUALIDAD

- Conducta promiscua: Si () No () Especificar.....
- Conflicto con la pareja: Si () No () Especificar.....
- Problemas de ETS: Si () No () Especificar.....
- Problemas de diferenciación y/o identidad sexual: Si () No () Especificar
- Alteración de la conducta sexual: Si () No () Especificar.....
- Abuso físico: Si () No () Especificar.....
- Fecha de última regla (FUR):.....
- Gestante Si () No () Tiempo de gestación: 1er () 2do.() 3er trimestre ()
- Acepta el embarazo :Si () No ()Especificar.....
- Riesgo de complicaciones Si () No () Especificar.....
- Fecha probable de parto.....
- Púérpera Si () No () Tiempo de pos parto.....
- Problemas identificados:

DOMINIO IX.- AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Se adapta al ambiente-hospitalario Si () No ()Especificar.....
- Consumo de sustancias psicoactivas: Si () No () A veces ()
- Especificar: marihuana () PBC () Éxtasis () Cocaína () alcohol () Otros.....
- Tiempo de consumo.....
- Dependencia a fármacos: Si () No () A veces () Especificar a que fármacos: Benzodiazepinas () Akineton, () analgésicos () y otros.....
- Otras adicciones: ludopatías (), Internet (), alcoholismo () otro:
- Reacción frente a la hospitalización y tratamientos: Evasivo () Ansioso () Colaborador () Rechaza () Indiferente () Temor () Otros ().....

- Presenta reacciones frente a las alucinaciones o delusiones: Si () No () Especificar.....
- Estresores psicosociales:
 Pérdida del trabajo () Enfermedades crónicas severas () Ruptura de amistad () Cambio de colegio ()
 Separación conyugal () Víctima de abuso físico () Muerte de un familiar () Expulsión escolar ()
 Suicidio de un familiar o amistad significativa () Desempleo () Problemas familiares ()
 Capacidad de afrontar situaciones estresantes: Si () No () Especificar.....
- Maltrato: Físico () Psicológico () Sexual () Especificar
- Problema identificado:

DOMINIO XI- SEGURIDAD/PROTECCIÓN

- Cumple con el Plan Terapéutico:
 - Paciente: Si () No () A veces () Especificar
 - Familia : Si () No () A veces () Especificar
- Capacidad de autocontrol: Si () No () A veces () Especificar
- Presenta efectos secundarios de los psicofármacos: Si () No () A veces () Especificar.....
- Riesgo de violencia autodirigida: Si () No () Nº de veces () Especificar.....
- Riesgo de violencia dirigida a otros: Si () No () Especificar.....
- Riesgo suicida: Si () No () Nº de veces () Especificar.....
- Riesgo Homicida: Si () No () Nº de veces () Especificar.....
- Automutilación: Si () No () Nº de veces () Especificar.....
- Riesgo de Automutilación: Si () No () Nº de veces () Especificar.....
- Riesgo de Fuga: Si () No () Especificar.....
- Riesgo a caídas: Si () No () Especificar.....
- Problemas identificados:.....

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombres y Apellidos del Enfermero/a
CEP

ENTREGA DE MEDICAMENTOS



SERVICIO:.....

FAMILIAR () FARMACIA () N° DE RECETA..... N° REG. FARMACIA.....

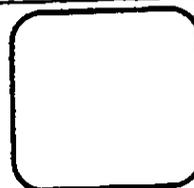
FECHA DE EMISION DE RECETA.....

USUARIO..... N° SIS (FUA):..... N° HC.....

FECHA	MEDICACION	DOSIS	CANTIDAD	OBSERVACION

 Firma y sello de enfermera entrega

 Firma de personal o familiar que recibe



Huella digital

FORMATO PARA DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS

DAMAS B1
 DAMAS B2
 VARONES B1
 OTROS

VARONES B2
 EMERGENCIA
 ADICIONES

Nombre y Apellidos (usuario).....

Nº FUA.....

HISTORIA CLINICA.....

FECHA	MEDICACION	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	CANTIDAD	MOTIVOS			
					ALFA	CAMBIO DE TRATAMIENTO	RAM	OTROS

Especificar otros motivos :

 Firma y Sello de Enfermera que entrega

 Farmacia

Indicaciones:

Es obligatorio llenar los datos de Nombre y Apellidos del usuario, Historia Clínica y el Nº de FUA completo (13 dígitos)

Medicación : El nombre del medicamento debe ir en DCI : Denominación Común Internacional (no se aceptarán nombres comerciales)

Forma Farmaceutica registrar si es : tabletas (tab), ampollas (amp) Solucion (sol)

Concentración : Ejemplo : 200 mg , 25 mg/ 5 ml

Motivos : Marcar con una X el motivo de la devolución, en el caso de otros especificar en líneas de abajo el motivo



CENSO DIARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

APELLIDOS Y NOMBRES	No. H.C.	No. CAMA	HORAS				PERMISO		REGRESO PERMISO	TRANSFERENCIA		OBSERVACION
			INGRESO	ALTA	FUGA	REGRESO FUGA	MAS 24	MENOS 24		HORAS		
										SALIDA	REGRESO	

CAMBIO DE CAMA

APELLIDOS Y NOMBRES	APELLIDOS Y NOMBRES	APELLIDOS Y NOMBRES

No. DE CAMAS SALDO ANTERIOR

 No. DE CAMAS OCUPADAS

 No. DE CAMAS DESOCUPADAS

FIRMA DE ENFERMERO (A) RESP.



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
 "HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI"



ASISTENCIALES	N° ACTIVIDADES POR TURNO			TOTAL
	M	T	N	
I. ASISTENCIALES				
Admisión				
Aka				
Entrevista a Paciente				
Entrevista a Familiar				
Informe médico estado de paciente				
Participación visita médica				
TRATAMIENTO				
Oral				
I.M.				
Rectal				
Vaginal				
Venoclisis				
S.N.G. - Vesical				
Oxigenoterapia / Nebulización				
Curaciones				
Control de Peso				
Neuroleptización				
Electroplexia				
Clinoterapia				
C.F.V				
Intervención de Crisis				
Relajación				
Apoyo				
Baloterapia				
Dinámica Grupal				
Periodico Mural				
Entrenamiento A.V.D				
Consejería				
Atención Pacientes Programa Anorexia				
Lectura Dirigida				
Actividad Recreativa				
Epicrisis de Enfermería				
Programa Psicoeduc. Pacientes				
Programa Psicoeducativa Familiar				
II DOCENTES				
Supervisión pasantía - Pregrado				
Supervisión Pasantía Post - Grado				
Asistencia Participación Presentación caso clínico				
III ADMINISTRATIVAS				
Supervisión				
Reuniones Técnicas - Enfermería Córd.				
Administrativa Equipo Multidisciplinario Informes				
Registros				

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-RIVERO NOGUCHI"
HOJA RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

MES:

