

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
PARANOIDE, PABELLON AGUDO DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA,  
2017**

**TRABAJO ACADEMICO**

**PRESENTADO POR:**

**LIC.GLADYS ESTELA PANDURO RIVA**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN SALUD  
MENTAL Y PSIQUIATRIA**

**ASESORA:**

**MG. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS**

**LIMA - PERU**

**2107**

## INDICE

<b>INDICE</b> .....	II
<b>RESUMEN</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	IV
<b>Introducción</b> .....	v
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO</b> .....	1
1.1 Esquizofrenia .....	1
1.2 Tipos de Esquizofrenia .....	3
1.3 Fases de la Esquizofrenia .....	4
1.4 Tratamiento Hospitalario de la Esquizofrenia .....	5
1.5 Factores de Riesgo de la Esquizofrenia .....	10
1.6 Cuidados de enfermería .....	11
1.7 Teoría de Hildegarde Peplau .....	12
<b>CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE</b> .....	15
2.1 Valoración Subjetivos y Objetivos .....	18
2.2 Diagnóstico de Enfermería .....	20
2.3 Ejecución de las Intervenciones .....	21
<b>CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	28
3.1 Conclusiones .....	28
3.2 Recomendaciones .....	29
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	30
<b>Anexos</b> .....	32

## RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en un caso clínico de un paciente adulto de 43 años, con diagnóstico médico de Esquizofrénico Paranoide, quien acude por consulta externa, luego es transferido al pabellón de hospitalización de agudos N°1, donde se le brinda cuidados aplicando el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), método científico como la base del ejercicio del profesional de enfermería.

En la práctica asistencial el Proceso de Cuidado de Enfermería permite a los profesionales prestar cuidados que demanda el paciente, familia y comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica, sistemática, personalizada considerando en todo momento el cuidado humanizado.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en tres capítulos. Capítulo I marco teórico, capítulo II aplicación de Procesos de Cuidado de Enfermería, capítulo III las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexo.

Haciendo uso la taxonomía NANDA, NIC y NOC, fundamentado en la teoría de enfermería Hildegart Peplau.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, cuidado, enfermera, entorno.

## **ABSTRACT**

The present academic work consists of a clinical case of an adult patient of 43 years old, with medical diagnosis of paranoid schizophrenic, who come by external consultation, then he's transferred to the pavilion of acute hospitalization N<sup>o</sup>1, where care is provided by applying the nursing care process (NCP), scientific method as the basis of the nursing.

Professional's practice in nursing practice the process of nursing care allows, professionals to provide care that the patient, family and community demands in a structured, homogeneous, logical, systematic and personalized way considering humanized, care at all times.

The present clinical case has been developed in three chapters: chapter I teorical frame, chapter II application of care nursery process, chapter III conclusions and recommendations, bibliographical references and anexition.

Making use of taxonomy NANDA, NIC and NOC, based in the theory of nursery Hildegart Peplau.

**KEY WORDS:** Schizophrenia, care, nursing, environment.

## **Introducción**

El proceso del cuidado es el modelo predominante de investigación dinámico para la enfermera profesional, sirve de enlace del conocimiento con el que hacer profesional.

Enfermería es una profesión que nace con el hombre, los cuidados de enfermería son el eje de nuestra atención para ello deberán ser prestadas a través de una metodología científica y sistematizada como el proceso del cuidado de enfermería (PCE) Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente de acuerdo con sus necesidades de cuidado.

El objetivo principal del proceso del cuidado de enfermería (PCE) es construir una estructura que pueda cubrir utilizando las necesidades de la persona usuaria, familia y comunidad identificando las necesidades reales y potenciales, establecer planes de cuidados individuales, actuar para cubrir y resolver problema.

Para desarrollar el proceso de cuidado de enfermería (PCE) la enfermera debe tener capacidad técnica, intelectual (emitir planes de cuidado eficaces y con un fundamento científico) y capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener mayor número de datos problema para valorar).

