

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN USUARIOS ADOLESCENTES
HOSPITALIZADOS CON TRASTORNOS MENTALES, INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO
NOGUCHI" 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA
OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

LIDA DORIS LUCAS ASENCIOS

Callao, 2016

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | SECRETARIA |
| ➤ MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 153-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 25/05/2017

Resolución Decanato N° 1068-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 Descripción de la situación problemática	04
1.2 Objetivo	05
1.3 Justificación	09
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes	12
2.2 Marco Conceptual	22
2.3 Definición de Términos	38
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	42
3.1 Recolección de datos:	42
3.2 Experiencia profesional	42
3.3 Procesos realizados en la Intervención de la Enfermera en la atención del paciente adolescente	44
IV. RESULTADOS	48
V. CONCLUSIONES	53
VI. RECOMENDACIONES	54
VII. REFERENCIALES	56
ANEXOS	61

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional, titulada Intervención de Enfermería en los Usuarios adolescentes con trastornos mentales en hospitalización de Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" 2016, tiene por objetivo describir la intervención del profesional de enfermería en la atención de 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 PROBLEMA

A partir del inicio del año 2016 se vio la necesidad de implementar el servicio de hospitalización de niños y adolescente, porque la atención en consulta externa se ha incrementado, y mucho de estos casos requería de una atención más cercana con personal capacitado, por esta razón en reunión multidisciplinaria se decide la apertura del servicio de hospitalización de niños y adolescentes.

La enfermera(o) juega un papel muy importante en la implementación y la elaboración de un plan de acuerdo a su edad del usuario, encontrándonos con un reto en la implementación de un cronograma de actividades a desarrollar durante la estadía en hospitalización de los adolescentes, la implementación de guía de atención las cuales fundamentan las razones de cada actividad, la implementación de la comunidad terapéutica con el equipo multidisciplinario, la implementación del video foro con temas que son necesarios para ayudar al adolescente a reflexionar y analizar casos que le permitan tener como ejemplo y motivación para iniciar cambios de actitudes y comportamiento preparándolos para la inserción en el hogar.

Pues podemos ver que en un estudio se encontró que 2% de niños y adolescentes de hasta 18 años, lo que equivale a dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor con un promedio de siete episodios a lo largo de su vida (BENJET C, 2004). Estos datos apoyan los registros de los trastornos mentales que ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, entre las 10 enfermedades más incapacitantes y 4 de ellas son trastornos mentales: la esquizofrenia, la depresión, la obsesión-compulsión y el alcoholismo (FRENK J, 1999). Considerando que la adolescencia es la etapa en la que el ser humano completa las tareas del desarrollo para arribar a la adultez y que el cumplimiento satisfactorio de las mismas determina muchas veces el éxito en la vida, es que se han estudiado tanto los problemas de pérdida de la salud mental, como los trastornos de ansiedad y la depresión, los cuales pasan fácilmente inadvertidos por los adultos, así como aspectos contextuales a nivel macro y sobre el desenvolvimiento social próximo. (Castillo, 2013)

En el estudio epidemiológico realizado por el instituto en la Selva, la Sierra, Lima y Callao respecto a los problemas que enfrenta el país, más del 40% de los adolescentes identifican como problemas principales: el desempleo o la pobreza, seguidos de la violencia, la corrupción y la delincuencia. La mayoría siente frente

a estos problemas pena, tristeza o depresión y preocupación. Llama la atención la baja confianza de los adolescentes en las autoridades políticas (75,5%) así como en los líderes comunales (61,4%) y en las autoridades policiales (42,5%); estos resultados contrastan con la confianza plena de los adolescentes en los médicos (58,3%), los maestros (56,5%) y los religiosos (46,9%).

Podemos ver que los estresores psicosociales que percibe el adolescente como muy tensionantes, resaltan la delincuencia (54,0%), el narcotráfico (46,8%), la salud (48,1%) y el terrorismo (41,4%). Respecto al estrés ambiental, el 56,5% de los adolescentes percibe un alto nivel de estrés (ruidos, ventilación, olores, espacio) (Castillo, 2013).

También podemos decir que los resultados de estos estudios epidemiológicos hablan sobre los estados anímicos que, sin ser por sí mismos patológicos, pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de los adolescentes, los resultados respecto a los estados negativos, llaman la atención; entre el 13,6% y el 20,3% de los adolescentes dice experimentar siempre o casi siempre sentimientos de tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, siendo mucho mayor la afectación en las adolescentes. La tendencia a la preocupación tiende a ser alta, aunque se ha encontrado que tiene connotaciones

relacionadas con el tener que asumir responsabilidades por algo, de manera similar que en otras ciudades (Castillo, 2013)

Se reconoce que la satisfacción con lo que se es o se hace, tiene una enorme influencia en el desarrollo de una autoestima saludable, especialmente en las edades tempranas de la vida, como en la adolescencia. Se ha medido el grado de satisfacción personal de los adolescentes en una escala de 5 a 20, encontrándose una media en la selva 17,2 semejante a la de los adolescentes de Lima y Callao (16,1) y de la Sierra (16,9).