1.- DINAMICA GRUPAL código: 90853

FECHA: _____				
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

2.- PERIODICO MURAL código: 90853

FECHA: _____				
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

3.- LECTURA DIRIGIDA código: 90853

FECHA: _____				
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

4.- PSICOEDUCACION A USUARIOS código: 90853

FECHA: _____				
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

5.- PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES código: 90853

FECHA: _____				
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H.C	Nº FUA

6.- LABORTERAPIA código: 90853

FECHA: _____				
FECHA: _____				

7.- ACTIVIDAD DEPORTIVA código: 90853

FECHA: _____				
FECHA: _____				

8.- LUDOTERAPIA código: 90853

FECHA: _____				
FECHA: _____				

9.- TALLER DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA código: 90853

FECHA: _____				
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

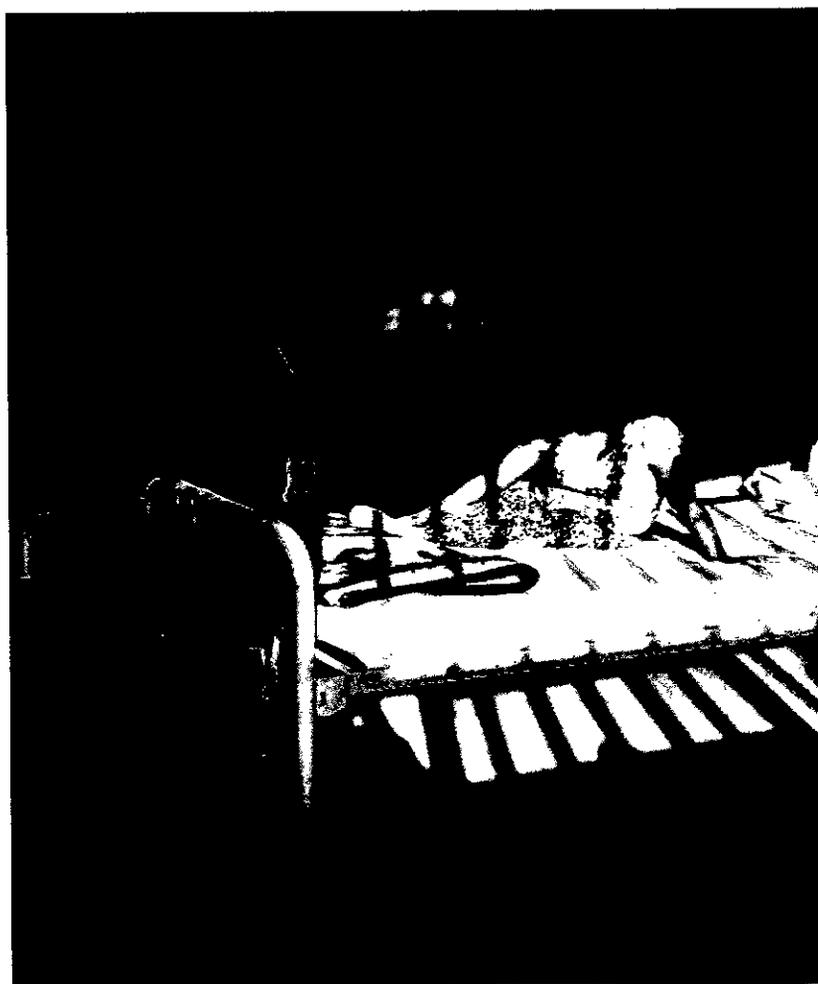
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H.C	Nº FUA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
7:30-8:00a.m.	Reporte de enfermería.						
8:00-8:30 a.m.	Desayuno						
8:30-9:30 a.m.	Reunión de equipo	Comunidad terapéutica	Reunión de equipo	Reunión de equipo	Comunidad terapéutica	Reposo	Reposo
10:00-12:00p.m.			Video Foro				
9:30-12:30p.m.	Act. Médica	Periódico mural-taller de padres		Taller grupal por psicología	Taller grupal por servicio Social	laborterapia	Lectura dirigida
12:30-1:30p.m.	Almuerzo						
1:30-2:30p.m.	Reposo						
2:30-3:00p.m.	Adicional						
3:00-5:00p.m.	Ludot.-bailot.	Visita de fam.	Taller grupal	Visita de familiares	Dinámica Grupal:	Visita de familiares	Visita de familiares
5:00-6:30p.m.	Cena- autoalimentación						
6:30-7:30p.m.	Reposo-Diario vivencial- lectura terapéutica						



ENTREGA DE REPORTE



PASO DE LA RONDA (VISITA)



LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA



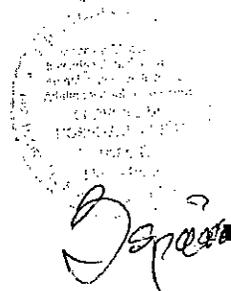
REALIZANDO ACTIVIDADES LÚDICAS

“Año de la Consolidación económica y social del Perú”



MINISTERIO DE SALUD

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI”**



**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y
ATENCIÓN
ESPECIALIZADA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**



**MANUAL DE ACTIVIDADES LÚDICAS PARA
PACIENTES
HOSPITALIZADOS DE LA DEIDAE DEL ADULTO Y
ADULTO MAYOR**

AUTORAS:

Licenciada Elizabeth Nérida Zorrilla Garayar

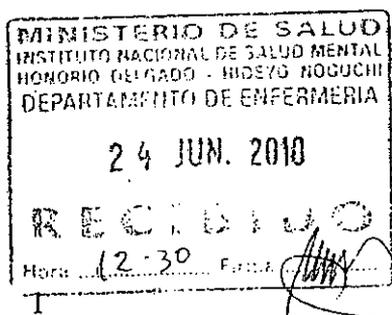
Licenciada Marlene Zapata Pariona

ASESORA: Licenciada Carmen Contreras Campos

2010

INDICE

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	3
Orientación general.....	4
Sesión Inaugural.....	6
SESIÓN N° 2: ¿QUÉ SON ACTIVIDADES LÚDICAS? IMPORTANCIA, TIPOS	7
SESIÓN N° 3: APRENDIENDO A JUGAR BINGO.....	12
SESIÓN N° 4: APRENDIENDO A JUGAR DOMINÓ.....	16
SESIÓN N° 5: APRENDIENDO A JUGAR LUDO.....	22
SESIÓN N° 6: APRENDIENDO A JUGAR DAMAS.....	27
SESIÓN N° 7: APRENDIENDO A JUGAR CARTAS.....	31
SESION N° 8: CLAUSURA.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	38
A I: LISTA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS.....	39
A II: ESCALA DE VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS.....	41
A III: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LUDICAS.....	43
A IV: FICHA DE ASISTENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ACTIVIDADES LÚDICAS.....	44
A V: ESTUDIO QUE VALIDARÁ EL MANUAL.....	45





AGRADECIMIENTOS

Al Comité de Guías y Programas que en una primera instancia estuvo conformado por las licenciadas: Flor Alburquerque, Maria Romaní, Jesús Curitumay, Any Yuncaccayo, Regina Fernández, quienes aportaron en su momento, organizando los diferentes programas y asesorando debidamente.

Al Mg. Pablo Castro Trelles quien posteriormente continuó con la asesoría de los diferentes programas; llegándose a exponer en la dirección de la institución en presencia del Dr. Enrique Macher y Dra. Elizabeth Alvarado, jefa del Dpto. de enfermería.

Un especial agradecimiento a la Licenciada Carmen Contreras Campos por sus aportes y asesoría permanente en la elaboración del Manual y a la Dra. Elizabeth Alvarado, por su acertada designación e igualmente en la conformación del Comité de Guías y Programas en su oportunidad.

Y a cada uno de los colegas que nos apoyaron en las diferentes etapas de la elaboración de este documento.

INTRODUCCIÓN

El presente Manual forma parte del Programa de Actividades Lúdicas (PAL) de la DEIDAE adulto y adulto mayor para pacientes hospitalizados.

El presente está dirigido al personal de Enfermería, quienes se encuentran en contacto con los pacientes que presentan algún tipo de Trastorno mental, y necesitan de una atención especializada.

Es por ello que la enfermera hará uso del Proceso de atención de enfermería (PAE) como método científico y luego de aplicar la primera fase de la Valoración, determinará que existe Déficit de las actividades recreativas e Intolerancia de la actividad y dentro de sus intervenciones pondrá en práctica estrategias no convencionales, en este caso, las actividades lúdicas.