El Paciente psiquiátrico requiere cuidado especializado, amplio conocimiento y un grupo humano abierto a la actualización, esta enfermedad es incurable, degenerativa. Cada día nuevos tratamientos hacen que sea realidad lo que hasta hace poco era un sueño.

# CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

## 1.1 Esquizofrenia

### Definición

Según Cárdenas (2004) La esquizofrenia es un trastorno mental severo y crónico, degenerativo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida.

### Síntomas Positivos

De acuerdo a Sánchez (s/f) Los síntomas positivos consisten en aquello que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar. Como delirios, las alucinaciones y las conductas extravagantes. En las fases agudas de la enfermedad, la excitación de los sentidos provoca trastornos en el cerebro, por lo que el paciente ve, oye, huele o siente cosas que no existen. Esta percepción provoca miedo en el enfermo, que puede tener delirios de ser perseguido o espiado. Las conexiones lógicas del pensamiento se pierden y el discurso resulta incoherente.

- a) **Las ideas delirantes:** Son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza extrema.
- b) **Las alucinaciones:** Son sensopercepción sensorial imaginarias. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Otras alucinaciones menos frecuentes consisten en ver, sentir, saborear, oler cosas que no existen y que son percibidas como reales por quien las padece. Los enfermos que sufren trastornos del pensamiento tienen una forma de pensar confundida que se revela en el

contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica.

- c) **Trastorno del pensamiento:** Algunas personas con esquizofrenia se comportan de forma extraña o trasgreden normas y costumbre sociales (por ejemplo: se desnudan en público). Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente. Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad, difieren de lo normal. Sin embargo, las ideas delirantes y las alucinaciones no justifican el diagnóstico de esquizofrenia. Estos mismos síntomas se suelen dar en personas que abusan de alcohol o las drogas o que sufren depresión grave u otras enfermedades.

Las recaídas suelen venir provocadas por:

- Acontecimientos estresantes.
- Relaciones conflictivas prolongadas
- Interrupción o reducción de la dosis de los medicamentos.

También se producen recaídas sin un factor desencadenante evidente, aun cuando el paciente tome una dosis que hasta ese momento era adecuada. Aquello que el paciente deja de hacer y que los individuos serios suelen realizar cotidianamente. Pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, voluntad para emprender las tareas cotidianas.

### **Síntomas negativos**

Según Sánchez (s/f) indica que es cuando el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente. Pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, voluntad para emprender las tareas cotidianas.

- a) **Pobreza afectiva:** Las personas con esquizofrenia suelen presentar un estado emocional aplanado, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. La persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva.

- b) Pérdida de vitalidad:** La esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. Surge en ellos la indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos.
- c) Pobreza de pensamiento:** Sufren una notable reducción de la cantidad y calidad de su pensamiento. Rara vez con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle
- d) Anhedonia:** Incapacidad de sentir gusto o placer de actividades.

A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen déficit más sutil del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad. Los síntomas negativos pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Suele ser difícil determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son resultado de otro tipo de problemas.

## 1.2 Tipos de Esquizofrenia

Los tipos de esquizofrenia según De Mesquita (2015) son:

**Esquizofrenia Paranoide:** Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes o alucinaciones. Es la más frecuente.

**Esquizofrenia Desorganizada o Hebefrenia:** Se da un afecto absurdo o inapropiado (como reírse al darles una mala noticia), conductas infantiles, comportamientos extraños, forma de hablar incoherente.

**Esquizofrenia Catatónica:** A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo, en el interior del enfermo puede haber verdaderas

tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso.

**Esquizofrenia Indiferenciada:** Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las otras anteriores.

**Esquizofrenia Residual:** En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes.

### 1.3 Fases de la Esquizofrenia

Según Blasco (2012) señala que hay cuatro fases de la esquizofrenia:

**Fase Prodrómica:** Esta fase puede ser notable o no en el paciente, para él o los demás. Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años. Se caracterizan por aislamiento social, cambios en su conducta o en la respuesta emocional a estímulo.

