



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN**  
**ENFERMERÍA**

**TITULO DEL CASO CLINICO:**  
**PSICOSIS INDUCIDA POR CONSUMO DE CANNABIS**

**AUTOR:**  
**GEORGE MANUEL PEREZ CHINGA**

**BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR**

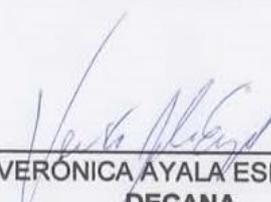
**2018**



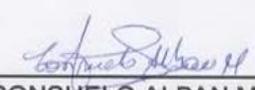
**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

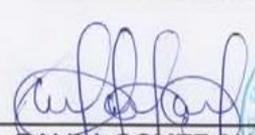


**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

  
\_\_\_\_\_  
DRA. VERÓNICA AYALA ESPARZA. MSC.  
**DECANA  
O DELEGADO (A)**

  
\_\_\_\_\_  
LCDA. LIZETTE MARTIN ESTEVEZ. MSC.  
**COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)**

  
\_\_\_\_\_  
LCDA. CONSUELO ALBAN MENESES. MSC.  
**COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO (A)**

  
\_\_\_\_\_  
LCDA. DALILA GÓMEZ ALVARADO  
**SECRETARÍA GENERAL (E)**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



## INDICE GENERAL

### PORTADA

<b>INDICE GENERAL</b>	III
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>PSICOSIS</b>	2
Tratamiento	4
<b>CANNABIS SATIVA</b>	9
Cannabis y psicosis	10
<b>JUSTIFICACION</b>	13
<b>OBJETIVOS</b>	14
<b>Objetivo General</b>	14
<b>Objetivos Específicos</b>	14
Datos generales del paciente	15
<b>II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b>	17
<b>ANALISIS MOTIVO DE CONSULTA</b>	17
Historial clínico del paciente	17
Anamnesis	17
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.	18
Exploración clínica	19
<b>Inspección general</b>	19
Valoración de enfermería	19
<b>Valoración por patrones Funcionales (M. Gordon)</b>	20
<b>Patrones funcionales alterados</b>	21
Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.	21
<b>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</b>	22
<b>CONDUCTA A SEGUIR</b>	22
<b>Tratamiento</b>	22
<b>Tratamiento de la abstinencia y dependencia de cannabis</b>	31
<b>Criterios propuestos para el síndrome de abstinencia a cannabis</b>	31
Plan de cuidados en pacientes con psicosis por consumo de cannabis	32
<b>Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.</b>	36

<b>Seguimiento</b>	36
<b>Observaciones</b>	37
<b>III CONCLUSIONES</b>	38
<b>IV REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	39
<b>ANEXOS</b>	40

## INTRODUCCION

Existe la creencia bastante extendida de que el cannabis es una “droga blanda”, con escasos efectos perjudiciales. La percepción de riesgo de la droga es muy baja, lo que favorece la extensión de su consumo. Sin embargo, cada vez se conoce más sobre sus efectos psiquiátricos perjudiciales. El consumo prolongado y de grandes cantidades de cannabis, principalmente cuando se inicia a una edad precoz, puede ocasionar psicosis. El consumo en jóvenes puede alterar el desarrollo cerebral y favorecer estos cuadros.

Esta problemática motiva a realizar el siguiente caso clínico: paciente masculino de 21 años de edad, llega de forma involuntaria a la sala de emergencia del hospital Neuro-Ciencias, acompañado de su padre tras presentar su primer episodio psicótico por consumo de cannabis. No presenta antecedentes patológicos familiares, y en su historial clínico no presenta antecedentes patológicos psiquiátricos. A la anamnesis el paciente presenta síntomas psicóticos; ideas delirantes de perjuicio, centradas en el entorno familiar. Así como la presencia de alucinaciones auditivas.

Por lo tanto, el objetivo principal de este caso clínico es determinar como el consumo de cannabis incide en la psicosis, con el propósito de realizar las intervenciones y cuidados de enfermería correspondientes a fin del mejoramiento de la misma

# I MARCO TEORICO

## PSICOSIS

Perdida del contacto con la realidad. La persona puede:

- Tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es (delirios)
- Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)

### Causas

Los problemas médicos que pueden causar psicosis incluyen:

- Alcohol y ciertas drogas ilícitas, tanto durante su consumo como durante la abstinencia
- Enfermedades cerebrales, como el mal de Parkinson, y la enfermedad de Huntington
- Tumores o quistes cerebrales
- Demencia (que incluye el mal de Alzheimer)
- VIH y otras infecciones que afectan el cerebro
- Algunos fármacos de venta con receta, como esteroides y estimulantes
- Algunos tipos de epilepsia
- Accidente cerebrovascular

La psicosis también se puede encontrar en:

- La mayoría de las personas con esquizofrenia

- Algunas personas con trastorno bipolar (maníaco-depresivo) o depresión grave
- Algunos trastornos de la personalidad

### **Síntomas**

- Desorganización en el pensamiento y el habla.
- Creencias falsas que no están basadas en la realidad (delirios), especialmente miedos o sospechas infundadas
- Ver, escuchar o sentir cosas que no existen (alucinaciones)
- Pensamientos que "saltan" entre temas que no tienen relación (pensamiento desordenado)

### **Pruebas y exámenes**

- La evaluación y los exámenes psiquiátricos se utilizan para diagnosticar la causa de la psicosis.
- Es posible que los exámenes de laboratorio y las gammagrafías del cerebro no sean necesarios, pero algunas veces pueden ayudar a determinar con precisión el diagnóstico exacto. Estos exámenes pueden incluir:

1. Exámenes de sangre para niveles de hormonas y electrolitos anormales
2. Exámenes de sangre para sífilis y otras infecciones
3. Exámenes toxicológicos
4. Resonancia magnética del cerebro

## Tratamiento

El tratamiento depende de la causa de la psicosis. Con frecuencia, se necesita cuidado hospitalario para garantizar la seguridad de la persona.

Los fármacos antipsicóticos, que reducen las alucinaciones y los delirios y que mejoran el pensamiento y el comportamiento, pueden ayudar.

La primera fase del tratamiento consiste en una evaluación exhaustiva mediante una visita por parte del psiquiatra. Durante esta entrevista, se dedica un tiempo a conocer la persona afectada y, si es posible, también a la familia o personas cercanas a ella. En general, se realizan análisis de sangre y pruebas de neuroimagen (resonancia magnética) para descartar posibles causas orgánicas de los síntomas psicóticos. Puede ser un periodo de confusión y angustia por el paciente, por lo que es muy importante el apoyo y comprensión recibida por parte de todo el personal médico y asistencial. Esta relación de confianza mutua entre el paciente y el equipo de salud mental es esencial que se produzca desde el inicio del proceso terapéutico.

La información recogida durante la entrevista y las pruebas realizadas aclararán la naturaleza específica de la psicosis y del tratamiento más adecuado en cada caso.

