

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS CON  
PSICOSIS, SERVICIO DE MEDICINA GENERAL, HOSPITAL  
REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY-APURÍMAC  
2014 - 2016**

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

**MILUSKA ESTACIO WARTON**

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned to the right of the author's name.

**Callao, 2017  
PERÚ**



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS      | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | SECRETARIA |
| ➤ MG. WILLIAM HOLDEN HORNA PÍZARRO   | VOCAL      |

### **ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE**

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 512

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 09/11/2017

Resolución Decanato N° 3103-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Definición de Términos	22
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	24
3.1 Recolección de Datos	24
3.2 Experiencia Profesional	25
3.3 Procesos Realizados del Informe	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	34
<b>V. CONCLUSIONES</b>	39
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	40
<b>VII. REFERENCIALES</b>	41
<b>ANEXOS</b>	43

## INTRODUCCIÓN

La psicosis constituye un estado mental caracterizado por la aparición de una serie de síntomas específicos que muestran un funcionamiento global alterado. Según la OMS los trastornos mentales, cuya prevalencia es muy alta, son una causa destacada de sufrimiento y morbilidad. La psicosis es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. En el Perú, un grave problema humano por la pobreza y calidad de vida.

En el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se han presentado varios casos de pacientes adultos con psicosis, que van en aumento que deben ser internados en el servicio de PSQUIATRIA, por la inexistencia de este, son hospitalizados en el servicio de medicina en un ambiente aislado (CLINOC) por indicación de la dirección general. El presente informe de experiencia laboral profesional titulado “Cuidado de Enfermería en pacientes adultos con Psicosis, Servicio Medicina, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay del 2014- 2016”, que tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con Psicosis. El presente informe consta de **VII** capítulos, y se detallan a continuación: el capítulo **I**: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo **II**: antecedentes, marco conceptual y definición de términos, el capítulo **III**: experiencia profesional, capítulo **IV**: resultados, capítulo **V**: conclusiones, capítulo **VI**: recomendaciones y capítulo **VII**: Referencia bibliográfica y anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática

Según la OMS los trastornos mentales, cuya prevalencia es muy alta, son una causa destacada de sufrimiento y morbilidad. Este problema de salud pública se ve agravado por el hecho de que muchos individuos aquejados de trastornos psiquiátricos no reciben tratamiento alguno. (1)

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países. (2)

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, así como la psicosis es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo, que suele ir acompañada de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad. El tratamiento con fármacos y apoyo psicosocial es eficaz.

Con un tratamiento adecuado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. (3)

Las cifras de estudios del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud-OMS, señalan que dentro de las diez primeras causas de discapacidad entre los 15 y 44 años de edad, el 50% se relaciona con problemas de salud mental, como trastorno psicótico bipolar.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años indican que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en el Perú es de 37,9 %, con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra y selva. La prevalencia actual de cualquier trastorno mental en Lima Metropolitana es de 23,5% (2002), en Sierra 16.2% (2003) y en Selva 15,4% (2004). La información nacional e internacional señala que de cada 1000 personas con problemas de salud mental, 40 llegan a los servicios de salud.

. A los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios se les diagnostican principalmente trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatomorfos (47%), y trastornos del estado de ánimo (27%), que son prevalentes, mientras que en los hospitales psiquiátricos los diagnósticos de Psicosis y otros que son los más frecuentes. (4)

El MINSA, enfatiza la importancia de apoyar a las personas

que viven con una enfermedad mental y a sus familiares, desarrollando programas de educación dirigidos a los mismos sobre sus derechos, responsabilidades, los problemas que los afectan, los alcances de la atención que debe recibir, los avances científicos al respecto, las leyes que los protegen y los servicios y recursos psicosociales disponibles en la comunidad que los puedan beneficiar, con el fin de crear un ambiente social y familiar favorable para la recuperación del paciente y prevenir las posibles crisis.

Una labor que cumple permanentemente la enfermera, es la educativa no solo con el paciente, sino también con la familia y el personal a su cargo, de acuerdo a las necesidades identificadas. La orientación que brinde la enfermera con relación al cuidado, al tratamiento, y a la vinculación a actividades de la vida diaria, son significativas para el paciente, buscando además generar un cambio de actitud hacia la enfermedad mental por parte del mismo paciente como de su familia. (5)

## **1.2. Objetivo**

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.



### **1.3. Justificación**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes adultos con psicosis en el servicio medicina en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay del 2014 al 2016 con el propósito de disminuir múltiples complicaciones y el reingreso del paciente al nosocomio.

Asimismo, el presente informe se justifica:

**Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener en pacientes adultos con psicosis, que no solamente es la terapéutica si no que también se cumple una labor educativa con el paciente y sus familiares y el personal a su cargo de acuerdo a las necesidades identificadas en el servicio de medicina en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia.

**Nivel Metodológico:** El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes adultos psicóticos según lo requiera para su pronta recuperación.

**Nivel Social:** A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a este tipo de pacientes en el servicio de hospitalización. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor y brindar una excelente atención, con calidad y calidez.

**Nivel Práctico:** el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos y facilitar los cuidados a los enfermeras(os), familia o cuidador en la atención de este tipo de pacientes de manera eficaz y eficiente.

**Nivel Económico:** Los pacientes con psicosis que requieren un cuidado y tratamiento específico problema para la salud pública como para la familia por la condición neurológica del paciente, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conducen a estancias hospitalarias prolongadas.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

CALVO CALVO, Ana Belén en el año 2014 hizo la publicación de su tesis de investigación para optar el grado de Doctora en Psicología con título "Estudio de la eficiencia de una psicoterapia grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares.

Siendo el objetivo de su investigación, examinar la efectividad de una intervención grupal de orientación psicoeducativa para adolescentes con PIT y sus familiares, comparándola con una intervención grupal de apoyo no estructurada. La efectividad se medirá a través del análisis de las diferencias tras la intervención en el número de visitas a urgencias, el número de hospitalizaciones y el número total de días de ingreso.

La metodología que utilizo indica que los pacientes fueron aleatorizados al grupo de orientación psicoeducativa (GPE) o al grupo de apoyo no estructurado (GPA) a través de un programa de aleatorización por ordenador, programado por un estadístico del HGUGM ajeno al estudio.