Bajo este contexto la intervención de enfermería es de suma importancia ya que el paciente tiene alterada la capacidad cognitiva y motora haciéndose necesaria la implementación en Hospitalización de la DEIDAE, el PAL y de esta forma poder contribuir en la recuperación de sus capacidades funcionales disminuidas.

Este Manual es para ser utilizado durante y después de la implementación del PAL y está diseñado para que sea de fácil comprensión y utilización, ya que no se cuenta con ninguno que sirva de guía y permita desarrollar las actividades lúdicas.

El PAL comprende ocho sesiones, de una hora de duración, a razón de una sesión semanal durante dos meses, al término del mismo se procederá a la evaluación del Programa con la finalidad de determinar sus resultados.

ORIENTACIÓN GENERAL

¿CÓMO TRABAJAR EL MANUAL DE ACTIVIDADES LUDICAS?

I.- OBJETIVO GENERAL

- *Los pacientes practicarán* actividades lúdicas en su tiempo libre, como medio para ejercitar sus funciones cognitivas, motoras y sociales.

II.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Mantener* la atención, concentración durante el juego.
- *Contribuir* a la socialización entre todos los participantes.
- *Demostrar* interés en la realización de las actividades.
- *Explicar* en que consiste cada uno de los juegos lúdicos demostrados.
- *Utilizar* el tiempo libre y de ocio en forma saludable

III.-METODOLOGIA

Para que los/las pacientes participen activamente en el proceso de cada una de las sesiones, se utilizarán técnicas participativas como: lluvia de ideas, instrucciones, demostraciones, redemostraciones, observación directa, preguntas y respuestas, reforzadores sociales, reforzadores instrumentales.

A.- Facilitador

Es deseable que el facilitador posea las siguientes características:

- Motivación para trabajar con grupos de pacientes
- Capacidad de manejo de grupo
- Actitud positiva, amigable, tolerante y comprensible
- Debe utilizar un lenguaje sencillo

B.- Selección del grupo

Se seleccionará un grupo de pacientes con los siguientes criterios:

- Pacientes de la Unidad de Cuidados Generales y de Intermedios
- No exceder más de 15 pacientes
- Son criterios de exclusión pacientes con trastornos orgánicos, retardo mental moderado a grave o que estén recibiendo tratamiento ECT.

C.-Proceso de conformación del grupo

- El grupo estará integrado por 8 a 15 pacientes
- El facilitador entrevistará a cada uno de los integrantes para verificar los criterios de inclusión y exclusión



- Brindar información general sobre el programa
- Establecer los objetivos que se desean alcanzar con el grupo al término de desarrollo de las sesiones
- Las sesiones se desarrollaran en el hall de los servicios de hospitalización, que cuenta con un ambiente apropiado de ventilación, espacio y muebles (mesas y sillas)
- La fecha y horario de las actividades serán los días viernes de 10am. a 11am.

D.- Componentes de la Sesión

El Programa de Actividades Lúdicas para pacientes hospitalizados de la DEIDAE adulto y adulto mayor consta de ocho sesiones y deberán ser trabajadas en un máximo de dos meses.

Los pasos a seguir en cada una de las sesiones son las siguientes:

- Nombre de la sesión
- Objetivos
- Tiempos
- Procedimientos

IV.- EVALUACION

Al inicio y término de las 08 sesiones se evaluará mediante una Lista de evaluación de actividades lúdicas aplicado a cada participante. Consta de 22 ítems

Durante el proceso de las sesiones se aplicará una Escala de valoración, cuyo objetivo será identificar su participación y contiene 14 ítems

El facilitador utilizará un registro de observación individual en cada una de las sesiones el cual permitirá realizar una evaluación integral durante el proceso.

SESIÓN INAGURAL

I.- OBJETIVO

- Motivar a los pacientes para la asistencia y participación en los sesiones del Programa de actividades lúdicas

II.- TIEMPO

- 45 minutos

III.- MATERIALES

- Lapiceros
- Lista de evaluación de actividades lúdicas

IV.- PROCEDIMIENTO

1.- Presentación y orientación del Programa de actividades lúdicas por la enfermera responsable, en primer lugar se señalará como reglas básicas las siguientes:

- Puntualidad
- Respeto entre los integrantes
- Para concluir se promoverá que los participantes formulen reglas adicionales que regirán durante el resto de las sesiones.

2.- Seguidamente se realizará la presentación de los pacientes incluyendo al facilitar, personal técnico, estudiantes de enfermería si los hubiera, para lo cual se utilizará la siguiente dinámica

- Cada participante se pondrá de pie y dirá su nombre, al igual que el resto de personal y estudiantes.

3.- Finalizada la presentación se reforzará la importancia de la participación en las sesiones y un resumen de cómo se desarrollaran las siguientes sesiones.

4.- Se aplicará la Lista de evaluación de actividades lúdicas del presente manual a cada uno de los participantes (Pre-test).

SESIÓN 2



¿QUÉ SON ACTIVIDADES LÚDICAS? IMPORTANCIA, TIPOS DE ACTIVIDADES LÚDICAS

I.- OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO DEL TERAPEUTA

- Brindar conocimiento sobre lo que son las actividades lúdicas, su importancia y tipos de actividades lúdicas que existen

1.2. OBJETIVO PARA EL PACIENTE

- Explicar que son actividades lúdicas luego de la información recibida
- Señalar la importancia de la actividad lúdica en los pacientes que padecen trastornos mentales.
- Indicar que tipos de juegos existen y cómo se juegan

II.- TIEMPO

60 minutos

III.- MATERIALES

- Láminas

IV.- PROCEDIMIENTO

- 1.- Describir brevemente los objetivos de la sesión
- 2.- Al iniciar la sesión preguntar que saben o entienden sobre Actividades lúdicas y si conocen algunos juegos lúdicos, llamados también juegos de mesa
- 3.- Se enseñará diferentes láminas a la vez que se va explicando
 - * Lámina 1: que son las actividades lúdicas y definición
 - * Lámina 2: Importancia de las actividades lúdicas en los trastornos mentales
 - * Lámina 3: Tipos de actividades lúdicas
- 4.- Alentar el intercambio de las láminas entre los pacientes y asegurarse que todos participen
- 5.- Preguntar a los pacientes si comprendieron la explicación
- 6.- Terminada la sesión agradecer por su participación e invitar a la siguiente sesión.

LÁMINA 1

ACTIVIDADES LÚDICAS

DEFINICIÓN

La lúdica se entiende como una dimensión del desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. El concepto de lúdica es tan amplio como complejo, pues se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir en los seres humanos una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que nos llevan a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones.

LÁMINA 2

IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES

LÚDICAS EN LOS TRASTORNOS

MENTALES

La actividad lúdica desempeña un papel importante en los pacientes que padecen trastornos mentales. Cumple además función terapéutica en tanto permite socializar, mejorar las habilidades cognitivas, motoras disminuidas como resultado de los síntomas negativos del trastorno.

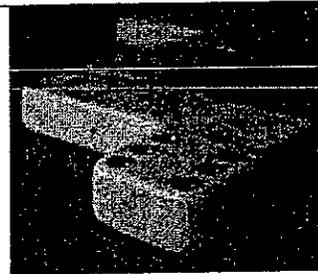
LÁMINA 3

TIPOS DE ACTIVIDADES LÚDICAS:

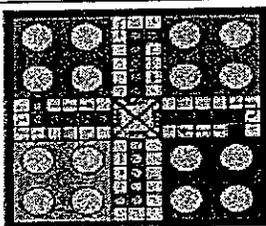
Denominados también juegos de mesa. Los participantes se colocan alrededor de una mesa y juegan sobre tableros básicamente.