Las conductas psicopáticas pueden iniciarse desde edades tempranas y pueden ser predictores de problemas severos de personalidad de difícil ayuda en la adultez. La permisividad frente a la psicopatía mide la tolerancia de las personas a conductas delictivas como el robo, mientras que las tendencias psicopáticas se refieren a conductas como la mentira frecuente, la violencia; y como tendencias delictivas, que se considera el robo u otras conductas abiertamente en conflicto con la ley.

El adolescente se ve expuesto a procesos de cambio que pueden afectar su ánimo y hacerlo proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro. Al igual que en el adulto, las tasas de suicidio deben ser una alerta para intervenciones tempranas. En este estudio se han investigado los componentes del proceso que puede culminar en

el suicidio consumado: deseo, pensamiento, planeación e intento o conducta suicida.

Son llamativas las cifras de estas cuatro categorías siendo mayores en cuanto a deseos suicidas y gradualmente inferiores las de pensamiento, planeación y finalmente intento de suicidio.

En estos estudios epidemiológicos, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 68,1% y la prevalencia en el mes del 16,0%. Llama la atención que las prevalencias sean sólo ligeramente superiores para los adolescentes varones, especialmente las relacionadas al consumo de alcohol.

1.2.OBJETIVO

Describir, la eficacia de las intervenciones de enfermería en los usuarios adolescentes con trastornos mentales en hospitalización de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" Lima – 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la niñez y los adolescentes son un grupo vulnerable que se encuentran en desarrollo, inician cambios como son; físicos, hormonales, psicológicos, sociales muchos de ellos presentan problemas dependiendo del tipo de familia en la cual se desarrollan y el estilo de vida que se les brinda, por lo que ocurren cambios; de pensamiento, sentimientos, de personalidad, de los cuales algunos de ellos son más susceptibles a presentar algunos trastornos mentales como la depresión, problemas de alimentación y trastorno de personalidad así mismo otros son víctimas de abuso sexual, la mayoría ocurridos dentro del entorno familiar, algunos no tienen la posibilidad de superar estos acontecimientos e intentan suicidarse o autolesionarse por lo que requieren de un tratamiento especializado.

Por estas razones el Instituto se ha visto en la necesidad de implementar un servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes el cual se hace realidad en el año 2016, para brindar la atención más cercana a los adolescente realizando las evaluaciones necesarias del equipo multidisciplinario: médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, servicio social y personal técnico especializado en la atención de niños y adolescentes, buscando alternativas en mejora de su salud mental e incorporar

al adolescente a la vida familiar y social, superando y manteniendo su tratamiento indicado por su médico.

Los adolescentes son muy poco fiables, las situaciones, percepciones o conflictos que presenta en esta edad pueden conllevar a trastorno mentales. El adolescente puede presentar depresiones, crisis maníacas, ideas suicidas, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de personalidad, porque su seguridad y el torrente de emociones contradictorias que siente le convierten en un ser emocionalmente inestables, sin embargo este proceso no es duradero y terminara normalmente al final de la adolescencia, otros requieren de ayuda de profesionales de la salud mental para poder superar esta etapa, y otros requieren de una hospitalización y tratamiento con psicofármacos.

Con el presente informe quiero dar a conocer las actividades, programas y supervisión que desarrolla y participa la enfermera en la atención que brinda al adolescente, la eficacia de las intervenciones de enfermería en los usuarios adolescentes con trastornos mentales en hospitalización de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", permitirá identificar debilidades y buscar alternativas para la mejora de la atención con calidez, eficacia y calidad.

Cabe mencionar que siendo hospitalizados usuarios de diferentes distritos incluso provincias del Perú, los usuario en su mayoría

cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS) sin embargo también se hospitaliza a paciente que no cuentan con seguro es decir de forma particular, a pesar que los usuarios tienen SIS hay escasez de los psicofármacos y no se cuentan con todos los exámenes auxiliares que se requiere.

El presente informe permitirá percibir los avances logrados y a la vez encontrar las amenazas, las cuales se tienen que adecuarse según la necesidad como podría ser; elaborando las guías necesarias, adecuando e implementando las actividades de acuerdo a la edad de los usuarios, en la que el profesional de enfermería tiene una amplia participación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A Nivel: Internacional

RODRÍGUEZ, Jorge J. 2009. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En el libro que es autor principal menciona; "Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida. A pesar de lo anterior, los recursos para afrontar esta enorme carga son muchas veces insuficientes, no están distribuidos apropiadamente y en muchos países todavía subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico".