Los resultados de su investigación nos muestran que los 27 participantes que fueron aleatorizados a la intervención GPE tuvieron una media de edad de 16.4 (1.34), de los cuales 16 (59.3%) eran varones y 11 (40.7%) eran mujeres. Respecto al origen étnico el 92.6% de la muestra en este grupo fue de raza caucásica y el 7.4% restante pertenecía a otro grupo racial. Finalmente llego a la

conclusión de que una intervención grupal de orientación psicoeducativa, para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares en paralelo, basada en la resolución de problemas, de nueve meses de duración y frecuencia quincenal, reduce las visitas a urgencias de los participantes durante el tiempo en el que se lleva a cabo la intervención, en comparación con una intervención grupal de apoyo no estructurada.

(6)

MORALES LORENZO, Noemí en el año 2013 hizo la publicación de su tesis de investigación para optar el grado de Doctora en Psicología con título “Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados”.

Siendo el objetivo de su investigación, evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes según presenten un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Primer Episodio Psicótico (PEP). La metodología que utilizo para su investigación fue el diseño del estudio transversal descriptivo de evaluación de la percepción de la calidad de vida, características clínicas y condiciones psicosociales según el diagnóstico establecido de los pacientes con Psicosis Incipiente (PI); Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Primer Episodio Psicótico (PEP).

Los resultados de su investigación nos muestran que los pacientes, tanto los del grupo EMAR como los del grupo PEP, han obtenido resultados

similares en la valoración subjetiva de la calidad de vida (QLS) y en el Funcionamiento Global (GAF).

Finalmente la conclusión de la investigación muestra la existencia de una larga fase prodrómica antes de un Primer Episodio de Psicosis (PEP). Asimismo, ha permitido observar y analizar la percepción subjetiva de los pacientes, diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y de PEP. (7)

MONTEALEGRE OVIEDO, Iriana en el año 2016 hizo la publicación de su tesis de investigación para optar el título de Especialista en Psiquiatra con título "Abordaje integral de los primeros episodios psicóticos"

Siendo el objetivo de su investigación analizar las principales estrategias de abordaje de los primeros episodios psicóticos, mediante la revisión de la literatura científica.

La metodología que se utilizó, realizó una investigación de tipo cualitativo, y de diseño documental.

Los resultados de su investigación nos muestran que la psicosis es un síndrome clínico, de carácter multifactorial, producto de una compleja interacción de factores predisponentes, que pueden interpretarse desde dos modelos explicativos: el modelo neurodegenerativo (que explica que es una enfermedad del neurodesarrollo) y el modelo estrés- vulnerabilidad

(que propone que existe una interacción entre los genes y el entorno del individuo).

Recomendaciones: es importante que este abordaje sea integral, incorporando estrategias que integren los factores bio - psico - sociales, que influyen en la patogenia de la enfermedad. (8)

**Nacional:**

PILCO SOLÍS, Sor Clorinda en el año 2009 hizo la publicación de su tesis de investigación para optar el Título de Lic. en Enfermería con título “Atención Integral de la Enfermera en la Estabilización del Paciente Esquizofrénico y Participación de la Familia en la Unidad de Cuidados Iniciales Hospital Hermilio Valdizán. Lima. 2008”.

Siendo el objetivo de su investigación determinar la relación entre la atención integral de la enfermera en la estabilización del paciente psicótico y participación de la familia.

La metodología que utilizo en la presente investigación, se desarrolló con el enfoque cuantitativo utilizando el diseño, de nivel descriptivo explicativo, ya que se confeccionó un instrumento de recolección de datos que permita medir el nivel de influencia de la atención integral de la enfermera en el nivel de estabilización del paciente y el nivel de participación de la familia.

Los resultados de su investigación nos indican, en lo que respecta a la atención integral que brinda la enfermera a los pacientes, y la

estabilización de los mismos; se observa que el mayor porcentaje de las enfermeras brindaron una atención integral de nivel medio y la estabilización de los pacientes fue poco estable.

Finalmente en conclusión la investigación comprobó que el nivel de atención integral que brindan las enfermeras en la Unidad de Cuidados Iniciales en su mayoría es de nivel medio.

Se comprobó que el nivel de participación de la familia en el mejoramiento del paciente esquizofrénico es de nivel medio y el mayor porcentaje de pacientes esquizofrénicos presenta un estado de salud poco estable. (9)

**Local:** (no se encontró ninguna investigación local)

## **2.2 Marco conceptual**

A finales del siglo XIX y gran parte del XX, la psicopatología estuvo marcada por la división diagnóstica de los trastornos mentales en dos grandes grupos; la psicosis y la neurosis.

En la década de los años treinta se definió la psicosis como la pérdida del contacto con la realidad debido a la dificultad observada de los pacientes para diferenciar entre el mundo interno (pensamientos, sentimientos, etc.) y la realidad externa, confundiendo ambos en lo simbólico, en conducta y en funcionamiento cotidiano. En la década de los setenta, se diferenciaron los trastornos de la afectividad, acogiendo cuadros antes considerados psicóticos (psicosis maníaco-depresivas /trastorno bipolar) o neuróticos

(neurosis depresiva/trastorno distímico) y se rompió el concepto unitario de neurosis. Su definición, por lo tanto, se mantiene a un nivel de descripción de las alteraciones mentales y conductuales evidenciables.

(10)

### **2.2.1.Psicosis**

Es una condición anormal del pensamiento que se caracteriza por una visión alterada de la realidad y una pérdida de contacto con la misma. Las personas que experimentan psicosis pueden presentar cambios en la personalidad y trastornos del pensamiento. Dependiendo de su severidad, esto puede ir acompañado de un comportamiento inusual o extraño, así como dificultad con la interacción social y deterioro en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Las personas psicóticas pueden tener todo tipo de alucinaciones o delirios.

Existen fases de desarrollo de la psicosis:

1.- La fase premórbida: es la etapa anterior al comienzo de los síntomas. El funcionamiento premórbido es uno de los índices con mayor perseverancia como precursor comportamental del inicio de síntomas agudos en la psicosis.

2.- La fase prodrómica: el pródromo inicial de la psicosis es visto como la fase prepsicótica más temprana de un trastorno psicótico. Se considera una forma atenuada de psicosis que conforma un factor de riesgo para su



desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del mismo trastorno

### **Signos y síntomas**

Se manifiesta con dificultad para concentrarse, estado de ánimo deprimido, dormir demasiado o no lo suficiente, ansiedad, recelo, aislamiento de amigos y familiares, ilusiones, Lenguaje desorganizado, tales como cambiar los temas de forma errática, depresión y pensamientos o acciones suicidas.