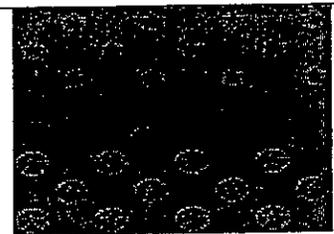
Bingo



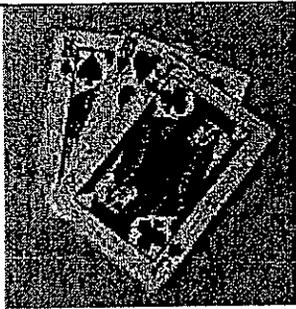
Dominó



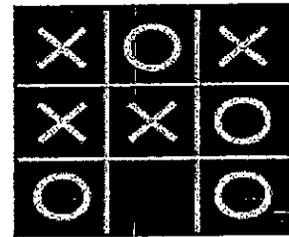
Ludo



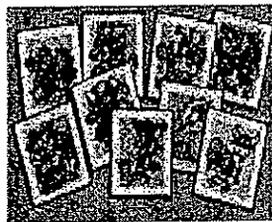
Damas



Cartas



Michi o Tres en Raya



Memoria

SESIÓN 3

APRENDIENDO A JUGAR BINGO

I.- OBJETIVO

1.1 OBJETIVO DEL TERAPEUTA

- Brindar conocimiento acerca del juego del Bingo.

1.2 OBJETIVO PARA EL PACIENTE

- Explicar el juego del bingo, considerando las instrucciones dadas.
- Participar en la actividad lúdica teniendo en cuenta las reglas del juego

II.- TIEMPO

60 minutos

III.- MATERIALES

- Láminas

IV- PROCEDIMIENTO

- 1.- Describir brevemente los objetivos de la sesión
- 2.- Al iniciar la sesión preguntar si saben que es el juego del Bingo y cómo se juega
- 3.- Luego se procederá a enseñar las siguientes láminas e ir explicando cada una de ellas:
 - * Lamina 1: ¿Qué es el Bingo?
 - * Lamina 2: ¿Cuales son las reglas?
 - * Lámina 3: Final del Juego
- 4.- Se dará inicio al juego del bingo según las instrucciones dadas
- 5.- Ir orientando a los/a las pacientes si el caso lo amerita.
- 6.- Se hará uso de reforzadores sociales e instrumentales a los participantes ganadores
- 7.- Preguntar como se sintieron durante el desarrollo del juego
- 8.- Terminada la sesión agradecer por su participación e invitar a la siguiente sesión y finalmente despedirse.

LÁMINA 1

¿QUÉ ES EL BINGO?

El Bingo es un juego muy antiguo que ha entretenido a varias generaciones de jugadores alrededor del mundo. Existen diferentes versiones sobre su origen: algunos historiadores sostienen que el juego surgió en la época romana, otros consideran que nació en el siglo XVI en Italia.



LÁMINA 2

¿CUÁLES SON LAS REGLAS DEL JUEGO?

En cada juego de bingo existe un anunciante o pizarra donde se indican los números de los bolillos que van saliendo y también el modelo o patrón del juego.

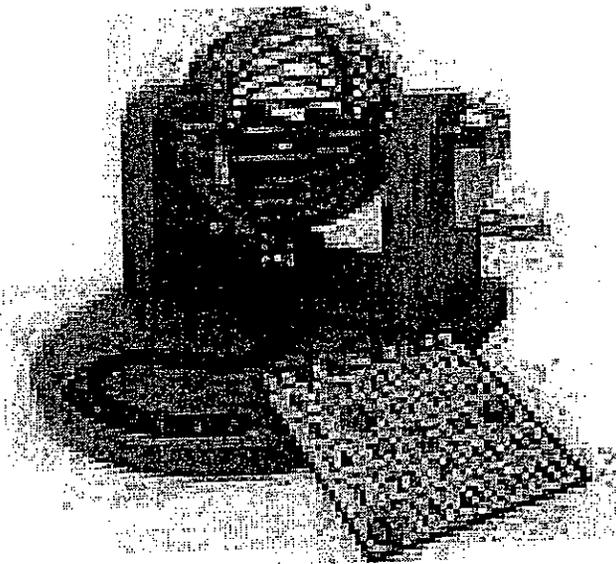
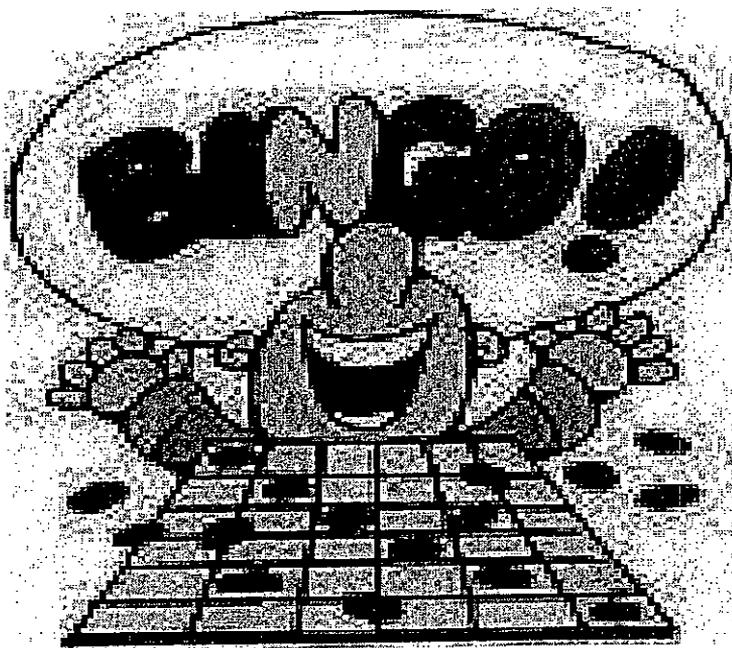


LÁMINA 3

FINAL DEL JUEGO

El juego termina cuando uno o más jugadores cantan “Bingo” al completar el cartón o alguna de las figuras mencionadas. Al cantar “Bingo”, el juego se detiene inmediatamente y se verifica los números y la figura. Si hay un jugador se le otorgará el premio. Si hay más de un jugador el premio se divide entre los ganadores en partes iguales.



SESIÓN 4



APRENDIENDO A JUGAR DOMINO

I.- OBJETIVO

1.1 OBJETIVO DEL TERAPEUTA

- Brindar conocimiento acerca del juego de Dominó.

1.2 OBJETIVO PARA EL PACIENTE

- Explicar el juego de Dominó, considerando las instrucciones dadas.
- Participar en la actividad lúdica teniendo en cuenta las reglas del juego

II.- TIEMPO

60 minutos

III.- MATERIALES

- Láminas

IV.- PROCEDIMIENTO

- 1.- Describir brevemente los objetivos de la sesión
- 2.- Al iniciar la sesión preguntar si saben que es el juego del Dominó y cómo se juega
- 3.- Se enseñarán las láminas que a continuación se muestran e ir explicando cada una.
 - * Lamina1: ¿Como jugar del Dominó?
 - * Lamina 2: Número de jugadores
 - * Lamina3: Desarrollo del juego
 - * Lamina 4: Flujo de juego
 - * Lamina 5: Final del juego
- 4.- Finaliza la explicación se procede a formar grupos pequeños de 2 a 4 pacientes, puesto que en el Dominó pueden jugar de 2 a 4 jugadores por juego
- 5.- Seguidamente se dará inicio al juego según las instrucciones dadas
- 6.- Ir orientando a los/a las pacientes si el caso lo amerita.
- 7.- Se hará uso de reforzadores sociales e instrumentales a los participantes ganadores
- 8.- Preguntar como se sintieron durante el desarrollo del juego
- 9.- Terminada la sesión agradecer por su participación y despedirse.

LÁMINA 1

¿CÓMO JUGAR EL DOMINÓ?