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) uno de sus objetivos es trabajar con los estado miembros para que se fortalezcan y se implementen políticas y planes de salud mental el que se debe abordarse en el nivel de la atención primaria.

En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el apoyo de OPS, implementa el Programa Global de Acción en Salud Mental, para disminuir la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así

como los relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo hay enormes desafíos por delante, en especial la reducción de la brecha de tratamiento, la mejora del uso de los recursos disponibles, la reestructuración de los servicios de salud mental basados en un modelo de tipo comunitario y la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003, "La asistencia de los niños y adolescentes con trastornos mentales", se señala que: a) hasta un 20% de los niños y adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad discapacitante; b) el suicidio entre los jóvenes es un problema de salud mental presente en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes; c) el trastorno depresivo mayor se inicia frecuentemente durante la adolescencia y se asocia a una incapacidad psicosocial y a un alto riesgo de suicidio; d) los trastornos del comportamiento tienden a persistir hasta la adolescencia y la adultez, asociándose a menudo a delincuencia y comportamientos antisociales, así como problemas de pareja, desempleo y deficiente estado de salud física. De igual manera muchos niños(as) y adolescentes que viven los estragos de la guerra o de los desastres naturales, pueden sufrir trastornos de estrés postraumático. El abuso de sustancias en este rango de edad, es otro problema de graves consecuencias para la sociedad.

Según CRUZ, 2001, España. Para el adolescente, según el autor “El descubrimiento y la conciencia del propio cuerpo lo expone a experiencias desconocidas. Estas pueden incidir en mayor seguridad o inseguridad respecto a sí mismo, en función de la valoración psicoafectiva que está viviendo. Además encontró que para la determinación de los dominios con mayor impacto sobre los sentimientos de autovalía, la apariencia física, junto con la aceptación social, (atractivo físico y popularidad) se constituyen en los elementos más poderosos a la hora de considerarse a sí mismo competente y capaz, al menos durante la infancia y pre adolescencia, aunque en la sociedad actual el atractivo físico y la aceptación social son dominios altamente valorados e incluso sobrevalorados.”

Se puede observar que los adolescentes que son hospitalizados presentan trastornos psicológicos significativos por la enfermedad que la justifica, pero son altamente estresantes para el adolescente, su familia y también para el equipo multidisciplinario los cuales laboran en el servicio.

Por esta razón la recomendación de no restringir las visitas de los padres en la hospitalización de los adolescentes, de modo que actualmente es común que un miembro de la familia lo visiten desde el primer día de hospitalización. Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las

relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle resiliencia (se entiende por resiliencia la capacidad de una persona para enfrentar situaciones de estrés y salir fortalecido, éste es un proceso y se manifiesta frente a ciertas situaciones), si se dan las condiciones necesarias. Desde esta perspectiva, la participación del paciente, el equipo de salud, la familia, las organizaciones de apoyo y las instituciones son importantes en la generación de un sistema de salud adecuado y funcional (P., 1986). La población juvenil ha tenido y tiene, unas características peculiares que conlleva a diferentes problemas de todo tipo, lo que hace de esta época de la vida un periodo extremadamente sensible, trascendente y de consecuencias definitivas para el futuro de los individuos. Es una época de cambios muy acentuados tanto orgánica como psicológicamente, con adopción de hábitos propios y adquisición rápida de nuevos conocimientos. (García Alcaráz F, 2008)

Nivel: Nacional:

CACHAY L., Paul A, 2010. Prevalencia y factores Asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010. El autor menciona: "El suicidio como fenómeno individual es conocido en todas las sociedades, anualmente el suicidio es causa de más

muerdes que todos los conflictos mundiales combinados. Durante los últimos años, en diversas regiones del mundo se ha observado un incremento paulatino y constante del fenómeno suicida, especialmente en adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud en un 90 por ciento de los suicidios de niños y adolescentes, se ha detectado alguna forma de trastorno mental como causa fundamental, siendo los diagnósticos más comunes los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y el abuso de sustancias. Los suicidas tienen mayores cargas ambientales, 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; en realidad, el sentimiento adicional de desesperanza que surge de las cargas de la vida constituye un pronóstico de riesgo de suicidio incluso más fuerte que la depresión por sí sola.”

Como podemos ver en esta etapa es la más vulnerable, la expresión de una ideación suicida nos puede dar a entender que pueden llegar a valorar poco la vida, incluso llegando a propósito autodestructivos, este grupo etario se encuentra en etapa escolar.