**Fase Aguda:** En esta fase se notan varios síntomas psicóticos. Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la enfermedad se habla de fase de Reagudización.

**Fase de Continuación:** En este periodo, que su duración puede ser de seis meses, desde el comienzo o brote de la enfermedad, se produce el decremento en gravedad de los síntomas.

**Fase de Estabilización:** Durante esta fase los pacientes pueden no presentar ningún síntoma o presentar síntomas tales como: tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.

## 1.4 Tratamiento Hospitalario de la Esquizofrenia

### **Fase de Tratamiento según Cuídate Plus (2003):**

**Fase Aguda del Tratamiento:** El tratamiento tiene como objetivo finalizar el episodio psicótico agudo que se está padeciendo. La fase aguda del tratamiento incluye con frecuencia la hospitalización u otros niveles asistenciales intensivos.

**Tratamiento Preventivo:** El tratamiento tiene una continuidad a largo plazo para mejorar el funcionamiento y evitar episodios psicóticos futuros. Durante esta fase del tratamiento, la persona puede presentar o no síntomas persistentes.

### **Componentes del Tratamiento según Cuídate Plus (2003):**

**Medicación Antipsicótica Continuada:** Esta medicación es necesaria tanto en la fase aguda como en la de prevención. Durante la fase aguda, la medicación ayuda a aliviar los síntomas positivos que suelen estar fuera de control.

**Rehabilitación Psicosocial:** Es de gran ayuda para los pacientes y sus familias a la hora de resolver problemas, manejar el estrés y potenciar el cumplimiento de la medicación.

**Educación:** Es crucial para ayudar a los pacientes y familias a aprender a vivir con la esquizofrenia; previene algunas de las complicaciones y minimiza las recaídas.

### **Medicación para el tratamiento de la Esquizofrenia**

Según Cuídate Plus (2003) indica que los fármacos que se utilizan para tratar la esquizofrenia se llaman antipsicóticos. Estos fármacos ayudan a mejorar las ideas delirantes, las alucinaciones y los problemas de pensamiento asociados a esta enfermedad. Estos fármacos parecen actuar equilibrando correctamente ciertas sustancias químicas que ayudan a las células cerebrales a comunicarse unas con otras. Muchos pacientes pueden necesitar diversas pruebas con diferentes antipsicóticos antes de encontrar el o la combinación de los que pueden ayudarles más.

Los antipsicóticos que se han utilizado durante largo tiempo se llaman antipsicóticos convencionales o neurolepticos. Estos tratamientos aparecieron en la década de los años 50 y actúan sobre los síntomas positivos de la enfermedad (alucinaciones, delirios). Mejoran la conducta desadaptada del paciente, pero favorecían la aparición de efectos adversos.

Algunos de los más frecuentes son: Clorpromazina, Fluofenazina, Haloperidol, Tiotixeno, Trifluoperazina, Perfenazina y Tioridazina.

Los Antipsicóticos de nueva generación son más efectivos, según los expertos. Actúan sobre los síntomas negativos, además de los positivos y con menos efectos secundarios. Estos fármacos aparecieron en los años 90 y también se llaman antipsicóticos atípicos debido a que tienen menos propensión a causar algunos de los efectos secundarios asociados a los antipsicóticos convencionales. Tiene menos efectos secundarios que los antipsicóticos atípicos y puede administrarse por vía oral o intramuscular, lo que facilita su uso en las crisis agudas. ¿Cómo se administran los antipsicóticos? Los fármacos antipsicóticos suelen administrarse diariamente en comprimidos o solución. La Fluofenazina y el haloperidol pueden aplicarse también en inyecciones de acción prolongada (llamadas fórmulas depto.) a intervalos de 1 a 4 semanas. Con las fórmulas depto, la medicación se deposita en el cuerpo y va liberándose lentamente. Esto puede ser de gran ayuda para los pacientes a los que les cuesta tomarse un comprimido cada día. (Cuídate Plus, 2003)