Para jugar el Dominó es necesario es necesario 28 fichas rectangulares. Cada ficha está dividida en dos espacios del mismo tamaño, en cada uno de los cuales aparece una cantidad de puntos de 0 hasta 6. Las fichas cubren todas las combinaciones posibles entre estos números.

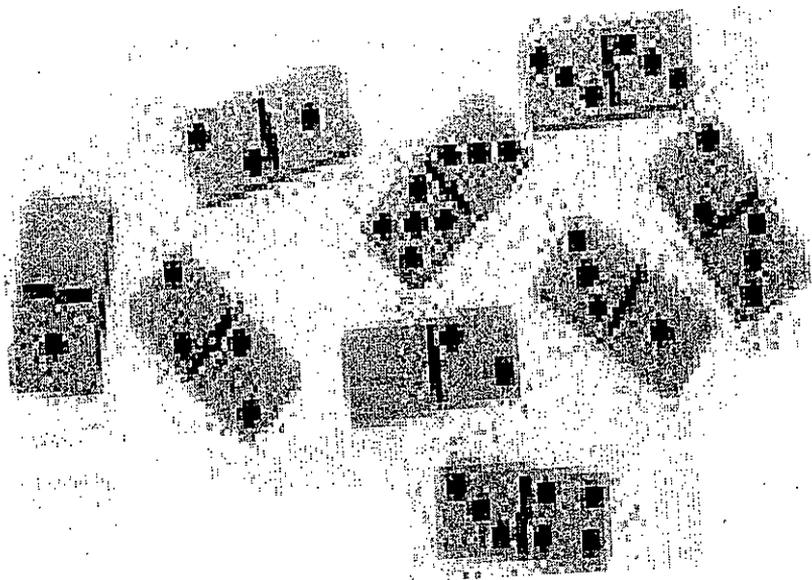


LÁMINA 2

NUMERO DE JUGADORES

Se pueden jugar con 2, 3 o 4 jugadores.



LÁMINA 3

DESARROLLO DEL JUEGO:

INICIO:

Cada jugador recibe 7 fichas. Si en la partida hay menos de 4 jugadores, las fichas restantes se guardan en el pozo (reserva). Inicia la ronda el jugador que tenga la ficha con el doble más alto. En caso de no tener dobles ninguno de los jugadores, comenzará el jugador que tenga la ficha con la suma más alta de puntos. A partir de ese momento, los jugadores realizarán su jugada por turno.

El jugador que inicia el juego es el que tiene la ventaja durante el juego, este es el concepto más importante para la estrategia del Dominó

LÁMINA 4

FLUJO DEL JUEGO:

En su turno cada jugador debe tomar una de sus fichas y ponerla en juego en uno de los dos extremos abiertos, de tal forma que los puntos de uno de los lados de la ficha coincidan con los puntos del extremo donde se está colocando. Los dobles se colocan de forma transversal para facilitar su localización. Una vez que el jugador ha colocado la ficha en su lugar, su turno termina y pasa el siguiente jugador. Es posible que un jugador se vea imposibilitado a realizar su jugada cuando ninguna de sus fichas coincida con los puntos de los extremos del juego.

En este caso hay que robar una pieza del pozo (si quedan) o pasar. Si se pasa, su turno termina y pasa al siguiente jugador.

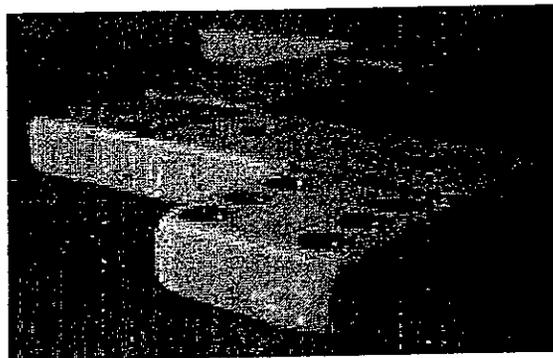


LÁMINA 5

FINAL DEL JUEGO

Un juego de Dominó se compone de varias rondas. Al final de cada ronda sólo un jugador será el ganador. El juego termina cuando uno de los jugadores se queda con el menor número de fichas.



SESIÓN 5

APRENDIENDO A JUGAR LUDO

I.- OBJETIVO

1.1 OBJETIVO DEL TERAPEUTA

- Brindar conocimiento acerca del juego de Ludo.

1.2 OBJETIVO PARA EL PACIENTE

- Explicar el juego de Ludo, considerando las instrucciones dadas.
- Participar en la actividad lúdica teniendo en cuenta las reglas del juego

II.- TIEMPO

60 minutos

III.- MATERIALES

- Láminas

IV.- PROCEDIMIENTO

- 1.- Describir brevemente los objetivos de la sesión
- 2.- Al iniciar la sesión preguntar si saben qué es el juego del Ludo y cómo se juega
- 3.- Se enseñarán láminas que a continuación se detallan e ir explicando cada uno de ellas:
 - * Lámina 1: ¿Que es el Ludo y cómo se juega?
 - * Lamina 2: Dibujos del tablero de juego y el dado
 - * Lamina 3: Reglas del juego
 - * Lámina 4: Final del juego
- 4.- Se puede formar grupos pequeños de 2 a 4 pacientes, puesto que en el Ludo pueden jugar de 2 a 4 jugadores por juego
- 5.- Seguidamente se dará inicio al juego según las instrucciones dadas
- 6.- Ir orientando a los/a las pacientes si el caso lo amerita.
- 7.- Se hará uso de reforzadores sociales e instrumentales a los participantes ganadores
- 8.- Preguntar como se sintieron durante el desarrollo del juego
- 9.- Terminada la sesión agradecer por su participación y despedirse.

LÁMINA 1

¿QUÉ ES EL LUDO Y CÓMO SE JUEGA?

Ludo significa en latín “yo juego”

El ludo se juega sobre un tablero en forma de cruz alrededor de la cual están dispuestas 68 casillas. Se emplean cuatro grupos de fichas con un color diferente para cada uno de los grupos.

Cada jugador utiliza el grupo de fichas de cada uno de los grupos.

Existen además 4 espacios ajenos a lo que es el propio recorrido de la carrera y cada uno del color respectivo de cada grupo de fichas o casas en los que cada jugador almacena las fichas y que en ese momento no se hallan incorporados al juego. Las fichas avanzan a lo largo de las casillas según indique el dado de las 6 caras que ha de arrojar cada jugador por turno alternativo.

LÁMINA 2

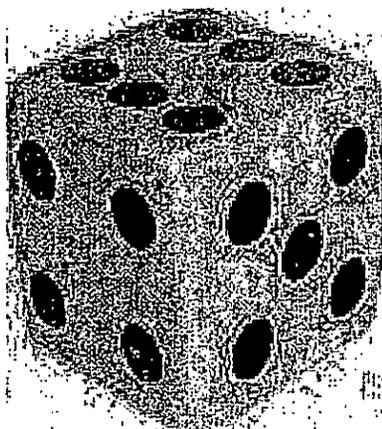
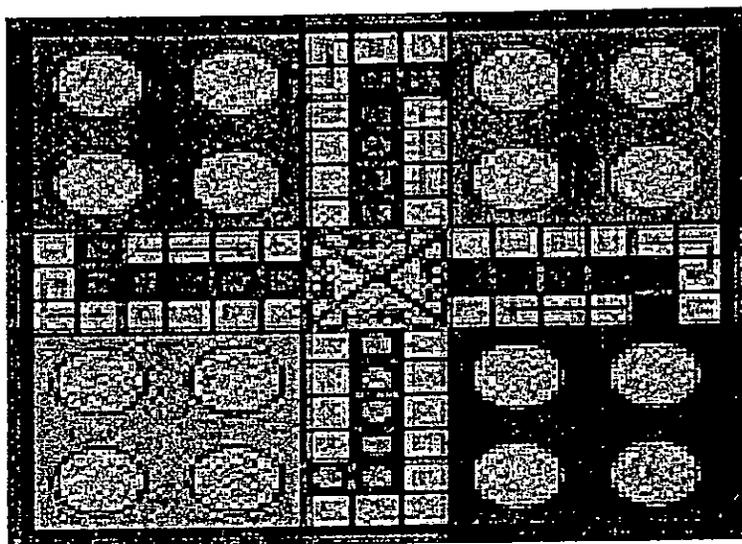


LÁMINA 3

REGLAS DEL JUEGO

Avanzar las 4 fichas desde el lugar de salida hasta el final antes que sus oponentes lo hagan.