STUCCHI PORTOCARRERO, 2007 Depresión: "Normalmente, todas las personas experimentan momentos de tristeza y desinterés, luego de fracasos o pérdidas. Pero cuando esta tristeza es excesiva en intensidad y duración, compromete el funcionamiento de la persona o la lleva a pensar en acabar con su vida, estamos ante un caso de depresión mayor, trastorno que, si no recibe el tratamiento adecuado, puede terminar en suicidio. Se calcula que los trastornos depresivos afectan al 10-25% de las mujeres y al 5-12% de los varones en algún momento de sus vidas. Por otro lado, aunque los intentos suicidas son más frecuentes en las mujeres, los suicidios consumados se presentan más entre los varones. La depresión suele ser ignorada por los familiares e inclusive por muchos médicos ("no tiene nada"), lo cual retarda el tratamiento adecuado y aumenta la probabilidad de suicidio."

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO. 2007. En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003 (pág. 27): "Los problemas de salud mental en niños(as) y adolescentes tienen una elevada y variada incidencia no sólo en el Perú sino a nivel mundial, y a pesar de su magnitud, aún no es considerada como una prioridad de parte de los gobiernos, lo que dificulta el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y

rehabilitación. Se considera como problemas de salud mental a los trastornos mentales y a factores de riesgo para el desarrollo de los mismos, como: la violencia, abandono, explotación laboral o sexual, orfandad a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o los forzados por la emigración y los conflictos sociales. En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003, "La asistencia de los niños y adolescentes con trastornos mentales", se señala que: a) hasta un 20% de los niños y adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad discapacitante; b) el suicidio entre los jóvenes es un problema de salud mental presente en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes; c) el trastorno depresivo mayor se inicia frecuentemente durante la adolescencia y se asocia a una incapacidad psicosocial y a un alto riesgo de suicidio; d) los trastornos del comportamiento tienden a persistir hasta la adolescencia y la adultez, asociándose a menudo a delincuencia y comportamientos antisociales, así como problemas de pareja, desempleo y deficiente estado de salud física. De igual manera muchos niños(as) y adolescentes que viven los estragos de la guerra o de los desastres naturales, pueden sufrir trastornos de estrés postraumático. El abuso de sustancias en este rango de edad, es otro problema de graves consecuencias para la sociedad.

Los efectos de los trastornos emocionales y conductuales que afectan a estos grupos etarios, tienen un alto costo social y financiero. Su carga es sentida especialmente por sus familias, amigos, y vecinos; así mismo, afecta a muchos de los sistemas que sustentan una sociedad, incluidos la salud, la educación y el bienestar.

En el Perú, los niños(as) y adolescentes son los más afectados por la pobreza, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de sus padres, el entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que esta pobreza tiene sobre su proceso de acumulación de capital humano: a) de los 3,8 millones de pobres extremos, 2,1 millones son niños(as); b) dos de cada 3 niños(as) menores de 5 años viven bajo la línea de pobreza y 2 de cada 10 viven en condiciones de extrema pobreza; c) bajo las condiciones de pobreza, la inversión que las familias puedan realizar en el desarrollo de sus hijos es insuficiente. Los problemas vivenciados durante la niñez y adolescencia suelen seguir un curso de transmisión intergeneracional.

En este sentido, los hijos de las personas que se han desarrollado en condiciones desfavorables no encuentran un mejor medio que aquel en el que sus padres crecieron. Es decir, un adulto que nació pobre, transmitirá a sus hijos las mismas desventajas que él tuvo durante su niñez: pobreza, exclusión, desnutrición, bajo desempeño escolar, etc. Por ello es indispensable que entre las políticas del Estado se

prioricen los problemas por los que atraviesa la población infantil, y el efecto de las mismas se vea reflejado en las futuras generaciones. LINKS, P. (1983).

Según el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (2004) El estado de la niñez en el Perú. Forma e Imagen, Perú. La inasistencia y retraso escolar se encuentran relacionados con el nivel de pobreza. El 8.4% del grupo etario de 6 a 17 años que pertenece a hogares de pobreza extrema no ha culminado sus estudios secundarios ni asiste a un centro educativo, mientras que entre los no pobres la cifra se reduce a 3.2%⁶. Diversos estudios sobre la pobreza han concluido que sus efectos en la niñez y adolescencia son mayores y muchas veces irreversibles. A nivel socioeconómico, la pobreza restringe severamente la igualdad de oportunidades presentes y futuras, lo que alimenta un círculo vicioso de generación en generación. Sus impactos se muestran en los índices de mortalidad, morbilidad, desnutrición, trabajo infantil, deserción, bajo rendimiento escolar, pandillaje escolar entre otros. El problema de la violencia social, las adicciones, el incremento de los trastornos psiquiátricos y las conductas poco saludables que provocan la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivan de la ausencia de salud mental, la cual se expresa en los comportamientos de riesgo

desde las etapas más tempranas hasta la senectud. Para el abordaje de este problema complejo se requiere de un modelo integral, interdisciplinario, que posea una visión de Salud Pública y que ejerza acciones sobre sus múltiples factores culturales, sociales. (Cueva, 2012)