### **Causas de la psicosis**

Cada caso de psicosis es diferente, y la causa exacta no siempre es clara. Hay, sin embargo, ciertas enfermedades que provocan psicosis. También existen desencadenantes como el consumo de drogas, la falta de sueño, y otros factores ambientales. Además, ciertas situaciones pueden dar lugar a ciertas personas a desarrollar psicosis. Hay enfermedades que pueden causar psicosis; cerebrales tales como la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington y algunos trastornos cromosómicos otros como tumores cerebrales o quistes.

Además, algunos tipos de demencia pueden causar psicosis, tales como: la enfermedad de Alzheimer, VIH, sífilis y otras infecciones que atacan el cerebro así como algunos tipos de epilepsia.

## **Tipos de psicosis**

Trastorno psicótico breve.- Un trastorno psicótico breve, a veces llamado psicosis reactiva breve, puede ocurrir durante los períodos de estrés personal extremo como la muerte de un miembro de la familia. Una persona que experimenta psicosis reactiva breve generalmente se recuperará en pocos días o semanas, dependiendo de la fuente del estrés.

Psicosis por drogas o alcohol.- La psicosis puede ser provocada por el uso de alcohol y drogas ilegales, incluyendo estimulantes como la metanfetamina y la cocaína. Las drogas alucinógenas como el LSD a menudo provocan que los consumidores vean cosas que no son reales, pero este efecto es temporal. Algunos medicamentos recetados como los esteroides y estimulantes también pueden causar síntomas de la psicosis.

Las personas que son adictas al alcohol o ciertas drogas pueden experimentar síntomas psicóticos si de repente dejan de beber o de tomar la droga a la que son adictos.

Psicosis orgánica.- Son psicosis debidas a causas cerebrales orgánicas. Una lesión en la cabeza, una enfermedad como un tumor o una infección que afecta al cerebro, pueden causar síntomas psicóticos.

Trastornos mentales.- Los trastornos psicóticos también pueden aparecer debido a ciertas enfermedades mentales. Los siguientes tipos de trastornos pueden conllevar síntomas psicóticos:

Trastorno Bipolar: Cuando alguien padece este trastorno, su estado de ánimo oscila de muy alto a muy bajo. Cuando su estado de ánimo es alto y positivo, puede tener síntomas psicóticos. Puede sentirse muy bien y creer que posee poderes especiales. Cuando su estado de ánimo está deprimido, el individuo puede tener síntomas psicóticos que los hacen sentir triste y atemorizado. Estos síntomas incluyen pensar que alguien está tratando de hacerles daño.

Trastorno Delirante: Una persona que experimenta trastorno Delirante cree firmemente en cosas que no son reales, como que alguien lo persigue, por ejemplo.

Depresión psicótica.- Se trata de una "Depresión Mayor" con síntomas psicóticos.

Esquizofrenia.- La esquizofrenia es una enfermedad que generalmente se acompaña de síntomas psicóticos.

### **Factores de riesgo da la psicosis**

Actualmente no es posible identificar con precisión quién es propenso a desarrollar psicosis. Sin embargo, la investigación ha demostrado que la

genética puede desempeñar un papel importante. Las personas son más propensas a desarrollar un trastorno psicótico si tienen un familiar cercano, como un padre o un hermano que padece un trastorno psicótico.

### **Tratamiento de la psicosis**

El tratamiento de la psicosis puede implicar una combinación de medicamentos y psicoterapia. La mayoría de personas experimentarán una gran mejora en sus síntomas con el tratamiento.

#### **Psicofármacos**

Los síntomas de la psicosis se pueden controlar con medicamentos llamados "antipsicóticos". Estos medicamentos reducen las alucinaciones y los delirios y ayudan a pensar con más claridad. El tipo de medicamento que se prescribe dependerá de los síntomas.

Los antipsicóticos se clasifican en dos grupos, de 1ª y 2ª generación: Los de 1ª generación o antipsicóticos convencionales (llamados generalmente neurolepticos, por ejemplo, clorpromazina, haloperidol, tioridazina, etc.) y los antipsicóticos de 2ª generación o atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpride y ziprasidona).

Haloperidol.- es el antipsicótico de primera elección en el manejo del delirium, para tratar la agitación y los síntomas psicóticos, en dosis de 10 a 15 mg/día.

Clorpromazina.- es un medicamento neuroléptico, está indicado en el control de los trastornos psicóticos. Es eficaz y produce un efecto calmante en pacientes psicóticos excitados o hiperactivos.

Tioridazina.- ansiolítico y antipsicótico de tipo fenotiazínico está indicado en pacientes psicóticos, calma la agitación psicomotriz, disminuye el comportamiento afectivo y la tensión emocional, reduce o elimina las alteraciones de la percepción (alucinaciones, ideas delirantes), en dosis 50-800 mg/día vía oral

Clozapina.- antipsicótico atípico está indicado en el tratamiento de las disquinesias tardías, a pesar de ser un fármaco con considerables efectos secundarios, continúa en la actualidad mostrando un perfil terapéutico que justifica su indicación. La dosis de inicio es de 25-50 mg en la noche, con aumentos diarios de 25 mg hasta alcanzar una dosis de 300 mg diarios, Por lo general, entre 300 y 450 mg/d existe eficacia antipsicótica para la mayoría de los pacientes.

Risperidona.- es un antipsicóticos atípico, es considerado un fármaco de primera línea en el manejo de la esquizofrenia en dosis de 0.5- 2 mg/día.

Olanzapina.- considerada también de primera línea en el manejo de la esquizofrenia la dosis se establece entre 5-20 mg/d.

Quetiapina.- antipsicótico atípico de primera línea aprobado para el manejo de la esquizofrenia. El efecto adverso más común es la sedación, que en general es transitoria, remitiendo en 2 ó 3 semanas. El tratamiento debe iniciarse con dosis bajas de 25 mg 2 veces/d. La mayoría de los pacientes presenta buena respuesta con dosis próximas a los 300-400 mg/d en 2 ó 3 tomas diarias.