### **Tratamiento Ambulatorio:**

Apoyo familiar y tratamiento médico y de enfermería permite a esquizofrénicos reinsertarse a la sociedad las personas afectadas por la esquizofrenia que cuentan con apoyo familiar y adecuado tratamiento, pueden reinsertarse a la sociedad y realizar actividades como estudiar y trabajar. Desde su punto de vista el “pilar” del tratamiento de pacientes con este trastorno mental son los medicamentos antipsicóticos que ayudan a que los síntomas desaparezcan. Pero el apoyo familiar es muy importante para que el paciente tome conciencia de la enfermedad que tiene, el cual es tratable si cumple estrictamente con el tratamiento. En la actualidad existe una amplia gama de medicamentos para reducir los síntomas de esta patología. Los

pacientes son hospitalizados por sus familiares cuando presentan una alta agresividad y muestran un comportamiento que interfiere con sus relaciones interpersonales. Superado el problema son dados de alta y pueden continuar con el tratamiento de manera ambulatoria.

**Psicoterapia:** La esquizofrenia suele afectar a la vida social, laboral y familiar de la persona. En la terapia se le enseña al paciente estrategias de resolución de problemas y habilidades de afrontamiento, que van a ayudar a la persona a resolver y enfrentarse a los posibles problemas cotidianos (laborales, sociales, etc.) que le puede ocasionar su enfermedad.

**Psicoterapia Individual:** Según el Instituto de Salud Libertad S.AC (s/f) La psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. Asimismo Nolasco (2015) indica que también puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado. Estudios recientes indican que tanto la psicoterapia individual de apoyo orientada a la realidad, como los métodos cognoscitivos y de comportamiento, pueden ser beneficiosos para los pacientes externos. Los métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación y solución de problemas. A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos antipsicóticos y resulta más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas psicóticos.

**Terapia de Grupo:** Estas personas tienen déficit en habilidades sociales y laborales. En la terapia de grupo se les entrena, a nivel grupal, a manejarse en su entorno, relacionarse con los demás, manejar el dinero, resolver problemas económicos, etc.

**Soporte Familiar:** El paciente necesita apoyo de un gran número de personas en diferentes roles. Entre ellas están los familiares, los profesionales de los programas terapéuticos residenciales y los programas por el día, los administradores de

programas de acogida temporal para las personas que se encuentran sin vivienda, los amigos o compañeros de vivienda, los profesionales que manejan el caso clínico, las autoridades religiosas de iglesias y sinagogas, etc. A continuación, usaremos el término “familia” cuando hablemos del sistema de apoyo. Sin embargo, esto no significa que solo las familias constituyen el sistema de apoyo.

El paciente puede necesitar ayuda de su familia o comunidad en muchas situaciones. A menudo el paciente se resiste a recibir tratamiento, cree que no necesita tratamiento psiquiátrico y que los delirios o alucinaciones son reales. A veces es la familia o son los amigos los que deben tomar decisiones para que el enfermo sea evaluado por un profesional. Cuando otras personas tomen decisiones de tratamiento, los derechos civiles del enfermo deben ser tomados en consideración.

**Apoyo Familiar:** Es aconsejable que la familia esté informada sobre todos los aspectos de la enfermedad, los síntomas positivos y negativos que ésta tiene, los efectos del tratamiento antipsicótico y la importancia de éste.

Para ello existen grupos de apoyo y asesoramiento familiar que no sólo informan y orientan, sino que también ayudan a los familiares y al paciente a aceptar el hecho de la enfermedad y resolver todos los posibles problemas que se les puedan presentar en cada momento.

**Grupo de Autoayuda:** Los grupos de autoayuda para los familiares que tienen que lidiar con la esquizofrenia son cada vez más comunes. Aunque no son liderados por un terapeuta profesional, estos grupos son terapéuticos a través del mutuo apoyo que se brindan los miembros.