Tratar de devolver a los otros a su casa para que no puedan llegar a la casilla final.



LÁMINA 4

FINAL DEL JUEGO

Cuando la ficha ha dado una vuelta al tablero y llega a la zona baja del pasillo de llegada de su color empezará a ascender por las casillas que hay en él.

Para entrar en la casilla de meta el jugador correspondiente tendrá que hacerlo contando el número exacto de casillas que le corresponderá en su movimiento.

En el pasillo de llegada de un color sólo podrán entrar fichas del mismo color, por lo tanto en él no son posibles las capturas.

El juego finaliza cuando un jugador logra introducir cada una de sus fichas en su respectiva casilla final.



SESIÓN 6



APRENDIENDO A JUGAR DAMAS

I.- OBJETIVO

1.1 OBJETIVO DEL TERAPEUTA

- Brindar conocimiento acerca del juego de Damas.

1.2 OBJETIVO PARA EL PACIENTE

- Explicar el juego de Damas, considerando las instrucciones dadas.
- Participar en la actividad lúdica teniendo en cuenta las reglas del juego

II.- TIEMPO

60 minutos

III.- MATERIALES

- Láminas

IV.- PROCEDIMIENTO

- 1.- Describir brevemente los objetivos de la sesión
- 2.- Al iniciar la sesión preguntar si saben que es el juego de Damas y cómo se juega
- 3.- Se enseñarán diferentes láminas referentes al juego y se darán las explicaciones de caso
 - * Lámina 1: El juego de Damas
 - * Lámina 2: Dibujos del juego
 - * Lámina 3: Movimiento de las piezas
- 4.- Se tendrán que formar pequeños grupos de 2 pacientes, puesto que en el juego de Damas sólo pueden jugar dos personas.
- 5.- Seguidamente se dará inicio al juego según las instrucciones dadas
- 6.- Ir orientando a los/a las pacientes si el caso lo amerita.
- 7.- Se hará uso de reforzadores sociales e instrumentales a los participantes ganadores
- 8.- Preguntar como se sintieron durante el desarrollo del juego
- 9.- Terminada la sesión agradecer por su participación y despedirse.

LÁMINA 1

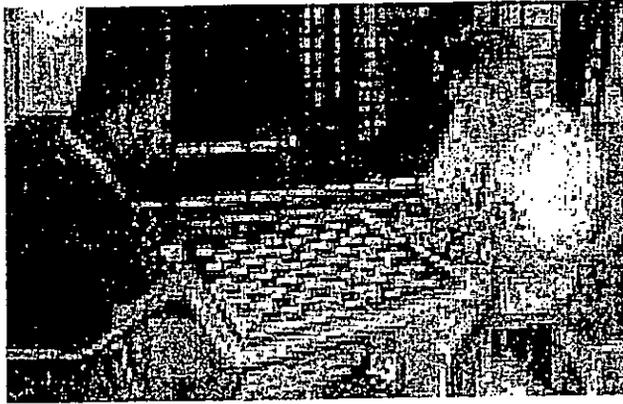
EL JUEGO DE DAMAS

El juego de damas evolucionó en forma distinta en lugares del mundo, dando lugar a muchas variantes muy diferenciadas. Se juega sobre tablero de diferentes medidas según la variante de que se trate.

Las damas son jugadas por dos personas, la casilla a la derecha de cada jugador es blanca. Cada jugador dispone de 12 piezas de un mismo color: el uno blancas, el otro negras.

Se juegan por turnos alternos, en su turno cada jugador mueve su pieza propia.

LÁMINA 2



TABLERO DE DAMAS

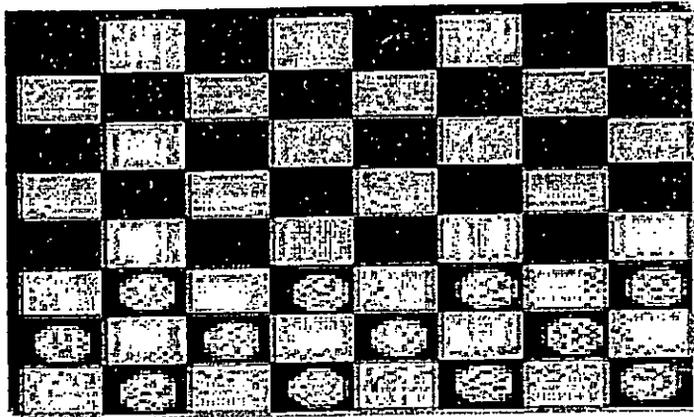


LÁMINA 3

MOVIMIENTO DE LAS PIEZAS

Las piezas se mueven en diagonal tanto hacia la derecha como hacia la izquierda, siendo estos movimientos en una casilla.

Cuando una pieza llega a la primera fila del bando contrario se corona convirtiéndose en reina, la cual se distingue del resto de piezas por la colocación de otra dama del mismo color sobre el que llega a la primera fila.

Las reinas al igual que las damas tienen movimiento diagonal pero tienen una serie de poderes especiales como la posibilidad de desplazarse tanto hacia delante como hacia atrás y que puedan desplazarse un número de casillas indefinidas en sus diagonales. En todo caso son siempre fichas más fuertes que las damas.

SESIÓN 7



APRENDIENDO A JUGAR CARTAS

I.- OBJETIVO

1.1 OBJETIVO DEL TERAPEUTA

- Brindar conocimiento acerca del juego de Cartas.

1.2 OBJETIVO PARA EL PACIENTE

- Explicar el juego de Cartas, considerando las instrucciones dadas.
- Participar en la actividad lúdica teniendo en cuenta las reglas del juego

II.- TIEMPO

60 minutos

III.- MATERIALES

- Láminas

IV.- PROCEDIMIENTO

- 1.- Describir brevemente los objetivos de la sesión
- 2.- Al iniciar la sesión preguntar si saben que es el juego de Cartas y cómo se juega
- 3.- Se enseñarán láminas a la vez que se irán dando las explicaciones
 - * Lámina 1: El juego de cartas
 - * Lámina 2: Dibujo de los juegos
 - * Lámina 3: ¿Cuáles son las reglas del juego?
 - * Lámina 4: Final del juego
- 4.- Pueden formarse grupos de 2 a 4 jugadores
- 5.- Seguidamente se dará inicio al juego según las instrucciones dadas
- 6.- Ir orientando a los/a las pacientes si el caso lo amerita.
- 7.- Se hará uso de reforzadores sociales e instrumentales a los participantes ganadores
- 8.- Preguntar como se sintieron durante el desarrollo del juego
- 9.- Terminada la sesión agradecer por su participación y despedirse.

LÁMINA 1

JUEGO DE LAS CARTAS

Son aquellas en los que el único elemento de juego son unas estampas de cartón (llamadas naipes o cartas) que forman una bajara y que deben mezclarse (barajarse) ante de jugar.

1.- Se juega con cartas que suman 52 cartas, cada carta viene enumeradas y con dibujos pertinentes que tienen un valor, por ejemplo la letra J vale 11, la letra Q 12, la letra K 13 el A vale 14 cuando está en la mano y 1 cuando está en la mesa.