En algunos casos, los síntomas desaparecerán poco tiempo después de iniciar el tratamiento, permitiendo que el paciente reanude su vida normal en un breve periodo de tiempo. En otros, la recuperación puede tardar semanas o incluso meses. Al igual que en otras enfermedades, puede ser oportuno suspender

temporalmente la actividad laboral o los estudios para reiniciarlos más tarde, una vez recuperado, y así tener más garantías de éxito.

El tipo de tratamiento puede variar en función de las preferencias del paciente, la gravedad de los síntomas, el tiempo que han estado presentes y de sus posibles causas.

### **Fármacos utilizados en los trastornos psicóticos**

El tratamiento de los trastornos psicóticos es farmacológico y psicosocial. Se recomienda empezar con programas individuales y comunitarios para reaprender viejas habilidades y desarrollar de nuevas, y para aprender a enfrentarse con la enfermedad. Los grupos de antipsicóticos son fenotiacinas (por ejemplo clorpormacina), butirofenonas (por ejemplo haloperidol), tioxantenos (por ejemplo flupentixol) y los nuevos antipsicóticos "atípicos" como clozapina y risperidona. En general, los diferentes fármacos antipsicóticos no difieren en su actividad antipsicótica, pero se diferencian en el grado y la calidad de efectos adversos (véase más adelante).

### **Tratamiento de la fase aguda.**

La administración de clorpormacina o haloperidol mejora los síntomas, como las alteraciones del pensamiento, las alucinaciones y los delirios, y previene la recaída. Habitualmente, son menos eficaces en pacientes apáticos, encerrados en sí mismos. Sin embargo, el haloperidol puede recuperar a un esquizofrénico agudo, que estaba previamente ensimismado, o incluso mudo o acinético, el comportamiento social y la actividad normal. En la fase aguda, la clorpormacina se puede administrar por inyección intramuscular a una dosis de 25-50 mg, que se puede repetir cada 6-8 horas con vigilancia del paciente por el riesgo de

hipotensión. No obstante, en muchos casos no es necesaria la inyección intramuscular y los pacientes se pueden tratar con una dosis oral. En la fase aguda se puede administrar haloperidol.

### **Tratamiento de mantenimiento.**

En pacientes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia puede ser necesario el tratamiento a largo plazo después de un primer episodio para prevenir la progresión de la enfermedad a la cronicidad.

Para el tratamiento a largo plazo, se recomienda la menor dosis posible de antipsicótico que prevenga las exacerbaciones importantes de síntomas floridos. Hay que evitar una reducción demasiado rápida de la dosis. Los preparados intramusculares depot como el decanoato de flufenacina se pueden administrar como una alternativa al tratamiento de mantenimiento oral, sobre todo cuando el cumplimiento del tratamiento oral es poco fiable. En pacientes en tratamiento farmacológico de mantenimiento, las exacerbaciones de la enfermedad pueden precipitarse por el estrés.

La retirada del tratamiento farmacológico de mantenimiento requiere una vigilancia cuidadosa, pues no es posible predecir la evolución de la enfermedad, y el paciente puede sufrir una recaída si el tratamiento se suspende de manera inadecuada. Además, cuando se retira el tratamiento puede no ser evidente la necesidad de seguir el tratamiento, porque la recaída se puede retrasar varias semanas.

### **Efectos adversos.**

Son muy frecuentes con la administración prolongada de antipsicóticos. Los más graves son la hipotensión y la alteración de la regulación de la temperatura, el

síndrome neuroléptico maligno y la depresión de la médula ósea. La hipotensión y la disregulación de la temperatura están relacionadas con la dosis. Pueden dar lugar a caídas peligrosas e hipotermia en personas de edad avanzada, y debe tenerse en cuenta antes de prescribir estos fármacos en pacientes mayores de 70 años.

Los síntomas extrapiramidales son los más molestos y se asocian con mayor frecuencia con las fenotiacinas piperacínicas como la flufenacina, las butirofenonas como el haloperidol y los preparados depot. Aunque son fáciles de identificar, son más difíciles de predecir porque dependen en parte de la dosis y de la susceptibilidad del paciente, así como del tipo de fármaco. Sin embargo, en general se considera que los fármacos de baja potencia producen menos efectos adversos extrapiramidales, mientras que los de alta potencia como el haloperidol producen más efectos extrapiramidales pero menor sedación y efectos anticolinérgicos (mejor denominados antimuscarínicos). La sedación y los efectos anticolinérgicos suelen disminuir con el uso continuado. Los síntomas extrapiramidales son de tipo parkinsoniano, como temblor que puede aparecer gradualmente; distonía (movimientos anormales de la cara y el cuerpo) y discinesia, que pueden aparecer tras sólo unas pocas dosis; acatisia (agitación), que puede aparecer tras dosis iniciales altas y puede parecer una exacerbación de la misma enfermedad que se está tratando; y discinesia tardía (una discinesia orofacial), que suele tardar más en aparecer, pero puede producirse en tratamientos cortos y a dosis bajas; puede aparecer una discinesia tardía de corta duración tras la retirada del fármaco. Los síntomas parkinsonianos son habitualmente reversibles con la retirada del fármaco y se pueden suprimir con fármacos anticolinérgicos (antimuscarínicos), aunque éstos pueden enmascarar o empeorar una discinesia tardía. La discinesia tardía se

suele asociar a tratamiento prolongado y dosis altas de un antipsicótico, sobre todo en pacientes de edad avanzada. No existe un tratamiento establecido para las discinesias tardías, que pueden ser irreversibles al retirar el tratamiento. Sin embargo, la retirada del fármaco ante los primeros síntomas de discinesia tardía puede detener su desarrollo completo. Se requiere una vigilancia cuidadosa y regular del tratamiento de todos los pacientes tratados con antipsicóticos.

El síndrome neuroléptico maligno (hipotermia, fluctuaciones del nivel de conciencia, rigidez muscular y disfunción autonómica con palidez, taquicardia, labilidad tensional, sudoración e incontinencia urinaria) es un efecto adverso raro del haloperidol y la clorpromacina. Se trata con la interrupción del antipsicótico, la corrección de las alteraciones hidroelectroíticas, y la administración de bromocriptina y, a veces, dantroleno.

### **Expectativas**

El pronóstico de una persona depende de la causa de la psicosis. Si la causa se puede corregir, el pronóstico a menudo es bueno. En este caso, el tratamiento con medicamentos antipsicóticos puede ser breve.

### **.Posibles complicaciones**

La psicosis puede impedir que las personas se desempeñen normalmente y cuiden de sí mismas. Si la afección se deja sin tratamiento, las personas pueden algunas veces infligirse daño a sí mismas o a los demás.