Amisulpride.- Esta benzamida, es un atípico sedativo con baja propensión a provocar síntomas extrapiramidales, y con un perfil comportamental que depende de la dosis: a dosis altas tiene propiedades antipsicóticas y a dosis bajas produce efectos estimulantes. Aparece también con efectos antidepresivos

Ziprasidona.- último antipsicótico que aparece en nuestro medio; es útil para el manejo de los síntomas positivos, negativos y afectivos de la enfermedad con escasos efectos neurológicos de tipo extrapiramidal. Puede iniciarse el tratamiento con 80 mg/d en dos tomas, pudiendo aumentarse la dosis si es necesario a 160 mg/d<sup>23</sup>.

Aripiprazole .- se utiliza en dosis de 20-30 mg/d, un antipsicótico de perfil terapéutico semejante al de la clozapina pero sin sus riesgos en la hematopoyesis. .

## Terapia Cognitivo Conductual

Este enfoque ha demostrado ser eficaz para ayudar a personas a realizar cambios permanentes y gestionar más eficazmente su enfermedad. A menudo es más útil para los síntomas psicóticos que no se resuelven por completo con los medicamentos.

La psicosis no presenta demasiadas complicaciones médicas u orgánicas. Sin embargo, si se deja sin tratamiento, puede ser un reto para las personas que experimentan psicosis lograr un correcto cuidado de sí mismos. Eso podría causar otras enfermedades que también requieran tratamiento.

La mayoría de las personas que experimentan psicosis se recuperan con el tratamiento adecuado. Incluso en los casos severos, la medicación y la terapia pueden ser de gran ayuda.

## Intervención familiar

Es fundamental realizar una intervención en el ámbito familiar con el fin de que la propia familia sea consciente de la sintomatología para poder realizar un manejo adecuado de los síntomas del paciente.

La intervención familiar es conocida por ser una forma eficaz de tratamiento para las personas con psicosis. Es una forma de ayudar tanto al paciente como a su familia a lidiar con su condición.

La terapia familiar implica una serie de reuniones que se llevan a cabo durante un período de tres meses o más. (11)

### **2.2.2. Cuidados de enfermería en psicosis**

La enfermera de salud mental, en la relación terapéutica debe ser capaz de ser ella misma aceptando sus características personales, sus capacidades sus limitaciones, esto significa comportarse al igual con todo el mundo. Se trata de no establecer una relación estereotipada con una actitud rígida. Para el buen desarrollo de la relación terapéutica es necesario estar tranquilo, sentirse cómodo, mostrar una actitud respetuosa con el enfermo, lo que es quizás un elemento indispensable para poder conseguir unos objetivos terapéuticos, algunos autores lo consideran un elemento más de empatía.

El rol de La enfermera se establece a través de múltiples interacciones terapéuticas, de la naturaleza de estas relaciones, surgen características diferentes en las relaciones sociales que habitualmente se establecen con otras personas. La enfermera en salud mental, cumple una función educativa como parte de su labor profesional, en la que a través de un conjunto de actividades, da orientación al paciente y familia mediante contenidos educativos.



## **Plan de Cuidados de Enfermería**

a) Establecer comunicación y construir una relación de confianza: se debe mostrar aceptación del paciente como persona, hablándole con vocalización clara usando frases cortas y palabras concretas, mostrando una forma de aceptación al paciente para que muestre una actitud calmada y relajada.

b) Disminuir la conducta inhibida, con objetivos simples: debemos pasar el tiempo necesario con el paciente, conocerlo y darnos a conocer cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente debemos dirigir nuestro interés y cuidados para ayudarlo a expresarse.

c) Disminuir o eliminar las ideas delirantes respecto a comida y alimentación: Sentar al enfermo con un grupo de pacientes que también se encuentren tomando sus alimentos. El paciente puede comer si se coloca la comida donde los miembros del equipo terapéutico no puedan observar la alimentación del paciente. Puede ser útil ayudar al paciente alimentando con una cuchara.

d) Aumentar la autoestima del paciente y los sentimientos de valor: para aumentar su autoestima debemos proporcionarle atención en una forma sincera y con interés, de esta manera se sentirá apreciado e importante en la relación enfermero paciente.

e) Favorecer el descanso y sueño: enseñarle al paciente que tiene que dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el transcurso del día.

f) Orientar al paciente en la realidad: la orientación del paciente se efectúa, a raíz de que con frecuencia pierden el sentido de orientación con respecto a la persona, lugar y tiempo.

g) Incrementar la capacidad del paciente para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo: para esto debemos hacer que el paciente sepa distinguir entre lo real y lo no real.

h) Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo: debemos permanecer con el paciente, si tiene miedo, brindarle compañía y afecto, a veces tocarlo o darle la mano puede resultar terapéutico.

i) Brindar un ambiente seguro para el paciente: si el paciente se encuentra dentro de un servicio psiquiátrico, para reafirmar la seguridad del medio que lo rodea, debemos explicarle los procedimientos que se siguen en el servicio en forma breve y simple.

j) Conservar un ambiente seguro para los demás. (familia, pacientes, amigos): debemos ayudar a los demás a aceptar las conductas, "extrañas" del paciente dentro de su grupo social.

k) Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva: recordar que la regresión en un retorno pro positivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento, un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio. (12)

**2.2.3. Según Peplau:** (1952), en la relación interpersonal en enfermería, Hildegard Peplau analizó la acción de enfermería utilizando la acción de la teoría de la comunicación." Las intervenciones de las enfermeras son

procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda". Peplau reconoció cuatro fases en la relación terapéutica:

a) Primera fase: orientación.- se caracteriza por la toma de contacto con el cliente, los individuos reaccionan de manera distinta frente a la enfermedad. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

b) Segunda fase: identificación.- EL paciente se identifica con el problema que debe afrontar, experimenta sentimientos generales como: dependencia, incapacidad, egoísmo o ganas de llorar, la enfermera orienta y explora dichos sentimientos para ayudar a desarrollar sus fuerzas positivas y así poder satisfacer sus necesidades.

c) Tercera fase: aprovechamiento: El paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación, sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece, teniendo más exigencia con la enfermera, puede proyectarse a nuevos objetivos alcanzados a través de su esfuerzo personal.

d) Cuarta fase: resolución: Se da por finalizada la relación con el cliente, aparecen nuevas metas: reintegrarse al trabajo, volver a casa. Si al llegar a casa el paciente puede contar con la ayuda de los suyos y quizás con la de la enfermera de salud pública, podrá integrar esta experiencia de

enfermedad y hacer de ella una verdadera experiencia vital con la que habrá progresado hacia una mayor madurez.