2.- Un repartidor va entregando las cartas quien es partícipe del juego también.

LÁMINA 2



LÁMINA 3

¿CUÁLES SON LAS REGLAS DEL JUEGO?

Pueden jugar de 2 a 4 personas.

Uno de los jugadores baraja las cartas.

Cada uno de los participantes procede a sacar una carta y quien obtenga el número mayor será el primero en el juego y el que sacó el menor número será quien reparta, el orden del juego será por la izquierda.

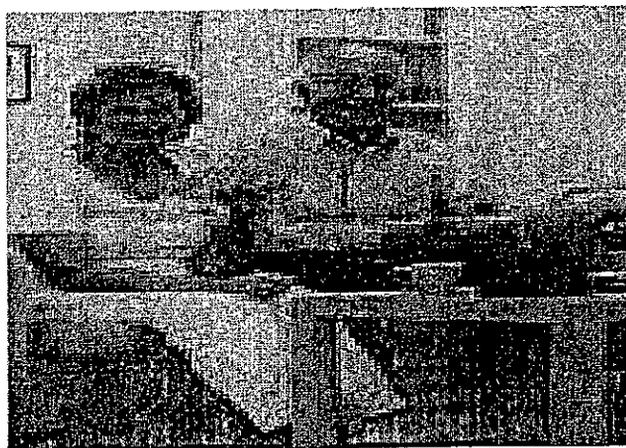
Cuando son dos jugadores se repartirá a cada jugador 5 cartas y 2 van a la mesa y cuando son más de tres se reparte 4 y ninguna carta la mesa.

LÁMINA 4

FINAL DEL JUEGO

Una vez agotado el reparto de cartas cada jugador verifica y cuenta cuántas cartas y cuántos puntos tiene, con el siguiente puntaje: el 2 patito tiene un valor de 1 al igual que el A de corazones, trébol, rombo, espada, el 10 de oro vale 2. Gana el jugador que mayor puntaje acumuló.

Para la siguiente ronda se sigue el mismo procedimiento.



SESIÓN 8

CLAUSURA

Aplicación del Instrumento de Escala de evaluación de las actividades lúdicas (Anexo I) ha realizarse en la Sesión N° 8.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Sotillo C, Cabra M, Martínez A, Alburquerque F, Noli I, Guillén R. Manual para el Programa psicoeducativo a familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos. 1ra. Edición. Lima 1995.
- 2.- Instituto nacional de rehabilitación Aguirre P. DA- Internet [rhttp://www.terapiaocupacional.com/articulos/rhb-psicosocial_toINrac](http://www.terapiaocupacional.com/articulos/rhb-psicosocial_toINrac) Consultado 26.06.09
- 3.- Gonzáles, J. Modelos, apuestas y magias. Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá. Revista La Gaceta C.R.L. N° 13. Julio 2001. Disponible: http://www.sie.es/crl/archivo_pdf/MODELOS.Pdf (Consultado el 20 de Junio 2009).
- 4.- Betancur M.I. "Esquizofrenia" Pg.58 book. (Internet).com.pe/book isbo
- 5.- Cordero M., Vidal M.- Medwave.- Mesa redonda "Es factible la propuesta de la OMS: Rehabilitación para la recuperación Edición Marzo 2003
Curso internacional Avances en esquizofrenia (II)": Mesa redonda. Año 5, N°2 Edición Marzo 2005. Derechos reservados.
- 6.- Rehabilitación psicosocial del Trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.- Cuadernos técnicos N° 6. Madrid 2002.
www.ome-oen.org/grupos/cuademotecnico6Rehabilitación.pdf
- 7.- Andrés A. La Enfermería de salud mental dentro de la terapia integrada de la esquizofrenia (IPT). Educare212005; 20. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/educare> Consultado: 3.07.09
- 8.- Coramina.-Diccionario etimológico.- castellano e hispano.Madrid Credos.
- 9.- Pérez P, Lozano A. V. Reflexiones en torno a la Rehabilitación Psicosocial. Artículos. Septiembre 2003. Disponible en: http://www.Sie.es/crl/archivo_pdf/Reflexiones20EN%20Torno%20A
- 10.- Fuentes J:R.-Diplomado universitario en Enfermería.- Teoría de Enfermería. Cuidados de Enfermería. Revista Internet 2001 20.08.06
<http://www.terra.es/personal/duñas/homehtm>
- 11.- Manual de Habilidades Sociales para la Prevención de Conductas Violentas en Adolescentes INSM "HD-HN" Lima Perú 2001.



ANEXOS

ANEXO I

LISTA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES LUDICAS

Nombres y Apellidos: _____
 Servicio: _____ Fecha: _____
 Sexo: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Grado de Instrucción _____
 Diagnostico médico: _____ Tiempo de enfermedad: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de actividades que se presentan cuando se participa en actividades lúdicas, señala tu respuesta marcando con una X en uno de los casilleros que se ubica a la mano derecha, utilizando los siguientes criterios:
SI, NO, A VECES

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

ITEMS A CHEQUEAR	SI	NO	A VECES
1.- La actividad lúdica le permite sentir, expresar y producir una serie de emociones			
2.- La actividad lúdica le permite sentir emociones, orientadas hacia el entretenimiento, la diversión.			
3.- La actividad lúdica le permite gozar, reír, sentir enfado			
4.- El Bingo se juega con cartones, los cuales están divididos en cuadrados numerados.			
5.- En cada juego de Bingo existe un anunciante o pizarra donde se enuncian los números de las bolillas que van saliendo.			
6.- En el Bingo es importante prestar atención al modelo o patrón de juego			
7.- En el Bingo un modelo o patrón de juego es una figura que se tiene que completar para ganar			
8.- Para jugar el Dominó es necesario 28 fichas rectangulares.			
9.- En el Dominó cada ficha esta dividida en 2 espacios del mismo tamaño, cada uno de los cuales tiene una cantidad de puntos de 0 hasta 6.			
10.- En el Dominó estas fichas cubren todas las combinaciones posibles entre estos números			
11.- El Dominó se puede jugar con 2,3 o 4 jugadores			
12.- El Ludo se juega sobre un tablero en forma de cruz, alrededor del cual están dispuestos 68 casilleros			
13.- En el Ludo se emplean cuatro grupos de fichas con un color diferente para cada uno de los grupos			
14.- En el Ludo al comienzo de la partida las fichas son colocadas en la casa del color correspondiente			
15.- En el Ludo, una vez que se tenga una ficha en el terreno del juego, el jugador que arroja el dado deberá avanzar su ficha tantas casillas como indique el dado			
16.- El juego de Damas son jugadas por 2 personas			

17.- En el juego de Damas cada jugador dispone de 12 piezas del mismo color, el uno blancas y el otro negras			
18.- En el juego de Damas se juegan por turnos alternos, en su turno cada jugador mueve su propia pieza			
19.- El juego de Cartas se juega con 52 cartas, cada carta viene enumerada y con dibujos que tiene un valor			
20.- En el juego de Cartas pueden jugar de 2 a 4 personas			
21.- En el juego de Cartas cada uno de los participantes procede a sacar una carta y quien obtenga el número mayor será el primero en comenzar el juego y así sucesivamente			
22.- En el juego de Cartas cuando son dos jugadores se repartirá 5 cartas a cada jugador y 2 cartas van a la mesa			

Valoración:

Si : 1

No : 3

A veces: 2

PUNTAJE DE LA LISTA DE EVALUACION DE ACTIVIDADES LUDICAS

AREA	ITEMS	P. MINIMO	P. MAXIMO
Satisfacción	1-3	3	9
Conocimiento del juego Bingo	4-7	4	12
Conocimiento del juego Dominó	8-11	4	12
Conocimiento del juego Ludó	12-15	4	12
Conocimiento del juego Damas	16-18	3	9
Conocimiento del juego Cartas	19-22	4	12
Total	1-22	22	66