Es de destacar que la mayoría de los casos son de menores de 30 años (74%), similar a otros estudios a nivel local. (Duran D, 1999) (Coronado-Santos S, 2003); Como los indicadores mundiales que revelan que el suicidio es una de las principales causas de muerte en población de 15 a 19 años (Wasserman D, 2005), población que tiene las mayores frecuencias de intento suicida y en las que se deberían realizar medidas de prevención (E., 1998). Respecto a la atención especializada del intento de suicidio, llama la atención que sólo 46% la recibió. El proceso de atención, resulta un tanto incierto; la resistencia del propio paciente a aceptar el problema y la presencia del estigma, la falta de apoyo inmediato del grupo familiar para seguir el tratamiento y, procedimientos no definidos para la atención del paciente con intento suicida, entre otras condiciones; podrían explicar más no justificar la escasa atención especializada. (Castro Paredes P1, 2006)

La investigación demostró un perfil de adolescentes con conocimientos de sexualidad deficientes y comunicación familiar exigua, que refleja una sexualidad perturbada, manifiesta además por

un inicio temprano de relaciones sexuales de riesgo. (Alberto Salazar-Granara¹, Arturo Santa Maria-Álvarez², Isabel Solano-Romero³, 2007)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Para poder comprender el trabajo desde una perspectiva científica entenderemos que hay teorías de enfermería importantes que fundamentalmente que avalan nuestros cuidados de enfermería especializado dirigidos hacia los adolescente como un ser vivo en desarrollo con cambios físicos y psicológicos que requiere una atención integral de todo un equipo.

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 Vygotsky (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 sociohistóricas. 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.

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

El modelo de Neuman 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 reciproca 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 Neuman, 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)

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.

Esquizofrenia: La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. ... Con este término, se quería subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan las personas que la padecen.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó, mediante la revisión del libro de ingresos y egresos, el cuaderno de censos diario del servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes.

Los datos obtenidos se presentaran en tablas

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

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

Me forme en la Universidad Peruana Cayetano Heredia es donde obtuve mi licenciatura.

Actualmente laboro como enfermera Asistencial en el servicio de Hospitalización de Niños y Adolescente. Mi experiencia laboral ha sido muy beneficiosa ya que ha permitido adquirir destreza y habilidad en la atención de diferentes tipos de usuarios con cuadros psiquiátricos agudos y crónicos, con diferentes síntomas y situaciones paralelas (problemas físicos, psicológicos, culturales y socioeconómicos).

3.2.2 HABILIDADES ADQUIRIDAS

1. Con paso de los años aprendí a saber cómo tratarlos y actuar inmediatamente en las situaciones que se presentan, (así como 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 haciéndoles compañía en las horas de sus alimentos.
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. Se coordina con la asistente social para que se involucre con las familias, que abandonan durante varias semanas y no visitan a su paciente, para que realice una visita domiciliaria.
5. Se coordina con la jefatura del departamento de enfermería para que se incremente más personal varón, ya que en algunas oportunidades hay pacientes en un estado de violencia y riesgo de agitación psicomotriz que necesitan ser contenidos verbalmente y físicamente en ambiente adecuado.

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 médico 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 cognitivo 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

DIAGNÓSTICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AÑO 2016

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
Anorexia nerviosa	15	21.43
trastorno psicótico agudo poliformo de esquizofrenia	1	1.43
Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación	1	1.43
Trastorno esquizo afectivo de tipo depresivo	1	1.43
Trastornos de la conducta alimentaria	2	2.9
Esquizofrenia paranoide	13	18.6
Bulimia nerviosa	3	4.3
Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.	3	4.3
Trastorno bipolar, episodio actual mixto.	1	1.43
Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.	4	5.71
Episodio depresivo moderado.	1	1.43
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.	8	11.43
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	3	4.3
trastorno depresivo recurrente	1	1.43
Trastorno obsesivo compulsivo	3	4.3
Trastorno disociativo sin especificación	1	1.43
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.	4	5.71
Otros trastornos disociables	1	1.43
Otros trastorno disociales y de las emociones mixtos	1	1.43
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	2	2.9
Retraso Mental	1	1.43
TOTAL	70	100

Fuente: Libro de Ingreso y Egresos.