**2.2.4. Juane Mellow:** Fue el que introdujo el segundo abordaje teórico de la enfermería psiquiátrica, cinco años después de que Peplau presentara su estudio sistemático para la enfermería psiquiátrica. A diferencia Mellow se basó en la teoría psicoanalítica del proceso de enfermería trabajando con pacientes esquizofrénicos, desarrolló una relación simbiótica entre paciente y enfermera pensando en que la enfermera debería intentar proporcionar una experiencia emocional correctora, hablando escuchando, bañando, alimentando, vistiendo, y proporcionando diversión en todo momento.

**2.2.5. Joyce Travelbee.** Nos habla de la enfermería como un proceso interpersonal en el cual la enfermera ayuda a la persona y a la familia a prevenir y a afrontar la experiencia de la enfermedad. Encontrando un gran significado en la experiencia, desarrolló de las relaciones enfermera y cliente las fases: la empatía, la simpatía y las relaciones de aceptación, siendo necesario utilizar la observación, interpretación tomando decisiones de acción y evaluación para el desarrollo de las relaciones entre enfermera y cliente. (13)

### **2.3 Definición de términos**

Psicosis.- La psicosis es un término genérico utilizado en la psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad. Incluyendo generalmente falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es uno (delirios) y ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones).

Profesional de enfermería.- Enfermero(a) asistencial responsable de los pacientes durante su admisión, transferencia y alta de forma directa en el servicio de medicina.

Paciente.- persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

Cuidados.- Es preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo.

Atención.- Prestar atención a algo concreto, aplicando el entendimiento a su plena captación .cuidar ocuparse de una persona.

trastorno mental .- Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Familia .- Es la unidad primaria de la sociedad donde se desarrollan las funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. La dinámica de la familia consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que estas funcionen bien o mal como unidad.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

Para la realización del presente informe, se procedió con la búsqueda de la información a través de la revisión de diferentes documentos como: libros estadísticos, registros de Enfermería del servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, de las historias clínicas, notas de enfermería y guías de información, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

#### **3.2. Experiencia profesional**

##### **- Recuento de la Experiencia Profesional:**

Hice mis estudios universitarios, en la universidad Tecnológica de los Andes culminando en el año 2016.

En el año 2007 hice mi SERUMS en el establecimiento de salud de Chalhuanca en ESSALUD donde cumplí una labor a nivel asistencial, así como también en el área de medicina, en el área niño control y evaluación del desarrollo, crecimiento y estado nutricional así mismo inmunización de los mismos. Visitas domiciliarias para seguimiento de pacientes, en el área de mujer atención de control de embarazo, inmunización, y salud reproductiva. Charlas y sesiones educativas a nivel de la comunidad, a los niños y adolescentes en las escuelas y los colegios.

Así mismo promoción, campañas de salud a nivel de todas las áreas, atención integral en las diferentes comunidades, traslado de pacientes del establecimiento de salud a un órgano asistencial de mayor capacidad resolutive. Culminando así mis servicios en el año 2008.

En el año 2009 comencé a laborar en el Puesto de Salud de Chapimarca que pertenece a la Micro red Santa Rosa de Aymaraes y posteriormente continué en el Centro de Salud de Palpacachi que pertenece a la Micro red de Lambrama de Mariscal Gamarra hasta el año 2010, en el año 2012 en el Puesto de Salud de Bacas que pertenece a la Micro red de Curahuasi .

Donde mi trabajo fue asistencial, comunitario, así mismo en todas las áreas de atención, realizando control de crecimiento, nutricional e inmunizaciones en los niños, de mismo modo en gestantes, salud reproductiva e inmunizaciones a las mismas.

También realice charlas y sesiones educativas a nivel de la comunidad, a los niños y adolescentes en escuelas y colegios, así como también promoción de la salud, atención integral en todas las áreas, en las diferentes comunidades. También realice traslado de pacientes a hacia un órgano de mayor resolución.

En el año 2012 al 2013 labore en el hospital II de ESSALUD en la parte asistencial en el servicio de tópico de emergencia.



Luego en noviembre del año 2013 comencé a laborar en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en la Unidad de Seguros, realizando una labor administrativo- asistencial.

Posteriormente en el año 2014 fui rotada al servicio de medicina donde hasta la fecha vengo laborando netamente como enfermera asistencial enfatizando mi experiencia en la atención de pacientes con trastornos mentales como psicosis, esquizofrenia, etc.

**- Descripción del Área Laboral:**

**Ubicación geográfica, mapa de ubicación, límites y accesibilidad.**

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega está ubicado en el departamento de Apurímac, Provincia de Abancay y Distrito de Abancay en la localidad de Patibamba Alta hacia el sur de la ciudad de Abancay.

**Límites:**

- Por el Este limita con la Dirección Regional de Salud de Apurímac y Caritas.
- Por el Oeste limita con la Av. Huáscar.
- Por el Norte limita con Seminario mayor y las casas del Banco de la Nación.
- Por el Sur limita con Av. Daniel Alcides Carrión.

El ingreso al hospital es por la AV. Daniel Alcides Carrión a Consultorio Externo y Emergencia.

El servicio de medicina es un órgano del HRGDV encargado de brindar atención médica y asistencial y velar por la salud de los pacientes que

acuden al nosocomio y se hospitalizan con diferentes patologías, poniendo énfasis en el cuidado de los pacientes con trastornos mentales como psicosis, esquizofrenia, etc. Que son atendidos en un ambiente aislado (CLINOC); hasta lograr la recuperación y rehabilitación de los pacientes.

Organización orgánicamente el servicio de medicina es parte del hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, su función es netamente asistencial y de docencia.

Recursos humanos actualmente el servicio cuenta con 02 médicos internistas, 01 gastroenterólogo, 01 endocrinólogo, 02 cardiólogos, 01 neumólogo, 01 psiquiatra medio tiempo, 01 médico general, residentes e internos, 08 Lic. En enfermería y 08 Tec. En enfermería.

Infraestructura el servicio cuenta con 10 habitaciones y están distribuidas según patologías y sexo de los usuarios (pacientes), así como el ambiente CLINOC que está debidamente acondicionado, así mismo cuenta con 36 camas funcionales.

Prestaciones brinda servicio asistencial con atención de patologías propias de pacientes adultos y de adultos mayores, incluyendo los problemas de salud mental, en docencia acoge a los estudiantes de enfermería, medicina, y odontología.