CALIFICACION DE LOS CONOCIMIENTOS:

Muy bueno : 58 - 66

Bueno : 49 - 57

Promedio : 40 - 48

Bajo : 31 - 39

Muy bajo : 22 - 30



ANEXO II

ESCALA DE VALORACION DE ACTIVIDADES LUDICAS

Nombres y Apellidos: _____
 Servicio: _____ Fecha: _____
 Sexo: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Grado de Instrucción _____
 Diagnostico médico: _____ Tiempo de enfermedad: _____

INSTRUCCIONES

Esta escala de valoración se aplicará durante el desarrollo de las sesiones con la finalidad de evaluar la participación de los pacientes durante el desarrollo de las actividades lúdicas siguiendo en siguientes criterios:

- N = NUNCA
- RV = RARA VEZ
- AV = A VECES
- AM = A MENUDO
- S = SIEMPRE

ÍTEMS A CHEQUEAR	N	RV	AV	AM	S
1.- Demuestra iniciativa para participar en juego					
2.- Demuestra motivación durante el juego					
3.- Socializa con los demás participantes					
4.- Respeta las reglas del juego					
5.- Se mantiene atento al momento de dar las instrucciones					
6.- Formula preguntas cuando tiene dudas sobre el juego					
7.- Participa activamente y sigue las instrucciones dadas					
8.- Realiza los juegos elegidos					
9.- Demuestra conocer las reglas del juego					
10.- Se disculpa cuando comete errores					
11.-Hace reclamos en forma asertiva por situaciones que se presenta durante el desarrollo del juego					
12.- Demuestra tolerancia a resultado adverso al término del juego					
13.-Permanece continuadamente durante la sesión					
14.- Manifiesta haber disfrutado y sentirse relajado					

Valoración:

- N = NUNCA 1
 RV = RARA VEZ 2
 AV = A VECES 3
 AM = A MENUDO 4
 S = SIEMPRE 5

PUNTAJE DE LA ESCALA DE VALORACION DE ACTIVIDADES LUDICAS

AREA	ITEMS	P. MINIMO	P. MAXIMO
Iniciativa	1-2	2	10
Socialización	3-4	2	10
Atención	5-6	2	10
Participación	7-8	2	10
Conocimiento	9	1	5
Respeto	1-11	2	10
Tolerancia	12-13	2	10
Disfrute	14	1	5
Total	1-14	14	70

CALIFICACION DE LOS CONOCIMIENTOS:

- Muy bueno : 58 - 70
 Bueno : 47 - 57
 Promedio : 36- 46
 Bajo : 25- 35
 Muy bajo : 14- 24

ANEXO III

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE ESCALA DE VALORACIÓN DE ACTIVIDADES LUDICAS

- 1.- **Demuestra iniciativa para participar en el juego.-** Se calificará según la valoración descrita de su participación en el juego.
- 2.- **Demuestra motivación durante el juego.-** Se calificará según la valoración realizada, observar motivación durante el juego
- 3.- **Socializa con los demás participantes:** Se calificará según la valoración que le corresponda.
- 4.- **Respeto las reglas del juego.-** Calificar según la escala de valoración si observa las reglas del juego
- 5.- **Sea mantiene atento al momento de dar las instrucciones.-** Se calificará según la valoración si está atento a las instrucciones impartidas o no de acuerdo a la escala.
- 6.- **Formula preguntas cuando tiene dudas sobre el juego.-** Se calificará según la valoración si realiza preguntas cuando tiene dudas
- 7.- **Participa activamente y sigue las instrucciones dadas.-** Calificar según corresponda si participa activamente o no y sigue las instrucciones o no
- 8.- **Realiza los juegos elegidos.-** Observar si realiza los juegos seleccionados u otros que no se eligieron y calificar según corresponda.
- 9.- **Demuestra conocer las reglas del juego.-** Se calificará según la escala de valoración según demuestre conocer las reglas del juego.
- 10.- **Se disculpa cuando comete errores.-** Calificar según corresponda cuando infrinja en faltas o errores durante el juego.
- 11.- **Hace reclamos en forma asertiva por situaciones que se presenta durante el desarrollo del juego.-** Observar si interrumpe continuamente la sesión.
- 12.- **Demuestra tolerancia a resultado adverso al término del juego.-** Se calificará según la escala de valoración comportamiento adecuado al finalizar el juego.
- 13.- **Permanece continuamente durante la sesión.-** Observar si abandona la sesión al inicio y no continúa o abandona el juego en 4, 3, 2, 1 ocasiones o permanece toda la sesión y darle una valoración
- 14.- **Manifiesta haber disfrutado y sentirse relajado.-** Anotar lo expresado por el paciente y darle una valoración.



ANEXO IV

FICHA DE ASISTENCIA DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ACTIVIDADES LÚDICAS

SERVICIO:

ENFERMERA RESPONSABLE:

NOMBRE	Edad	Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8
		Fecha								
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

ANEXO V

ESTUDIO QUE VALIDARÁ EL MANUAL

En los servicios de hospitalización de la DEIDAE del adulto y adulto mayor se desarrollan diferentes programas y entre ellos el Programa de Actividades lúdicas

El Programa consiste en desarrollar diferentes actividades lúdicas con el fin de atender las necesidades de ocio y recreación de los pacientes que padecen trastornos mentales, con la intencionalidad de contribuir al restablecimiento de la persona enferma y de esta manera mejorar las habilidades cognitivas, sociales y de afrontamiento a los estresores.

Por otro lado se detectaron que personas que sufren de esquizofrenia presentan en mayor o menor medida déficit en alguna o en varias de las siguientes áreas que se deben de tener en cuenta: Autocuidado (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno) Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés) Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.) Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés) Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información)

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc. originan un riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social.) es por ello que se desarrollará el Programa de Actividades lúdicas basado en el manual titulado “MANUAL DE ACTIVIDADES LUDICAS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA DEIDAE DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR”

El Manual está elaborado para ser utilizado por el personal de enfermería con el objetivo de ser facilitadores y desarrollar destrezas en la ejecución de actividades lúdicas que favorezcan la integridad del paciente a estas actividades.

Considerando la importancia del manual creemos necesario someterlo a una validación de contenido, para ello se tiene pensado elaborar un proyecto de investigación.

El procedimiento consistirá:

En un primer momento se buscará el apoyo de juicio de expertos quienes revisarán el contenido teórico y contestarán un Cuestionario en donde se preguntará sobre los objetivos, metodología, secuencia, lenguaje, contenido y tiempo de cada sesión.

En un segundo momento los autores rediseñarán el Manual en base a las sugerencias de los expertos.

En un tercer momento se convocará a un grupo de enfermeros quienes aplicarán el Manual a un grupo de pacientes, previa capacitación en el uso del Manual por parte de las autoras.

Cada enfermera conformará un grupo de pacientes de 8 a 10 pacientes a quienes aplicarán el manual, al término de ello contestarán una ficha con un número determinado de ítems para evaluar la comprensión, el tiempo y el lenguaje de cada una de las sesiones.

Durante el uso del Manual cada enfermera recibirá un cierto número de visitas de supervisión y asesoría por parte de las autoras.

Al término del uso del Manual se realizará un taller en donde participaran las enfermeras autoras y un experto con el objetivo de discutir la experiencia y aceptar sugerencias

En un cuarto momento se realizará el análisis estadístico binomial significación estadística de concordancia entre jueces comparando las respuestas positivas y negativas, con lo que concluiremos que se obtuvo una evaluación favorable o no del manual.