Según el cuadro N° 4.1 Demuestra que los usuarios adolescentes hospitalizados que presentan diferentes diagnósticos en el año 2016, hay un alto porcentaje con diagnóstico de anorexia nerviosa representado por el 21.43 % es decir 15 usuarios, mientras que hay diferentes diagnóstico que presenta 1.43% siendo uno de ellas Episodio depresivo moderado, trastornos disociativo y otros que han requerido una hospitalización.

CUADRO N° 4.2
EDADES DE ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AÑO 2016

AÑO	ADOLESCENTES FEMENINO	
EDAD	TOTAL	%
9-12	6	8.57
13-16	36	51.43
17-18	28	40
TOTAL	70	100

Fuente: Libro de Ingreso y Egresos

Según el cuadro N° 4.2 Demuestra que los usuarios adolescentes hospitalizados según la edad en el año 2016, hay un alto porcentaje de usuarios que fluctúan entre 13-16 años representando el 51.43% de pacientes que fueron hospitalizados representados por 36 usuarios, mientras que usuarios de la edad de 9-12 años representan el 8.57% representado por 6 usuarios.

CUADRO N° 4.3
RECURSO HUMANOS PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN
EL AÑO 2016

PERSONAL	CANTIDAD
Psiquiatras	2
Enfermeras	7
Servicio social	1
Psicólogos	1
Médicos residentes	3
Técnicas de enfermería	14
Personal de limpieza	1
TOTAL	29

Fuente: Informe de dotación de personal.

Según el cuadro N° 4.3 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° 4.4
ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AÑO 2016

ACTIVIDADES EDUCATIVA	TOTAL
Sesiones educativas a paciente	13
Sesiones Educativas a Familiares	12
Lectura dirigida	76
Periódico mural	41
Entrenamiento de Actividades de la vida diaria	11137

Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.4 Demuestra que el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades educativas realizada por enfermería es el entrenamiento de actividades de la vida diaria llegando a 11137 en el año 2016, mientras la menor cantidad es la actividad educativa de enfermería las sesiones educativas a familiares siendo representado por 12.

CUADRO N° 4.5
ACTIVIDADES SOCIALIZADORAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 2016

ACTIVIDADES SOCIALIZADORAS	TOTAL
Bailoterapia	47
Dinámica grupal	49
Actividad recreativa	812
Ludoterapia	1275
Laborterapia	1275
Rehabilitación	240
Video foro	48
Comunidad Terapéutica	96

Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.5 Demuestra que el servicio de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades socializadoras realizada por enfermería es la Ludoterapia y laborterapia llegando a 1275 cada uno en el año 2016, mientras la menor cantidad es la actividad socializadora es la Bailoterapia siendo representado por 47.

CUADRO N° 4.5
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AÑO 2016

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	TOTAL
Ingresos	67
Egreso	59
Participación de visitas medica	140
Informe de estado de pacientes	843
Epicrisis de enfermería	59
Registros de enfermería	13329
Reunión técnica administrativa de enfermería	7
Reunión de equipo multidisciplinaria	6
Supervisión de actividades de enfermería	270

Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.6 Demuestra que el servicios de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades administrativas realizada por enfermería es el registro de enfermería llegando a 13329 en el año 2016, mientras la menor cantidad es la actividad de administrativas es la participación en Reunión de equipo multidisciplinaria de enfermería siendo 6.

CUADRO N° 4.7
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES REALIZADOS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AÑO 2016

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	TOTAL
Intervención en crisis (contención mecánica)	351
Terapia de apoyo(contención Verbal)	2630
Terapia de Relajación	217
Consejería	1427
Entrevista a pacientes	9227
Entrevista a familiares	941
Presentación de caso	12

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 realizada por enfermería en procedimientos especiales ha sido la entrevista a pacientes llegando a 9227 en el año 2016, mientras la menor cantidad es el procedimiento presentación de caso clínico la cual se realiza una vez por mes es decir se presentaron 12 casos.

CUADRO N° 4.8
RECURSO HUMANOS PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO	TOTAL
Vía oral	11387
Vía Intramuscular	507
Vía endovenosa-venoclisis	104
Oxigenoterapia	61
Curaciones	257
Control de peso	723
Control de funciones vitales	5220

Fuente: Cuaderno de Censo diario

Según el cuadro N° 4.8 Demuestra que el servicios de hospitalización de Niños y Adolescentes la mayor cantidad de actividades realizada por enfermería es la administración de tratamiento oral y parenteral llegando a 11387 en los años 2016, mientras la menor cantidad es la actividad de oxigenoterapia siendo 61.