### **- Funciones Desarrolladas en la Actualidad:**

#### **a) Asistencial.-**

- administrar la terapéutica médica asegurándose que haya ingerido el medicamento para mantener estabilizado al paciente.
- atención de paciente en sus necesidades físicas, tales como el aseo, ambulación, etc.
- observar al paciente, para captar cambios conductuales y evitar las crisis.
- controlar que el paciente ingiera sus alimentos porque debido a sus alucinaciones, a veces no quiere comer.
- interactuar con el paciente para lograr información conductual.
- psicoeducar a los familiares para lograr la colaboración de los mismos.

b) Administrativa.- he realizado labores administrativas, tales como pre auditar los formatos de atención (FUAS) de la Unidad de seguros del HRGDV en los diferentes servicios.

### **3.3. Procesos Realizados en el tema del informe**

Recuerdo, que cuando empecé a trabajar en el centro de salud de Palpacachi por esos pueblos de Mariscal Gamarra, un día llegue en la mañana al centro para trabajar y entro un joven de unos 20 años, tenía un aspecto desordenado andaba como ido y de repente empezó gritar y querer tirarme con un palo, diciendo que yo quería hacerle daño entonces el técnico enfermero que en ese momento había llegado lo contuvo

sacándolo al otro ambiente con el padre y la madre del joven que habían venido buscando a su hijo, cuando lograron calmarlo su madre se lo llevo y le dijimos al señor que se quedara , para conversar.

Entonces ya en el consultorio conversando con el padre del joven , era de condición humilde y el segundo de cinco hermanos, que no siempre fue así pero a medida que se desarrollaba su carácter fue cambiando hasta que casi no podían controlarlo por esa razón ,

lo tenían en su casa en un cuarto y que no salía porque a veces se ponía violento y en otros momentos se volvía asustadizo, decía que le había personas que le hablaban al oído y le decían que se fuera .y se ponía a caminar sin sentido. Ellos casi nunca lo traían al centro de salud por este problema. Que en el centro de salud el personal le había ofrecido trasladarlo a un centro especializado pero debido a que tenían varios hijos y se dedicaban a la agricultura para vivir; y por falta de dinero no podían viajar a la ciudad para que lo viera un especialista.

Fue así que me interese por el caso, viendo la situación de salud en la que se encontraba el joven, decidí realizar una visita a su domicilio, realmente era algo muy triste ver como vivía, al ver tal condición que no era apropiada para un joven que quizá con tratamiento oportuno podríamos darle calidad de vida y mejor atención. Converse con los padres explicándoles que es necesario una atención con el especialista, que el centro le apoyaría buscando a través del micro red la atención con el especialista y su traslado hacia la ciudad.

Entonces comencé las gestiones en coordinación con el médico, y la Micro red de Lambrama así logre conseguir apoyo económico, y también su atención con el especialista.

Posteriormente supe que el joven se había internado en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

Así concluye mi experiencia de trabajo en el Centro de Salud de Palpacachi en Mariscal Gamarra.

Caso clínico:

Juan Camargo paciente de 55 años de edad, no tiene antecedentes patológicos, la familia refiere que era una persona normal hasta los 25 años pero, se fue a Ayacucho, estudio, se graduó como profesor se puso a trabajar pero en una redada fue capturado por la policía, es allí que comienza su enfermedad pues fue torturado y maltratado no saben ellos por tanto tiempo. Lo cierto es que cuando volvió ya no era el mismo y comenzó a actuar con incoherencias. Ingresó al servicio de medicina al ambiente de CLINOC con diagnóstico de trastorno psicótico agudo, presentaba cefalea intensa, ideas delirantes alucinaciones, el paciente es poco cooperativo, no habla mucho.

Se percibe al paciente ansioso, desorientado, en tiempo y espacio, atiende parcialmente cuando se le pregunta y dice en frases cortas “escucho la voz de un hombre a lo lejos” que le decía “te voy a disparar” o que “veo personas”.

Durante las noches a veces tiene insomnio, a veces presenta crisis ansiosas.

Acciones de enfermería:

- Control de signos vitales
- Administración de terapia indicada y vigilia de reacciones colaterales
- Observar reacciones conductuales
- Vigilar su alimentación.
- Retirar objetos peligrosos del alcance del paciente
- Evitar contrariedades al interactuar con el paciente
- Brindar confianza y estímulos para para lograr respuestas conductuales.
- Psicoeducación familiar sobre el tratamiento y conducta.
- brindar a la un espacio y momento para la familia, orientación de conductas que ayuden al paciente en su recuperación.

**Limitaciones:**

Para mejorar los procesos de atención a los pacientes con problemas de salud mental tales como psicosis, esquizofrenia, etc. Se requiere de un servicio especializado en el área de psiquiatría, en tal sentido considero oportuno mencionar algunas limitaciones que tenemos.

1.-Escaso personal capacitado para brindar una atención con calidad y calidez a los pacientes con trastornos mentales tales como psicosis.

2.-No existe un servicio específico para la atención de estos pacientes así como tampoco un ambiente que reúna las condiciones adecuadas para que los familiares puedan quedarse más tiempo con el paciente.

3.-Falta de interés por parte de la familia del paciente para involucrarse en su cuidado y rehabilitación.

4.- La falta de la psi coeducación al familiar del paciente contribuye a que sus cuidados no sean tan óptimos y por tanto no contribuyen en el tratamiento oportuno.

## IV. RESULTADOS

### CUADRO 4.1

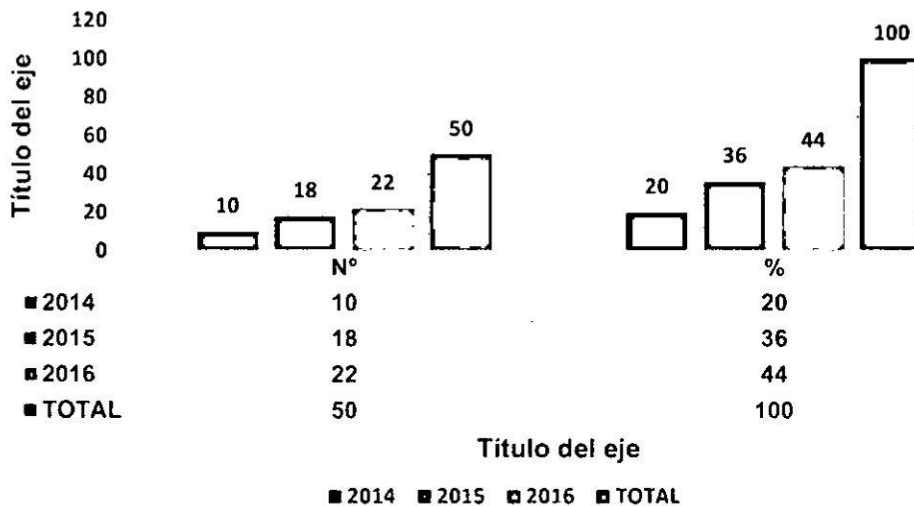
DISTRIBUCION POR AÑOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON PSICOSIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY DEL 2014 – 2016