El compartir experiencias con personas que están en una situación parecida proporciona consuelo y fortaleza. Los grupos de autoayuda también pueden desempeñar otras funciones importantes, tales como solicitar que se hagan estudios de investigación y exigir que existan tratamientos adecuados en los hospitales y clínicas de su comunidad.

Si en vez de actuar individualmente los pacientes se unen para actuar como grupo, ellos hacen presión para que la sociedad elimine el estigma en contra de los enfermos

mentales. Los grupos también tienen un papel importante para hacer que el público tome conciencia de los casos de abuso y discriminación.

Los grupos de apoyo y defensoría formados por los familiares y personas con circunstancias similares proporcionan información útil para los pacientes y las familias de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales. Al final de este documento se incluye una lista de organizaciones.

## **Etiología**

Las causas de la esquizofrenia han sido objeto de mucho debate, con diversos factores propuestos, resultando algunos favorables y otros modificados o descartados a través de los años. La investigación científica sugiere que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes. La investigación actual psiquiátrica en el desarrollo de este trastorno a menudo se basa en un modelo centrado en el desarrollo neurológico. (Wikipedia, 2017)

## **Fisiopatología**

Existen muchas teorías sobre la etiología de la Esquizofrenia, las cuales logran superponerse en la actualidad.

**Esquizofrenia:** Es una enfermedad cerebral manifestada por anormalidad en la estructura cerebral y/o función cerebral.

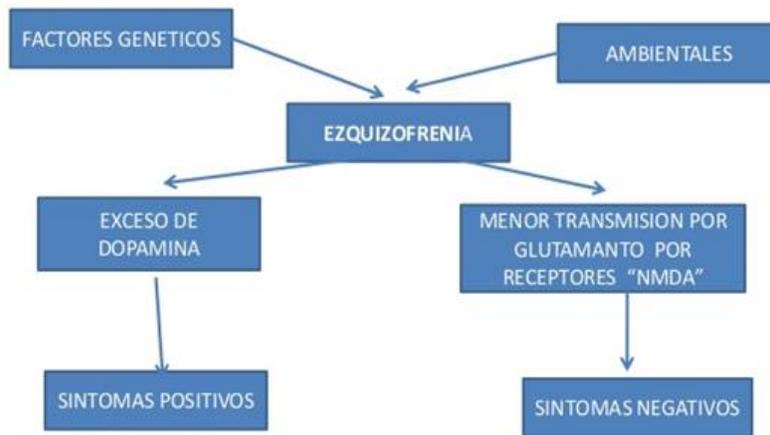
Existe un desbalance neuroquímico interno cerebral.

Teoría Dopaminérgica: anfetaminas (pro) y COPZ(contra).

Teoría Glutaminérgica: NMDA hiperactivity (citotóxica).

Teoría Acetilcolinérgica: Receptor nicotínico (cognición y atención).

Teoría Serotoninérgica.



Fuente: Google imágenes (2016)

### 1.5 Factores de Riesgo de la Esquizofrenia

Generalmente la esquizofrenia se manifiesta por primera vez durante la adolescencia o en la adultez temprana, aunque podría no desarrollarse sino hasta más adelante. Por lo tanto, quienes provienen de familias en las cuales se le ha diagnosticado la enfermedad a algún pariente de primer o segundo grado, corren un mayor riesgo al llegar a la pubertad o adultez temprana. (Enfermedades y Acciones de Prevención, 2017)

#### Antecedentes Familiares

Según Enfermedades y Acciones de Prevención (2017) es cuando se les ha diagnosticado a ambos padres, la persona corre un riesgo relativamente alto de desarrollar la enfermedad; se estima que el riesgo es de aproximadamente 40 %. La persona a cuyo gemelo se le ha diagnosticado la esquizofrenia corre un riesgo máximo de también desarrollar la enfermedad. Sin embargo, insistimos que la genética no es el único factor decisivo de la enfermedad. La interacción entre defectos genéticos, factores sociales y factores psicológicos determina el riesgo definitivo.