IV. CONCLUSIONES

1. El servicio de Niños y Adolescentes solo cuenta con 29 personas de recursos humanos para 10 adolescentes, especialmente de técnicos varones los cuales son necesarios para contención cuando surgen conductas imprevistas de los adolescentes.
2. Hay un alto porcentaje de adolescentes hospitalizados que tienen un diagnóstico mayor de trastorno de conducta alimentaria, el cual afecta a su salud.
3. Podemos decir que hay un alto porcentaje de pacientes adolescentes hospitalizados cuyas edades fluctúan entre 13- 16 años de edad.
4. Es necesario tener conocimiento de las normas legales que existen en relación de los adolescentes y su atención.
5. La infraestructura nos son los más adecuados y en especial para los pacientes varones, el baño es muy pequeño.
6. Por ser un servicio que en el presente año ha iniciado la atención de hospitalización a Niños y Adolescente, se encuentra en proceso de adecuación por lo que presentan algunas deficiencia y carencia como la elaboración de guía y protocolos.

V. RECOMENDACIONES

1. 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.
2. Administrar bien los recursos humanos para la actuación de enfermería y del equipo multidisciplinario en general.
3. El equipo de enfermería se encuentra en proceso de la adecuación de las actividades en la atención que se brinda a los adolescentes, por lo que requiere implementar guías de las actividades.
4. Conocer a profundidad la parte legal que protege al adolescente y así saber aplicar cuando se presentara alguna dificultad.
5. Recomendar a las autoridades de la institución que el servicio de hospitalización de niños y adolescentes no cuenta con una infraestructura adecuada para los adolescentes varones.
6. 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.

7. Coordinar con el equipo de profesional de enfermería para elaborar las guías y protocolos.
8. 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.

REFERENCIALES

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 Maria-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. Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historal aspects of eating doisorders (Apectos historicos y culturales de los trastornos alimenticios). En *Theoretical Medicine*, 18 (págs. 401-420.).
4. 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.
5. 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.
6. Castillo, J. E. (2013). *Estudio Epidemiologico de Salud Mental en Limametropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General*. Lima: Anales de Salud Mental.
7. Castro Paredes P1, O. O. (2006). CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, 1995-2004, . *Peru Med Exp Salud Publica*, 293-296.
8. Coronado-Santos S, D.-C. I.-A.-F.-P.-T. (2003). Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del hospital general. *Revista Biomedica*, 207-213.
9. Cueva, G. (2012). VIOLENCIA Y ADICCIONES: PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA. *Perú Med. Exp Salud Publica*, 99-103.
10. DR. FREDY DELGADO DIAZ. (2007). *SEROPREVALENCIA DE INFECCIONES de transmision Sexual*. Arequipa: SERIE INFORMES TÉCNICOS N°20.

11. Duran D, M. G. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Rev. Neuropsiquiatrica*, 226-241.
12. E., S. (1998). Suicidio en la Adolescencia. *Adolesc Latinoam*, 105-110.
13. FRENK J, L. R. (1999). *Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Mexico: Fundación.
14. García Alcaráz F, A. E. (2008). Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. *Monografía en Internet* , WW.uclm.es/ab/enfermeria/revista/sexualidad_y_anticoncepción.htm.
15. 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.
16. P., G. (1986). *Psychosocial aspects of physical disorders*. Oxford Medical Publications.
17. Saez, G. (1992). *La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad*. Venezuela: UNICEF.
18. Wasserman D, C. Q. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* , 114-120.
19. Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

FOTOS

Fig. 1 Preparando medicación



Fig. 2 Recibiendo el reporte de Enfer.