AÑO	N°	%
2014	10	20
2015	18	36
2016	22	44
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Unidad de Informática y Estadística del HRGDVA

### GRAFICA 4.1

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS CON PSICOSIS, HRGDVA 2014 -2016



Fuente: Unidad de Informática y Estadística del HRGDVA

**Interpretación:** En los 3 años se detectaron 50 casos, la mayor incidencia de casos fue en el año 2016 con 22 casos (44%), seguido del 2015 con 18 casos (36%) y el año de menor incidencia fue el 2014 con 10 casos (20%).



**CUADRO 4.2**

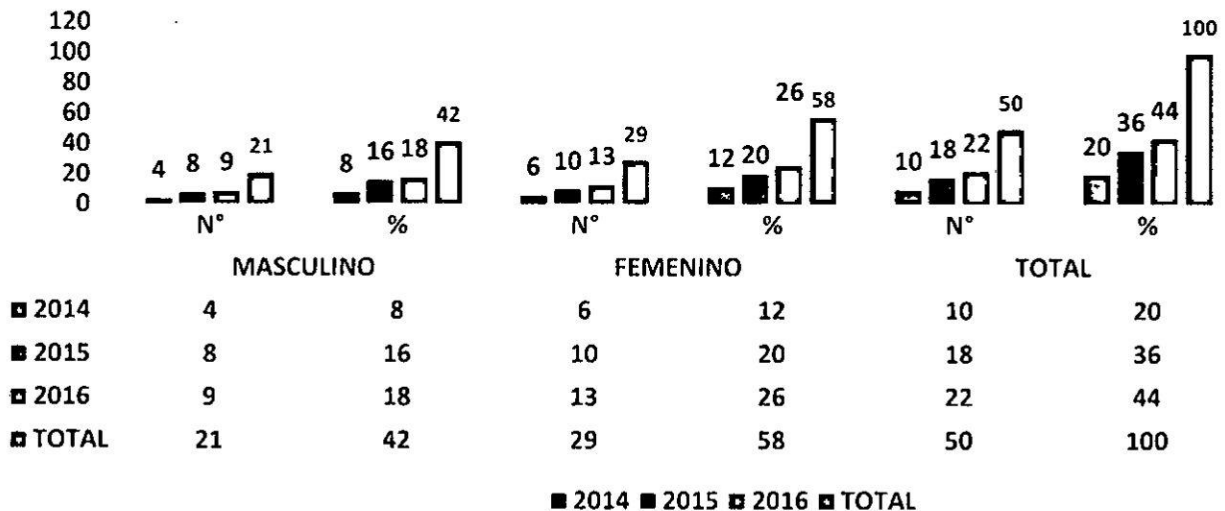
DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES CON PSICOSIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY DEL 2014 – 2016

AÑOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
2014	4	8	6	12	10	20
2015	8	16	10	20	18	36
2016	9	18	13	26	22	44
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Unidad de Informática y Estadística del HRGDVA

**GRAFICA 4.2**

PORCENTAJE DE CASOS DE PACIENTES CON PSICOSIS POR SEXO  
HRGDVA 2014 -2016



Fuente: Unidad de Informática y Estadística del HRGDVA

**Interpretación:** en el año 2016 se presentaron la mayor cantidad de casos a comparación de los otros años; con un total de 22 casos (44%); teniendo el mayor predominio en el sexo femenino con 13 casos (26%) y el sexo masculino con 9 casos (18%) y del total de 5° casos por psicosis a comparación con los 3 años el de mayor frecuencia de los casos fueron en el sexo femenino con 29 casos (58%) y seguido del sexo masculino con 21 casos (42%).

## V. CONCLUSIONES

a) El papel de la enfermera es importante, más aun en los cuidados de pacientes con trastornos mentales como la psicosis. Para tal efecto la experiencia y la preparación adecuada permite a la (el) enfermera (o) brindar atención con calidad, calidez y en forma oportuna.

b) Las estadísticas de casos de pacientes con psicosis evidencian la incidencia y la frecuencia con la que se ha presentado este trastorno durante los años 2014 y 2016.

Durante estos tres años se presentaron un total de 50 casos, de los cuales, en el año 2016 se presentaron la mayor cantidad de casos 22 (44%), seguido del 2015 con 18(36%) y con menor frecuencia en el 2014 con 10(20%).

c) En el año 2016 se presentaron la mayor cantidad de casos 22 (44%) en comparación con los otros años, con predominio del sexo femenino con 13 casos (26%) y el sexo masculino con 9 casos (18%). Del total de 50 casos de psicosis en los 3 años, el sexo femenino de mayor frecuencia con 29 casos (58%) y seguido del sexo masculino con 21 casos (42%).

## VI. RECOMENDACIONES

### a) Al profesional:

Capacitación constante al personal profesional, tales como pasantías, cursos, talleres en el cuidado de pacientes con psicosis en centros de mayor complejidad.

### b) A la institución:

Coordinación con la DIRESA y los establecimientos de primer nivel para realizar la captación temprana de pacientes y coeducación de la enfermedad a los familiares que están al cuidado.

### c) Al servicio:

Implementación de un servicio específico para la atención de pacientes con trastornos mentales como psicosis, esquizofrenia, etc. Donde se les brinde atención especializada.