En consecuencia, un gemelo enfrenta un riesgo de 40 a 60 % de que también le diagnostiquen esquizofrenia. El hecho de que dicho riesgo no es del 100 % resalta la contribución de los factores ambientales al desarrollo de la enfermedad. Aparte de la predisposición genética, no existen factores de riesgo de la esquizofrenia claramente

definidos. Aunque la esquizofrenia afecta igualmente a hombres y mujeres, tiende a ser más grave entre los hombres y podría manifestárseles algo más tarde a las mujeres. Debido a que es poco común que la esquizofrenia surja después de los 45 años, quienes pasan de esta edad corren un menor riesgo de que les diagnostique la enfermedad.

### **Abuso de Metanfetamina**

Es interesante que el uso crónico de metanfetamina podría dar lugar a una forma de psicosis similar a la esquizofrenia, incluso con síntomas tales como delirios de persecución y alucinaciones. La afección denominada psicosis anfetamina podría permanecer aún después de superar la adicción a la droga y los científicos han identificado tentativamente numerosos genes que podrían desempeñar un papel en esta enfermedad; se sospecha que al menos seis de estos son genes que desempeñan algún papel en la susceptibilidad a la esquizofrenia. (Enfermedades y Acciones de Prevención, 2017)

## **1.6 Cuidados de enfermería**

Las intervenciones de enfermería según Aguilar (2012) son:

- Cuidados Físicos: mantenimiento de la hidratación e higiene.
- Administración del tratamiento Farmacológico: asegurando la toma y detectando la aparición de los efectos secundarios.
- Ante la aparición de ideas delirantes y alucinaciones hay que orientar al paciente en la realidad, ganar la confianza del paciente escuchando sus ideas delirantes, hacerle seguir los horarios de sueño y alimentación, disminuir los estímulos exteriores y asegurar un entorno de seguridad para el paciente.
- Ante el paciente agitado o con conductas hostiles una sujeción mecánica, mantener la calma, hablarle de forma suave, mantener el contacto visual y atender a sus demandas.
- Favorecer la reinserción social, contacto con la gente y con el mundo externo.
- Monitoreo del estado fisiológico después de medicamento.

- Relaciones interpersonales dentro de la práctica de enfermería.
- Debemos mostrar interés por su problema, escuchándolo, ofreciendo ayuda y comprensión.

## **1.7 Teoría de Hildegarde Peplau**

### **Relaciones Interpersonales en Enfermería**

Madre de la Psiquiatría según Nightingale (2009)

Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo.

Sus fuentes teóricas la centro en la biología y en las ciencias conductuales, evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales.

Se apoya en lo ciudadanos de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

En su obra, “Relaciones interpersonales en enfermería”, ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el “Proceso interpersonal” al que define como terapéutico, en la que resalta la influencia de una personalidad en el aprendizaje.

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

Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrollo un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias de comportamiento.

Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y

los comportamientos pudieran ser explotados incorporados a las intervenciones de la enfermería.

### **Definición de enfermería psicodinámica**

Los cuidados en enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. (Nightingale, 2009)

### **Definición de la relación enfermera- paciente**

De acuerdo a Nightingale (2009) indica que Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera- paciente:

1. **Orientación:** Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
2. **Identificación:** La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
3. **Aprovechamiento:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
4. **Resolución:** Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

También describe varias funciones de la enfermería:

- Función de persona recurso.
- Función desconocida.
- Función de liderazgo.
- Función de enseñante (combina todas las funciones)
- Función consejera.

- Función de sustituta/o.