## CANNABIS SATIVA

Cannabis sativa es una planta dióica, es decir, se distinguen flores masculinas y femeninas en tallos y troncos separados. Ambas plantas tienen componentes psicoactivos, aunque se asocia con las plantas femeninas una mayor capacidad psicoactiva. Las mayores concentraciones de  $\Delta^9$ -THC (Tetrahidrocannabinol) se encuentran en los brotes florecidos y en menor cantidad en las hojas. Las semillas no tienen  $\Delta^9$ -THC. Los brotes y las hojas de la planta femenina secretan una resina que podría ser una reacción adaptativa para proteger la semilla del calor. (F., 2012)

A la hora de valorar los resultados hay que tener en cuenta que se utilizan medidas muy dispares, como consumo en alguna ocasión a lo largo de la vida, varios consumos semanales, consumo habitual con distintos puntos de corte, consumo diario, consumo perjudicial o presencia de problemas asociados al consumo y, menos frecuentemente, dependencia de cannabis según los criterios diagnósticos presentes en la actualidad tipo DSM-IV y CIE-10. (F., 2012)

Es la droga ilegal más usada en todos los países de nuestro entorno. Sobre un 60% de los estudiantes reconocen haber consumido cannabis en alguna ocasión y sobre un 20-25% en el último mes. La dependencia de cannabis a lo largo de la vida se estima en un 1.5-2.5%. La edad media de inicio en el consumo se calcula en torno a los 14.5 años. (F., 2012)

Múltiples estudios coinciden en destacar la alta prevalencia de consumo y dependencia de cannabis en pacientes con esquizofrenia. Las drogodependencias más frecuentes en pacientes psicóticos son las de nicotina, alcohol y cannabis. Estas dos últimas afectan cada una a más de un 25% de estos pacientes, siendo la coocurrencia de las distintas dependencias lo habitual. Esto sugiere que el

consumo de cannabis no es secundario a la toma de medicación antipsicótica ni que se consuma para alivio de los síntomas psicóticos. (F., 2012)

### **Cannabis y psicosis**

Frente a la hipótesis de la automedicación, basada en un modelo de refuerzo negativo, es decir, se intenta aliviar ciertas molestias presentes, se ha propuesto la hipótesis de la adicción primaria que sugiere que la adicción en sí mismo es un síntoma primario relacionado directamente con los procesos neuropatológicos de la esquizofrenia, procesos que favorecen el refuerzo positivo con el consumo y, por lo tanto, aumentan la vulnerabilidad al consumo de drogas.

Es posible que las mismas disfunciones neurobiológicas o factores ambientales comunes predispongan a la esquizofrenia y al consumo de drogas. Una explicación alternativa es la hipótesis cannabinoide de la psicosis. El sistema cannabinoide endógeno (SEC) puede estar implicado en la producción de síntomas psicóticos, así como en el sistema de recompensa cerebral implicado en la adicción a drogas. Se han descrito diversos polimorfismos genéticos de este sistema relacionados con la dependencia de drogas y la esquizofrenia.

Se podría incluir la hipótesis de la vulnerabilidad que sugiere que en individuos predispuestos para la psicosis, el consumo de cannabis la podría precipitar. La predisposición genética, la presencia de ciertas alteraciones neurobiológicas o una personalidad esquizoide previa junto al consumo de drogas con potencial psicotomimético inducirían una Consumo de cannabis y psicosis.

### **Relaciones entre cannabis y psicosis**

El consumo de cannabis como factor de riesgo de las psicosis, estudios clínicos valorando el efecto del consumo de cannabis en pacientes psicóticos y estudios

experimentales sobre los efectos del cannabis en las psicosis. A esto hay que añadir la descripción del sistema cannabinoide endógeno y los datos sobre su posible implicación en las psicosis y en las adicciones. En la relación entre psicosis y consumo de cannabis podemos afirmar que:

1. Un porcentaje elevado de esquizofrénicos consume cannabis.
2. El consumo de cannabis induce síntomas psicóticos, las denominadas psicosis inducidas e incrementa los síntomas positivos (alucinaciones, delirios) de la esquizofrenia.
3. El consumo aumenta el riesgo de recaídas e ingresos por psicosis.
4. Existen menos síntomas negativos psicóticos (aplanamiento afectivo, embotamiento del pensamiento, aislamiento social) en los consumidores de cannabis.

Estudios epidemiológicos han constatado que el consumo de cannabis se ha asociado con la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales de carácter transitorio tras el consumo

El uso de cannabis como antiemético donde se señaló que entre los efectos secundarios destacaba un 6% de alucinaciones y un 5% de ideas paranoides, frente al 0% en los grupos placebo. Se ha descrito psicosis con presencia de síntomas confusionales y alucinaciones fundamentalmente visuales, en relación con el consumo de dosis elevadas de cannabis o de preparados de cannabis muy potentes. Por otro lado, el consumo de cannabis produce psicosis agudas indistinguibles de un episodio de psicosis funcional como la esquizofrenia, se debe destacar que sobre el 50% de estos diagnósticos de psicosis inducidas evolucionan a una esquizofrenia.

El tema más candente actualmente y de mayor relevancia para la salud pública es la posibilidad de que el consumo de cannabis pueda ser un factor de riesgo de una enfermedad tan grave y limitante como la esquizofrenia, dado que si fuera así se trataría del único agente causal conocido de la esquizofrenia que sería evitable.

El factor de riesgo debe preceder al comienzo de la enfermedad. A veces no es fácil establecerlo por el periodo de inducción de la enfermedad, como es el caso de la esquizofrenia, en la cual desconocemos cuando podemos hablar realmente de su inicio. Efecto dosis-respuesta. La observación de que la frecuencia de enfermedad se incrementa con la dosis, tiempo y nivel de exposición, proporciona mayor apoyo a la interpretación causal. El consumo de cannabis adelanta la edad de inicio de la esquizofrenia, respecto a sí el consumo de cannabis se asocia a una edad de inicio de la esquizofrenia más precoz. (F., 2012)

## **JUSTIFICACION**

El personal de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario deben recordar siempre la importancia de brindar un cuidado integral con calidad y calidez, porque va a permitir una mejor comprensión de los usuarios de diversas patologías y la influencia que tiene el tratamiento en la modificación del patrón afecto. Además la función del Enfermero no solo está encaminada a la disminución de la morbi-mortalidad, sino también al cuidado, vigilancia, prevención y control del proceso salud-enfermedad y a la promoción de la salud mediante la educación y el fomento de prácticas y entornos saludables en las personas, familia y en la comunidad; con lo cual se busca el empoderamiento de la responsabilidad de la salud de las personas y lograr así estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades que se pueden evitar, y de esta manera mejorar la calidad de vida de la persona.

La prioridad del caso clínico es comprobar las circunstancias que afectan directamente el estado de salud y calidad de vida del paciente con psicosis por consumo de sustancias. Conocer las principales complicaciones clínicas y propias del manejo en el paciente con psicosis. Se pesquisa con este caso clínico, las personas que se encuentran a cargo del cuidado, desarrollen programas, proyectos, políticas y protocolos de manejo que mejoren las condiciones de salud, es decir, la calidad de vida de los pacientes con afecciones similares, provocando un impacto a la sociedad en la que vivimos.

# OBJETIVOS

## Objetivo General

Determinar como el consumo de Cannabis incide en la Psicosis.