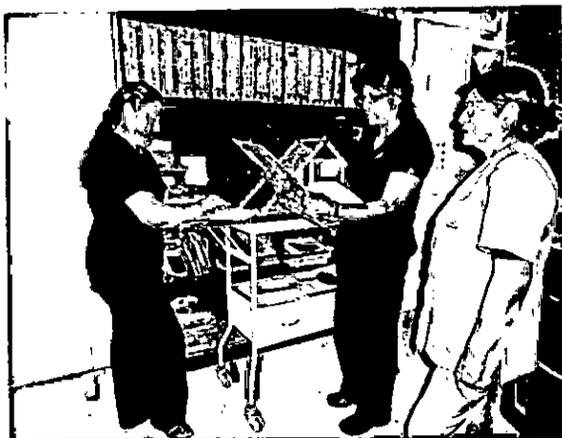


Fig. 3 Kárdex de Enfermería

Fig. 4 Medicamentos de pacientes

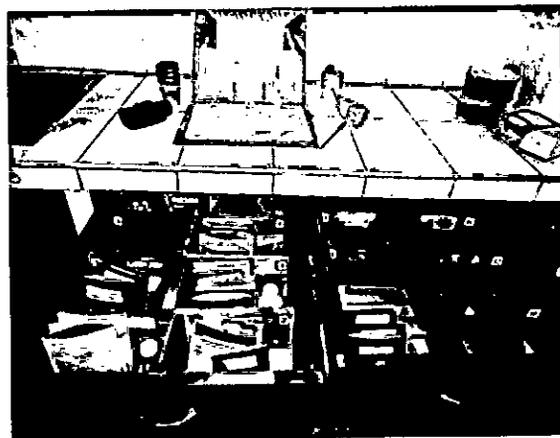


Fig. 5 Controlando Funciones Vitales

Fig. 6 Coche de curaciones

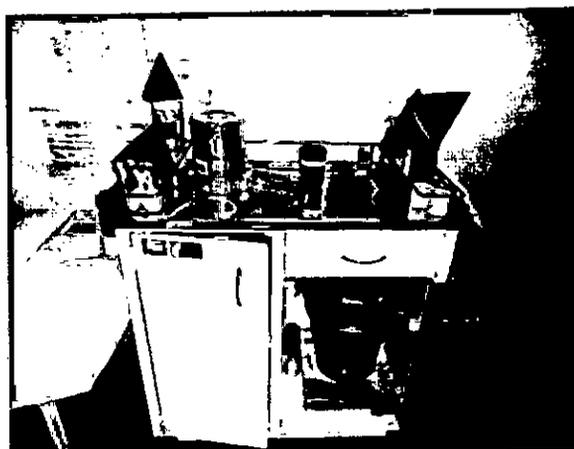


Fig. 7 Administrando medicación



Fig. 8 Historias Clínicas



Fig.9 Realizando Notas de enfermería



Fig. 10 Ronda de Enfermería



Fig. 11 Supervisando Diario de Pacientes



Fig. 12 Libro de Ingresos y Egresos



ANEXO

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)

Nº HC.....

I.- DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos..... Edad..... Sexo.....
Servicio..... Fecha de evaluación..... Grado de instrucción.....
Estado civil..... Ocupación..... Procedencia.....
Fecha de ingreso..... Nº 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 medico: 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.....
- area Conciencia:
 - Orientación en las 3 esferas: Si () No ()
 - Orientación Parcial: : Tiempo () Espacio () Persona ()
- area Memoria:
 - Alteración de la memoria: Inmediata () Mediata () Remota ()
 - Hipomnesia () Amnesia () Paramnesia ()
 - Otras.....
- area Humor y Afecto:
 - Eufórico () Angustia () Ansiedad () Temor () Tristeza () Depresión () Manía () Hipomanía ()
 - Labilidad emocional () Miedo () Pánico () Apatía () Cólera () Anhedonia ()
 - Aplanamiento afectivo ()
 - Otros.....
- area Lenguaje:
 - Disartria () Verborrea () Mutismo () Soliloquios () Ecolalia () Coprolalia () Incoherencia ()
 - Perseverante ()
- area 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 () Cenesésicas () 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:

- Alifado () Desalifado () 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.....
- Puerpera 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.....

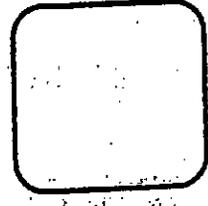
FECHA DE EMISIÓN DE RECETA.....

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			
					ALTA	CERROJO DE TRATAMIENTO	RAM	OTROS

Especificar otros motivos : _____

Firma y Sello de Enfermera que entrega

Farmada

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 Farmacéutica 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 HORAS		OBSERVACION
			INGRESO	ALTA	FUGA	REGRESO FUGA	MAS 24	MENOS 24		BALIDA	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 NOSUCHI"



ASISTENCIALES	N° ACTIVIDADES POR TURNO			TOTAL
	M	T	N	
I ASISTENCIALES				
Admisión				
Alta				
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				
Balloterapia				
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 pasante - Pregrado				
Supervisión Pasante 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-RUYO NOGUCHI"
HOJA RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

MBS:

DINAMICA GRUPAL código: 90853

A:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
----	--------	--------	--------	--------

ERGODICO MURAL código: 90853

A:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
----	--------	--------	--------	--------

LECTURA DIRIGIDA código: 90853

A:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
----	--------	--------	--------	--------

PSICOEDUCACION A USUARIOS código: 90853

A:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
----	--------	--------	--------	--------

PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES código: 90853

A:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
----	--------	--------	--------	--------

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H.C	Nº FUA

6.- LABORTERAPIA código: 90853

FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

7.- ACTIVIDAD DEPORTIVA código: 90853

FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

8.- LADOTERAPIA código: 90853

FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

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

FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº ELC	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- autovalimiento						
6:30-7:30p.m.	Reposo-Diario vivencial- lectura terapéutica						