## VII. REFERENCIALES

1. Robert kohn SSIL. La brecha terapeutica en la atencion de salud mental. Boletin de la Organizacion Mundial de la Salud. 2014, noviembre; 82(11).
2. Organizacion Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. 2017. Nota de Prensa.
3. Organizacion Mundial de la Salud. trastornos mentales. 2017. nota descriptiva.
4. Noemi ML. Deteccion Precoz en los trastornos Psicoticos:una comparacion de las caractristicas sociodemograficas y clinicas entre dos grupos diagnosticos y clinicamente diferenciados. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Ramon Lull, Departamento de Psicologia Clinica; 2013.
5. Ministerio de Salud. Informe sobre los Servicios de Salud Mental del subsector Ministerio de Salud. Informe. Lima : Ministerio de Salud, Salud Mental; 2008.
6. Ana Belen CC. Estudio de la Eficiencia de una Psicoterapia Grupal en Paralelo para Adolescentes con Psicosis de Inicio Temorano y sus Familiares. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrd, Departamento de Psicobiologia; 2014.
7. Oviedo IM. Abordaje Integral de los Primeros Episodios Psicoticos. Tesis. Costarica: Universidad de Costarica, Programa de Estudios de Pos grado en Especialidades Medicas en Psiquiatria; 2016.

8. Sor Clorinda PS. Atención Integral de la Enfermera en la Estabilización de paciente Esquizofrenico y Participación de la Familia en la unidad de Cuidados Iniciales Hospital Hermilio Valdizan. Lima. 2008. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2009.
  
9. Laia VB. Plan de Cuidados de Enfermería al Paciente con Esquizofrenia. Tesis. España: Universidad de Lleida, Facultad de Enfermería y Fisioterapia; 2016.

# **ANEXOS**

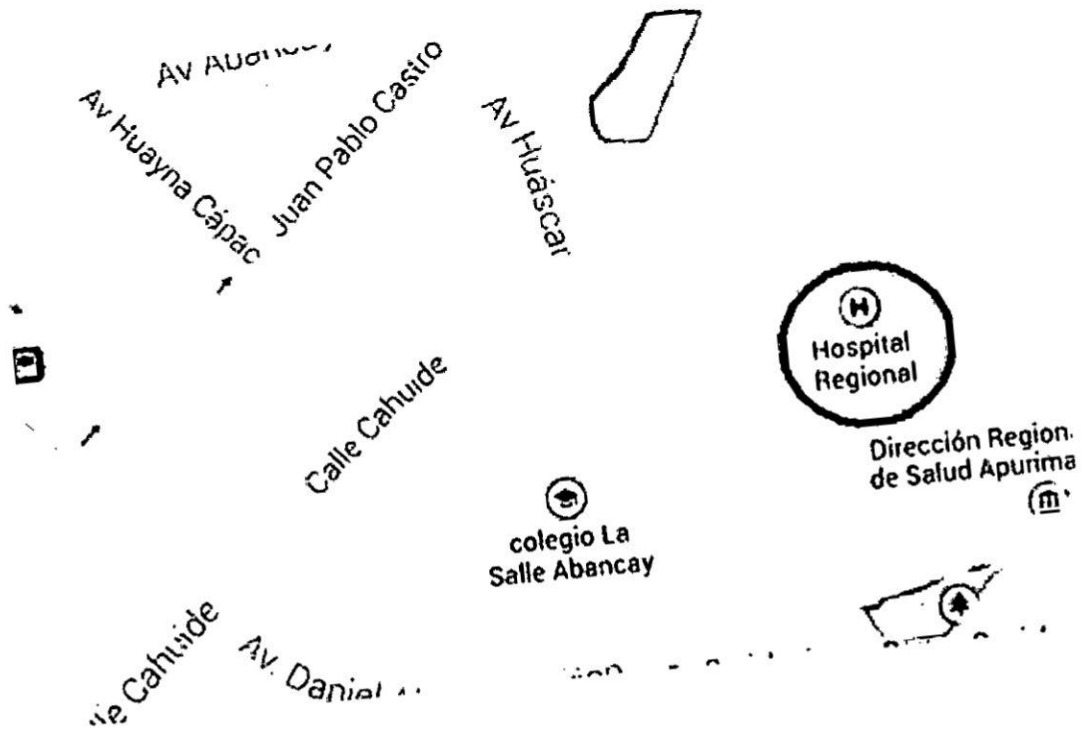
## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de las percepciones</li> <li>• Barreras psicológicas (p.ej. falta de estímulos psíquicos)</li> </ul> <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual</li> <li>• Pronunciación poco clara</li> </ul>	<p>Capacidad de comunicación</p>	<p>Escucha activa</p>
<p>INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerzas motivacionales</li> <li>• Ideas sobre la salud</li> </ul> <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta indicativa de incumplimiento (por observación directa o por afirmaciones del paciente u otra persona significativa)</li> <li>• Evidencia de desarrollo de complicaciones</li> </ul>	<p>Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enseñanza individual</li> <li>– Enseñanza: Medicamentos prescritos</li> <li>– Enseñanza: proceso de enfermedad</li> </ul>
<p>INCAPACIDAD DEL ADULTO PARA MANTENER SU DESARROLLO</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apatía</li> </ul> <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para realizar las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuidados personales: actividades de la vida diaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</li> <li>– Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal</li> <li>– Ayuda con los autocuidados: alimentación</li> <li>– Ayuda con los autocuidados:</li> </ul>

actividades de autocuidado		aseo eliminación
<p><b>DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL</b></p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de los procesos del pensamiento</li> <li>• Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar reciprocidad</li> </ul> <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacción disfuncional con compañeros, familia y personal sanitario</li> <li>• Observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Habilidades de interacción social</li> <li>– Control del pensamiento distorsionado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrenamiento de la asertividad</li> <li>– Modificación de la conducta: habilidades sociales</li> <li>– Potenciación de la socialización</li> <li>– Manejo de ideas ilusorias</li> <li>– Manejo de las alucinaciones</li> </ul>
<p><b>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</b></p> <p>r/c</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cliente, a su vez, brinda poco soporte a la persona de referencia</li> <li>• Progresión de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fomento de la implicación familiar</li> <li>– Apoyo a la familia</li> <li>– Planificación de alta</li> </ul>
<p><b>RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA</b></p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsión de la percepción de la realidad (psicosis)</li> <li>• Estado emocional (desesperanza, desesperación, pánico, ansiedad creciente,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Equilibrio emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Manejo de la conducta: autolesión</li> </ul>



cólera)		
RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS r/c: • Impulsividad • Sintomatología psicótica (delirio y alucinaciones)	- Control de la agresión	- Ayuda para el control del enfado
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)	
	- Vigilancia - Manejo ambiental:	prevención de la violencia
REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)	
	- Administración de	Medicación : oral
ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)	
	- Cuidados de	enfermería a ingreso





# HOSPITALIZACION SERVICIO DE MEDICINA