## Objetivos Específicos

- Identificar los signos y síntomas del consumo de sustancias psicotrópicas
- Relacionar las posibles complicaciones psiquiátricas asociadas al consumo de estupefacientes.
- Explicar porque se relacionan el consumo de Cannabis con la Psicosis.
- Proponer un plan de cuidados de enfermería en pacientes con Psicosis por consumo de Cannabis

## **Datos generales del paciente**

**Nombres completos:** X X X

**Edad:** 21 años

**Sexo:** Masculino

**Fecha de nacimiento:** 16/10/1997

**Lugar de Nacimiento:** baba

**Estado civil:** Soltero

**Hijos:** No

**Ocupación:** Albañil

**Nivel de estudios:** bachiller

**Nivel sociocultural/económico:** Medio

**Raza:** Mestizo

**Procedencia Geográfica:** Baba- Prov. Los Ríos    **Dirección:** Rural.

**Convivientes:** ocho personas (ambos padres y los seis hijos).

**Características Del Hogar:** Villa de cemento con buena, no hay acúmulos de agua ni botaderos de basura cerca al domicilio, tiene acceso a agua potable y agua servida saliendo del pueblo.

**Presupuesto económico**

**Padre:** J. L

**Ocupación:** Maestro Albañil

**Salario:** 550 dólares

**Madre:** A. A

**Ocupación:** ama de casa

**Salario:** 0 dólares

**INGRESO FAMILIAR TOTAL:** 550 dólares mensuales

## II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### ANALISIS MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, llega de forma involuntaria a la unidad de hospitalización psiquiátrica, del hospital Neurociencias a la sala de Emergencia, acompañado de su padre, tras presentar el primer episodio psicótico por consumo de cannabis. Padre refiere abandono de las actividades laborales y de relaciones afectivas.

### Historial clínico del paciente

#### **Antecedentes familiares:**

Antecedentes paternos: no refiere

Antecedentes maternos: no refiere.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

#### **Anamnesis**

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad sin antecedentes patológicos paternos y personales, presenta primer episodio psicótico por consumo de cannabis, con aumento de alteraciones conductuales además de heteroagresividad. Incluyendo síntomas de ideas delirantes, alucinaciones auditivas y apatía.

**Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.**

<b>Variable</b>	<b>Conceptual</b>	<b>Operacional</b>	<b>Indicador</b>
<b>Psicosis</b>	Experiencia que se presenta mayoritariamente de forma transitoria. En la que se alteran la percepción, el pensamiento, estado de ánimo y conducta	tóxicos  Reactiva breve  Orgánica	Estupefacientes.  Alucinación, Delirio.  Intoxicación, trauma
<b>Cannabis Sativa</b>	Planta con cuya resina se produce una mezcla gris verdosa de flores, tallos, semillas y hojas secas y picadas de la planta de cáñamo obteniendo una sustancia ilegal.	Marihuana	alucinógenas

Al analizar el cuadro clínico identifico que, esta patología de psicosis por consumo de cannabis es muy común en consumidores de estupefacientes, debido a la estimulación de los receptores inotrópicos causando así con el paso del tiempo, el daño en sensores neuronales y daños en el sistema nervioso.

## **Exploración clínica**

### **Inspección general**

Actitud: bipedestación.

Facies: Pálida.

Estado nutricional: Normal.

Marcha y movimiento: Eubásica.

Estado de conciencia: Orientado en tiempo, espacio y persona.

Piel y Faneras: normales.

A la exploración el paciente se encuentra orientado en las tres esferas y bien nutrido. Presenta una tensión arterial de 125/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 62 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y una saturación basal de oxígeno del 96%. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar con leve disminución del murmullo vesicular y con tiempo espiratorio prolongado.

### **Valoración de enfermería**

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona evidentemente sin afecciones hasta valoración cognitiva, demostrando alteraciones conductuales, heteroagresividad. Incluyendo síntomas de ideas delirantes, alucinaciones auditivas y apatía.

## Valoración por patrones Funcionales (M. Gordon)

1. **Percepción / Control de Salud-** Aspecto físico descuidado Y Nula conciencia de enfermedad
2. **Nutricional Y Metabólico** Piel y membranas mucosas hidratadas. Integras y limpias.
3. **Eliminación** – sin alteraciones.
4. **Actividad / Ejercicio** – abandono de actividades laborales (ocio)
5. **Sueño/ Descanso:** horas de sueño: 4 horas. Patrón del sueño actualmente no conservado.  
  
Otros descansos: siesta de 2 horas al día.
6. **Cognitivo / Perceptual:** alteración de conducta  
  
Consciente y orientado en las tres esferas. Alerta.; poco colaborador  
  
Contenido del pensamiento: ideas delirantes de perjuicio  
  
Se observan fenómenos alucinatorios auditivos e interpretaciones delirantes de perjuicio.
7. **Autocontrol / Autoconcepto:** - Heteroagresividad en domicilio
8. **Función Y Relaciones** - Soltero. – No se relaciona con familiares.
9. **Sexualidad / Reproducción** – sin alteraciones.
10. **Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés** - Ideas/pensamientos delirantes y alucinaciones auditivas
11. **Valores Y Creencias** – Amistades con hogares disfuncionales consumidores de estupefacientes.

## **Patrones funcionales alterados**

Actividad / Ejercicio, Cognitivo / Perceptual, Autocontrol / Autoconcepto, Función Y Relaciones, Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés

Se debe prestar, además, especial atención a los siguientes aspectos que pueden indicar la aparición de complicaciones frecuentes:

- Aislamiento, apático.
- Alteración conductual, episodios psicóticos, delirios, alucinaciones auditivas.
- Heteroagresividad en domicilio con delirios de prejuicio.
- No se relaciona con familiares y amigos.
- No mantiene un buen estado de ánimo.

## **Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.**

Al análisis del examen físico regional: piel caliente, hidratada, con elasticidad conservada.

Cabeza normocefálica, cabello de implantación normal. Ojos, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación. Nariz, fosas nasales permeables, no se evidencia desviación de tabique nasal. Orejas de implantación normal, conducto auditivo externo permeable. Boca, mucosas orales húmedas, orofaringe levemente eritematosa, no congestiva. Cuello, movilidad conservada, no se palpan ganglios.

Tórax, simétrico, expansibilidad conservada, Auscultación: corazón rítmico, no se auscultan soplos; pulmones murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, Ruidos hidroaereos normales.

Extremidades: simétricas bien implantadas. Al examen neurológico, paciente alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 13/15.

## **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

- Psicosis por consumo de Cannabis

## **CONDUCTA A SEGUIR**

### **Tratamiento**

El objetivo del tratamiento es eliminar los síntomas lo antes posible para que la persona se recupere por completo y se evite el deterioro gradual. Cuanto más tiempo la persona presente síntomas psicóticos antes de recibir tratamiento el pronóstico será peor y la recuperación será menor.

Programas individuales y comunitarios para reaprender viejas habilidades y desarrollar de nuevas, y para aprender a enfrentarse con la enfermedad. Los grupos de antipsicóticos son fenotiacinas (por ejemplo clorpormacina), butirofenonas (por ejemplo haloperidol), tioxantenos (por ejemplo flupentixol) y los nuevos antipsicóticos "atípicos" como clozapina y risperidona. En general, los diferentes fármacos antipsicóticos no difieren en su actividad antipsicótica, pero se diferencian en el grado y la calidad de efectos adversos (véase más adelante).

### **Tratamiento de la fase aguda.**

La administración de clorpromacina o haloperidol mejora los síntomas, como las alteraciones del pensamiento, las alucinaciones y los delirios, y previene la recaída. Habitualmente, son menos eficaces en pacientes apáticos, encerrados en sí mismos. Sin embargo, el haloperidol puede recuperar a un esquizofrénico agudo, que estaba previamente ensimismado, o incluso mudo o acinético, el comportamiento social y la actividad normal. En la fase aguda, la clorpromacina se puede administrar por inyección intramuscular a una dosis de 25-50 mg, que se puede repetir cada 6-8 horas con vigilancia del paciente por el riesgo de hipotensión. No obstante, en muchos casos no es necesaria la inyección intramuscular y los pacientes se pueden tratar con una dosis oral. En la fase aguda se puede administrar haloperidol.

### **Clorpromacina, clorhidrato**

La clorpromacina es un antipsicótico representativo. Hay varios fármacos alternativos

### **Advertencia.**

Dado el riesgo de sensibilización de contacto, los farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales sanitarios deben evitar el contacto directo con la clorpromacina; los comprimidos no deben triturarse y las soluciones deben manejarse con cuidado

Comprimidos, clorhidrato de clorpromacina 100 mg

Jarabe, clorhidrato de clorpromacina 25 mg/5 ml

Inyección (Solución para inyección), clorhidrato de clorpromacina 25 mg/ml, ampolla 2 ml

Indicaciones: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, manía, agitación psicomotora y comportamiento violento; adyuvante en la ansiedad grave

Contraindicaciones: alteración de la conciencia por depresión del SNC; depresión de médula ósea; feocromocitoma.

**Precauciones:** Enfermedad cardiovascular y vascular cerebral, enfermedad respiratoria, parkinsonismo, epilepsia, infecciones agudas, gestación; lactancia; alteración renal y hepática; antecedente de ictericia, leucopenia (recuento de células hemáticas en caso de fiebre o infección inexplicable); hipotiroidismo, miastenia gravis, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo cerrado; edad avanzada (sobre todo en clima muy caluroso o muy frío); evite la retirada brusca; los pacientes deben permanecer en posición supina y hay que vigilar la presión arterial durante 30 minutos tras la inyección intramuscular.

#### **Tareas especializadas.**

Puede afectar la capacidad para realizar tareas especializadas, por ejemplo manejar maquinaria peligrosa, conducir

#### **Posología:**

Esquizofrenia y otras psicosis, manía, agitación psicomotora, comportamiento violento, y ansiedad grave (adyuvante), por vía oral.

**Adultos.-** Inicialmente 25 mg 3 veces al día (o bien 75 mg por la noche) ajustados según la respuesta a una dosis de mantenimiento habitual de 100-300 mg al día (pero hasta 1,2 g al día pueden ser necesarios en la psicosis);

**Niños.-** (esquizofrenia infantil y autismo) 1-5 años 500 microgramos/kg cada 4-6 horas (máximo 40 mg al día); 6-12 años, de un tercio a la mitad de la dosis de adultos (máximo 75 mg al día)

Para el alivio de los síntomas, por inyección intramuscular profunda, ADULTOS 25-50 mg cada 6-8 horas; NIÑOS 500 microgramos/kg cada 6-8 horas (1-5 años, máximo 40 mg al día; 6-12 años, máximo 75 mg al día) (véase también Precauciones y Efectos adversos)

**Efectos adversos.-** Síntomas extrapiramidales y en administración prolongada, discinesias tardías ocasionales potencialmente irreversibles (véanse las notas anteriores); hipotermia (pirexia ocasional), somnolencia, apatía, palidez, pesadillas, mareo, excitación, insomnio, cefalea, confusión, depresión; más raramente, agitación, cambios EEG, convulsiones, congestión nasal; síntomas anticolinérgicos como sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, dificultad en la micción; hipotensión, taquicardia y arritmias; cambios ECG; depresión respiratoria; trastornos menstruales, galactorrea, ginecomastia, impotencia, aumento de peso; reacciones de hipersensibilidad como agranulocitosis, leucopenia, leucocitosis, anemia hemolítica, fotosensibilización, sensibilización de contacto y erupciones, ictericia y alteración de la función hepática; síndrome neuroléptico maligno; síndrome similar al lupus eritematoso; con tratamiento prolongado a dosis altas, opacidad corneal y de lentes, y pigmentación purpúrea de la piel, córnea y retina; la inyección intramuscular puede ser dolorosa y causar hipotensión y taquicardia (véase Precauciones) y formación de nódulos.

## **Haloperidol**

El haloperidol es un antipsicótico representativo. Hay varios fármacos alternativos

Comprimidos, haloperidol 2 mg, 5 mg

Inyección (Solución para inyección), haloperidol 5 mg/ml, ampolla 1 ml

**Indicaciones:** esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, manía, agitación psicomotora y comportamiento violento; adyuvante en la ansiedad grave

**Contraindicaciones:** alteración de la conciencia por depresión del SNC; depresión de médula ósea; feocromocitoma; porfiria; enfermedad de los ganglios basales

**Precauciones:** enfermedad cardiovascular y vascular cerebral, enfermedad respiratoria, parkinsonismo, epilepsia, infecciones agudas, gestación; lactancia; alteración renal y hepática, antecedente de ictericia, leucopenia (se requiere recuento de células hemáticas en caso de fiebre o infección inexplicable); hipotiroidismo, miastenia gravis, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo cerrado; también hemorragia subaracnoidea y alteraciones metabólicas como hipopotasemia, hipocalcemia o hipomagnesemia; edad avanzada (sobre todo en clima muy caluroso o muy frío); niños y adolescentes; evite la retirada brusca; los pacientes deben permanecer en supino y hay que vigilar la presión arterial durante 30 minutos tras la inyección intramuscular.

**Tareas especializadas.-** Puede afectar la capacidad para realizar tareas especializadas, por ejemplo manejar maquinaria peligrosa, conducir.

**Posología.-** Esquizofrenia y otras psicosis, manía, agitación psicomotora, comportamiento violento, y ansiedad grave (adyuvante), por vía oral.

**Adultos.-**inicialmente 1,5-3 mg 2-3 veces al día o bien 3-5 mg 2-3 veces al día en pacientes muy afectados o resistentes (hasta 30 mg al día en la esquizofrenia resistente);

**Niños.-**inicialmente 25-50 microgramos/kg al día distribuidos en 2 tomas (máximo 10 mg al día)

Episodios psicóticos agudos, por inyección intramuscular.

**Adultos.-** inicialmente 2-10 mg, dosis subsiguientes cada 4-8 horas según la respuesta (hasta cada hora si es necesario) hasta una dosis máxima total de 18 mg; en pacientes muy afectados puede ser necesaria una dosis inicial de hasta 18 mg.

**Edad avanzada** (o pacientes debilitados) inicialmente la mitad de la dosis de adulto.

**Niños.-**no se recomienda

**Efectos adversos.-** Como la clorpromacina (véase antes), pero es menos sedante y produce menos síntomas hipotensores y anticolinérgicos; pigmentación y reacciones de fotosensibilidad raras; los síntomas extrapiramidales son frecuentes, sobre todo distonía aguda y acatisia (especialmente en pacientes tiorotóxicos); raramente, pérdida de peso, hipoglucemia, secreción inadecuada de hormona antidiurética.

## **Flufenacina**

La flufenacina es un antipsicótico representativo, el cumplimiento es poco probable de que sea fiable. Hay varios fármacos alternativos

Inyección oleosa (Solución para inyección), decanoato de flufenacina 25 mg/ml, ampolla 1 ml

Inyección oleosa (Solución para inyección), enantato de flufenacina 25 mg/ml, ampolla 1 ml

**Indicaciones:** Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia y otras psicosis

**Contraindicaciones:** Niños; estados confusionales; alteración de la conciencia por depresión del SNC; parkinsonismo; intolerancia a los antipsicóticos; depresión; depresión de médula ósea; feocromocitoma

**Precauciones.-** el tratamiento requiere una vigilancia cuidadosa del efecto óptimo; pequeña dosis de prueba inicial por los efectos adversos prolongados; los síntomas extrapiramidales son frecuentes; cuando se pasa de tratamiento oral a depot, se recomienda una reducción gradual de la dosis oral; enfermedad cardiovascular y vascular cerebral, enfermedad respiratoria, epilepsia, infecciones agudas, gestación; lactancia; alteración renal y hepática (evitación si es grave; antecedente de ictericia, leucopenia (recuento de células hemáticas en caso de fiebre o infección inexplicable); hipotiroidismo, miastenia gravis, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo cerrado; edad avanzada (sobre todo en climas muy calurosos o muy fríos).

**Tareas especializadas.** Puede afectar la capacidad para realizar tareas especializadas, por ejemplo manejar maquinaria peligrosa, conducir

**Posología.-** Mantenimiento en la esquizofrenia y otras psicosis, por inyección intramuscular profunda en el músculo glúteo.

**Adultos.-** Dosis de prueba de 12,5 mg (6,25 mg en personas de edad avanzada); después de 4-7 días 12,5-100 mg repetidos a intervalos de 2-5 semanas, ajustados según la respuesta; NIÑOS no recomendado

**Administración.** Según las recomendaciones del fabricante

**Efectos adversos:** como para clorhidrato de clorpromacina (véase antes), pero menos sedante y menos síntomas hipotensores y anticolinérgicos; mayor incidencia de síntomas extrapiramidales (más frecuente que ocurra pocas horas después de la inyección y sigue durante unos 2 días pero puede aparecer más tarde); lupus eritematoso sistémico; dolor en el punto de inyección, ocasionalmente eritema, tumefacción, nódulos.

### **Nicotinell Fruit**

Este medicamento puede producir reacciones locales en la piel (como dermatitis de contacto) o irritación de los ojos y membranas mucosas porque contiene butilhidroxitolueno. El consumo de café, bebidas ácidas (p. ej. zumos de frutas) o refrescos puede disminuir la absorción de la nicotina, por lo que deben evitarse durante los 15 minutos anteriores al mascado de Nicotinell.

### **Advertencias y precauciones**

Consulte a su médico o farmacéutico antes de tomar Nicotinell si usted padece:

- Trastornos cardíacos, como infarto, fallo cardíaco, angina de pecho, angina de Prinzmetal o arritmias.
- Accidente cerebrovascular (apoplejía cerebral).

- Tensión alta (hipertensión no controlada).
- Problemas de circulación.
- Diabetes (monitoree su nivel de azúcar en sangre más a menudo cuando comience a utilizar Nicotinell, ya que puede alterarse su necesidad de insulina o medicación).
- Glándulas tiroides hiperactivas (hipertiroidismo).
- Glándulas suprarrenales hiperactivas (feocromocitoma).
- Insuficiencia renal o hepática.
- Esofagitis, inflamación de boca o garganta, gastritis o úlcera péptica.
- Intolerancia a la fructosa.

Nicotinell se presenta en dos dosificaciones: 2 y 4 mg. La dosis apropiada depende de sus hábitos previos como fumador. Debe tomar Nicotinell 4 mg si:

- Es un fumador con dependencia alta o muy alta a la nicotina.
- No ha conseguido dejar de fumar anteriormente usando Nicotinell 2 mg.
- Sus síntomas derivados de dejar de fumar son tan intensos como para recaer y volver a fumar.

Cada chicle de Nicotinell Fruit 2 mg contiene 0,2 g de sorbitol, como edulcorante, que son una fuente de 0,04 g de fructosa. El valor calórico es de 1,0 kcal/chicle.

Los pacientes con dietas pobres en sodio deben tener en cuenta que este medicamento contiene 11,50 mg de sodio por chicle.

## **Tratamiento de la abstinencia y dependencia de cannabis**

Las intervenciones psicoterapéuticas son eficaces en la dependencia de cannabis, las más estudiadas son las estrategias motivacionales y las técnicas cognitivo-conductuales muy inferiores a los datos existentes para otras adicciones.

## **Criterios propuestos para el síndrome de abstinencia a cannabis**

### **Síntomas comunes**

- Rabia o agresividad.
- Pérdida de apetito o peso
- Irritabilidad.
- Nerviosismo/ansiedad.
- Inquietud n Insomnio, incluyendo pesadillas.

### **Síntomas menos frecuentes o equívocos.**

- Escalofríos.
- Humor deprimido.
- Dolor abdominal.
- Temblor.
- Sudoración.

## **Plan de cuidados en pacientes con psicosis por consumo de cannabis**

### **Diagnostico NANDA**

Alteraciones conductuales relacionadas con abuso de sustancias evidenciado por ideas delirantes y alucinaciones auditivas. Cod-**00222** Pág.-**259**

### **Resultados NOC**

**Dominio III-** Salud Funcional.

**Clase J-** Neurocognitiva.

**Etiqueta:** Nivel de Delirio – **0916** pág. **425**

**091620-** Alucinaciones. 2

**091621-**Delirios 2

### **Intervenciones NIC**

**Campo:** Conductual

**Clase:** Terapia Conductual.

**Nivel:** Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas – **4510** pág. **430**

### **Actividades**

- Proporcionar tratamiento de los síntomas durante el periodo de desintoxicación.

- Administrar medicamentos (p. ej. Disulfan, Acamprosato, Metadona, Naltrexona, los parches o chicles de Nicotina, o Buprenorfina), según la indicación.
- Proporcionar terapia (p. ej. la terapia cognitiva, terapia motivacional, orientación, apoyo familiar, o un enfoque de refuerzo comunitario para adolescentes), según esta indicado.
- Desarrollar un plan para prevención de recaída.
- Derivar al paciente a servicios necesarios.



### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS	INTERVENCION INTERDEPENDIENTE	INTERVENCION INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
Suministrar tratamiento de los síntomas durante el periodo de desintoxicación.	Equipo interdisciplinario.	Proporcionar tratamiento de los síntomas durante el periodo de desintoxicación	Enseñar al paciente técnicas de autocontrol	Controlando la ansiedad con relajación adecuada evita el consumo o la búsqueda de estupefacientes, logrando la eliminación de toxinas nocivas para el cuerpo.	Mantener intervención	Paciente controla la ansiedad con poca intensidad.
Aplicar medicamentos (p. ej. Disulfan, Acamprosato, Metadona, Naltrexona, chicles de Nicotina.		Administrar medicamentos (p. ej. Disulfan, Acamprosato, Metadona, Naltrexona, chicles de Nicotina.	Proporcionar chicles de nicotina mediante prescripción médica	Disminuye la ansiedad de consumo de estupefacientes nocivos para el organismo.	Mantener intervención	Acción favorable ante los chicles de nicotina.

Brindar terapia (p. ej. la terapia cognitiva, terapia motivacional, orientación, apoyo familiar, o un enfoque de refuerzo comunitario para adolescentes ), según esta indicado	Equipo interdisciplinario	Proporcionar terapia (p. ej. la terapia cognitiva, terapia motivacional, orientación, apoyo familiar, o un enfoque de refuerzo comunitario para adolescentes), según esta indicado	Consejería al paciente para que tenga una buena actitud y deseos de mejora.	acudir a terapia es un acto de inteligencia y de valentía, ya que en muchas ocasiones la persona que necesita ayuda no es consciente de que tiene el problema o evita afrontar la realidad	Mantener intervención	El paciente muestra actitudes de mejoría con el tratamiento
Elaborar un plan para prevención de recaída.	Equipo interdisciplinario	Desarrollar un plan para prevención de recaída.	Identificar los factores que influyen al paciente a la recaída.	Evita los acontecimientos que inducen a la búsqueda y consumo de estupefacientes.	Mantener intervención	El paciente refiere sentir el deseo del consumo pero que por el momento es controlable.
transferir al paciente a servicios necesarios	Médico especialista	Derivar al paciente a servicios necesarios	Colaborar con la documentación necesaria.	Ayuda a la mejora del paciente con un diagnóstico exacto.	Mantener intervención	Sin novedades

## **Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Cuando se diagnóstica psicosis por consumo de cannabis, independientemente de su tratamiento con antipsicóticos, durante la hospitalización, es imprescindible, el control y seguimiento por psiquiatría, con estudios periódicos, para determinar si existen marcadores de daño conductual crónico, pudiendo ser el caso de ser inducida la esquizofrenia por psicosis.

- Se realizó interconsultas al servicio de psiquiatra, para ayudar a un correcto manejo de la patología.
- Al ingreso se monitorizaron las constantes vitales y se realizó restricción de consumos de sustancias alucinógenas y control de peso diario.
- Se realizaron controles analíticos periódicos evaluados por consenso de médicos psiquiatras en el instituto neurociencias.
- Se produjo una progresiva mejoría de analítica y sintomatología.

## **Seguimiento**

- Paciente cursa el 2do día hospitalizado, paciente al momento está en compañía de un familiar, despierto, activo, colaborador en la entrevista, orientado en tiempo, espacio y persona.

- Sonríe durante la entrevista, no impresiona estar alucinando aunque también puede interpretarse como que trata de mostrar una imagen favorable de sí misma.
- Paciente durante la entrevista negó consumió de drogas.
- Cursa el 3er día de tratamiento intrahospitalario sueño y apetito conservado.
- Colabora con la ingesta de las medicinas y los alimentos.
- No cambios de conducta.
- Signos vitales, parámetros normales.
- El primer mes, queda el paciente con controles semanales, con supervisión del personal auxiliar.

## **Observaciones**

- Se realizó una entrevista al paciente y su padre para poder recabar datos poco claros expuestos en la historia clínica, las mismas que se presentaron colaboradores, brindando la información requerida.
- Todo esto ayudó a identificar diferentes factores que de cierta manera influyeron en la evolución de este caso clínico.
- Además se indagó guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico, su diagnóstico y manejo.

### **III CONCLUSIONES**

En la Psicosis por Consumo de Cannabis se estableció una serie actividades e intervenciones adecuadas, basándose en el plan de atención de enfermería, permitiendo identificar los signos y síntomas del consumo de sustancias psicotrópicas; relacionando las futuras complicaciones que ponen en riesgo la salud orgánica y emocional del paciente consumidor; Además de elaborar una estrategia con acciones que promuevan la oportuna mejora y futura recuperación del paciente, con los cuidados especiales de enfermería, apoyado en el cumplimiento oportuno del tratamiento asignado por el médico.

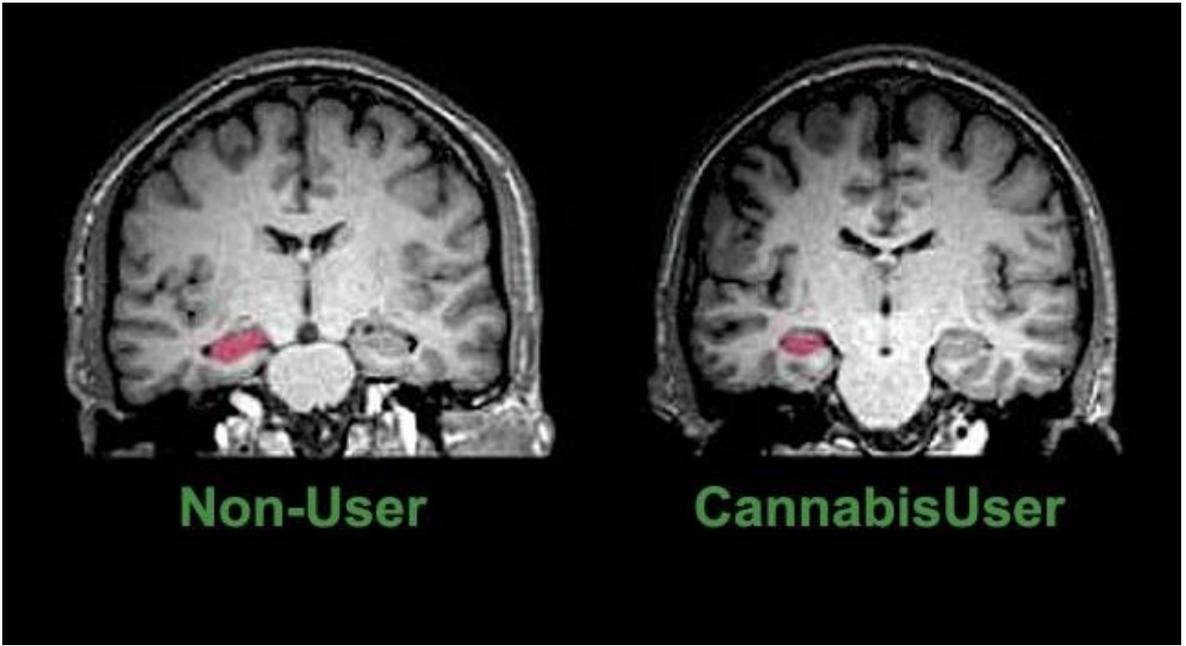
Las actividades e intervenciones son muy esenciales para una mejor recuperación, porque no solo es la parte medicamentosa sino también el entorno en que se encuentra, estableciendo relaciones terapéuticas en el cual haya un círculo de confianza entre personal de salud, paciente y familiar. Obteniendo estrategias y oportunidades de mejora.

## IV REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALDESSARINI, R. J. (2006). LAS BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPEÚTICA. EN *FARMACOTERAPIA DE LAS PSICOSIS Y LAS MANÍAS*.
- CARRANZA, R. R. (2012). LOS PRODUCTOS DE CANNABIS SATIVA: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS EN MEDICINA. EN *SALUD MENTAL VOL. 35*. MEXICO: SCIELO.
- CARRANZA, R. R. (2012). LOS PRODUCTOS DE CANNABIS SATIVA: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS EN MEDICINA. EN *SALUD MENTAL VOL 35*. MEXICO: SCIELO.
- F., A. H. (2012). CONSUMO DE CANNABIS Y PSICOSIS. MADRID: EXLIBRIS.
- GANUZA, L. P. (2009). *MANUAL DE PSIQUIATRIA* (VOL. TOMO 1). MADRID: GRAFICAS MARTE S.A.
- LACAN, J. (1984). EL SEMINARIO. LIBRO 3. EN *LAS PSICOSI*. BARCELONA: PAIDÓS.
- PAOLO, T., & JIMENEZ, M. (2009). *MANUAL DE PSIQUIATRIA* . MADRID: GRAFICAS MARTE S.A.
- VOLKOW, N. D. (2005). ABUSO DE LA MARIHUANA. EN I. N. DROGAS.. IMPRENTA NIH.

## ANEXOS







UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
*Facultad de Ciencias de la Salud*  
**SECRETARÍA**



**CERTIFICACION**

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

**Certifica:**

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 28 de septiembre del 2017**, donde se indica: *"Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara **EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** a: **PEREZ CHINGA GEORGE MANUEL, C.I. 1204497554** en la carrera de **ENFERMERIA**. Por consiguiente se encuentra **APTO** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**".- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.*

Babahoyo, 27 de Septiembre del 2017

*Abg. Vanda Aragundi Herrera*  
**SECRETARIA**



*Rebid*  
*03/10/2017 M 11:77 M*



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
CEDULA:	1204497554		
NOMBRES:	GEORGE MANUEL		
APELLIDOS:	PEREZ CHINGA		
SEXO:	MASCULINO		
NACIONALIDAD:	ECUATORIANO		
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	QUEVEDO-SAN CAMILO-SANTA MARIA-CALLE SEPTIMA Y C		
TELÉFONO DE CONTACTO:	0996633139		
CORREO ELECTRÓNICO:	1992GEORGE@HOTMAIL.ES		
APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	SI
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI
DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE			
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	ENFERMERIA		
MODALIDAD:	SEMESTRE		
FECHA DE FINALIZACIÓN			
MALLA CURRICULAR:	08/31/2017		
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NINGUNO		
TRABAJA:	NO		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	NINGUNO		
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA			
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA			

Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso.  
Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017

ESTUDIANTE

SECRETARIO(A)





# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

## SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017

Señor.  
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **GEORGE MANUEL PEREZ CHINGA** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1204497554** ; con matrícula estudiantil #: \_\_\_\_\_ ;

habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: marzo - agosto 2017 ;

estudiante de la carrera de: **ENFERMERIA**

una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás  
competentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación  
por medio de de la siguiente opción de titulación:

### EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Mi correo electrónico es: **1992GEORGE@HOTMAIL.ES**

Por la atención al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

ESTUDIANTE

SECRETARIO(A)





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Babahoyo, 3 de Octubre del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABHOYO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente yo, **PEREZ CHINGA GEORGE MANUEL**, con cedula de ciudadanía **1204497554**, egresada de la carrera de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda la inscripción respectiva a la Unidad de Titulación para iniciar el Proceso de la Modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Esperando a que mi petición tenga una acogida favorable quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**PEREZ CHINGA GEORGE MANUEL**  
C.I. 1204497554

03/10/2017



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**



Babahoyo, 29 de enero del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc.  
**COORDINADORA DEL PROCESO DE TITULACION**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo **GEORGE MANUEL PEREZ CHINGA** con C.I **120449755-4**, egresado de la **UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO** - Facultad Ciencias de la Salud - Escuela de Enfermería, me dirijo a usted de la manera más comedida para que se me recepte la Formulación Del Tema De Caso Clínico N° 31 para el proceso de titulación en modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA** que es:

**PSICOSIS INDUCIDA POR CONSUMO DE CANNABIS.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente.

GEORGE MANUEL PEREZ CHINGA  
C.I 120449755-4

### CASO CLINICO # 31

**Motivo de la consulta.-** Llega Pcte de sexo Masculino de 21 años de edad de forma involuntaria en la unidad de hospitalización psiquiátrica, del Hospital Neurociencia a la sala de Emergencia acompañado de su padre tras presentar su primer episodio psicótico por consumo de cannabis.

**Motivo de ingreso.-** El aumento de las alteraciones conductuales, con heteroagresividad en el domicilio y síntomas psicóticos.

**Diagnostico medico.-** Psicosis por consumo de sustancia Blanca.

Antecedentes Patológicos personales.

Hasta el momento de la entrevista médica presenta síntomas psicóticos; ideas delirantes de perjuicio, centradas en el entorno familiar. Así como la presencia de alucinaciones auditivas.

#### **Refiere el padre**

Un progresivo abandono de las actividades (laboral, ocio) y de relaciones afectivas (amistades), llegando a encontrarse el paciente en los últimos 6 meses, en una situación de aislamiento, inactividad y apatía.

#### **D.X: Psicosis y consumo de Cannabis**

-CONFORME LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CORRESPONDIENTES UTILIZANDO TAXONOMIA NANDA.
---------------------------------------------------------------------------------------

VALORAR SEGÚN EL TIPO DE PATOLOGÍA DESCRITA, PLANIFICACION Y PRIORIZAR LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CARRERA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 2 de Abril del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc.  
COORDINADORA DEL PROCESO DE TITULACIÓN.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
Presente.

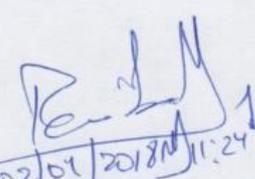
De mi consideración:

Yo, **GEORGE MANUEL PÉREZ CHINGA** con C.I. **120449755-4**, egresada de la Escuela de Enfermería, carrera **ENFERMERÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para solicitarle se me recepte los TRES ANILLADOS DE MI CASO CLINICO PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO 2018 correspondiente al tema: **PSICOSIS Y CONSUMO DE CANNABIS**, para poder continuar en el programa establecido en el proceso de titulación.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

  
\_\_\_\_\_  
**GEORGE MANUEL PÉREZ CHINGA**  
C.I. 120449755-4

  
02/04/2018 11:24