**Concepto de persona:** El hombre es un organismo que vive en equilibrio.

**El concepto de salud:** Palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

**El concepto de entorno:** Define entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura.

## **CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE**

### **Datos de afiliación**

- **NOMBRES Y APELLIDOS:** L L R
- **EDAD:** 43 años
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/01/1973
- **SEXO:** Masculino
- **ESTADO CIVIL:** Soltero
- **INSTRUCCIÓN:** Secundaria Completa
- **FECHA DE HOSPITALIZACION:** 17/02/2016
- **PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE:** R L (madre)
- **RELIGION:** católico

### **Motivo de ingreso**

La madre lo trae por consulta externa y refiere: “A destrozado toda la casa, ventana, gritaba que escucha voces que le dicen mata u suicídase” tuve que traer a la policía para que me ayudara”.

### **Antecedentes patológicos**

- Enfermedades no Psiquiátricas: Cólera a los 18 años.
- Enfermedad Psiquiátrica: Esquizofrénico Paranoico desde hace 24 años.
- ALERGIAS: Niega.

## **Situación problemática**

Paciente adulto maduro de 43 años con iniciales LLR ingresa al pabellón de agudos N° "1". A la entrevista la mama refiere: "A destrozado toda la casa, ventana, gritaba que escucha voces que le dicen mata o suicídate tuve que traer a la policía para que me ayudarán, se aísla, estoy muy preocupada por la salud de mi hijo, esta irritable ,dice me voy a matar, agresivo, se hace daño se golpea la cabeza, no se lleva bien con mi esposo, además tuvo accidente se cayó y estuvo en estado de coma hace 10 años luego se recupera, hace 24 años tiene la enfermedad de esquizofrenia".

Paciente refiere: me hacen daño esos hombres me quieren matar, no me dejan dormir, yo me voy a matar, al padrastro le dice que se largue, niega estar enfermo, quiero salir ya del hospital, quiero ir a mi casa, no sé por qué estoy acá.

A valoración se observa: Intranquilo, irritable, señala a la pared, tira puñetes, patadas, ansioso, agresivo, se autolesiona se golpea la cabeza, se araña, grita, corre, amenaza al personal, rechaza al familiar, se calma. Luego se pone triste y camina de un lugar a otro, ojeroso, somnoliento, cabizbajo, pensativo se dirige a la puerta.

Con funciones vitales: PA=110/60mmhg, T=36.6°C, P=80X min, R=20X min.

## **DX Medico**

F: 20.0 (ESQUIZOFRENIA PARANOIDE) Hace 24 años.

## **Tratamiento medico**

- Clorpromazina 100 mg vo (2) TBT MTN.
- Valproato de Na 500 mg vo (1) TBT MTN.
- Haloperidol 10mg vo (1) TBT MT (1) N.
- Clonazepam 2mg vo (1/2) TBT MTN.
- Haloperidol 5mg 2-amp IM PRN a APM.

## **EXAMENES AUXILIARES**

### **Hematología:**

- Glucosa : 75 mg/d.
- Urea : 30 gr/dl.
- Creatinine : 0.8 gr/dl.
- Leucocitos : 6000mm<sup>3</sup>.
- Eritrocitos : 4.800mm<sup>3</sup>.
- Hemoglobina : 14 gr/dl.
- Hematocrito : 42%.
- Plaquetas : 180.000 mm<sup>3</sup>.

## 2.1 Valoración Subjetivos y Objetivos

<b>Tipo de datos</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b> Paciente refiere: me voy a quitar la vida, porque me quieren hacer daño esos hombres.	<b>Domino 11:</b> Seguridad Protección.
<b>Datos Objetivos</b> Paciente se observa irritable, se golpea la cabeza, por momentos triste, suspicaz, inquieto.	
<b>Tipo de datos</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b> Paciente refiere: escucho voces se ríen de mí, se burlan me dicen que estoy loco, voy a destrozarlos a esas mujeres.	<b>Domino 11:</b> Seguridad y protección.
<b>Datos Objetivos</b> Paciente se observa: con agitación psicomotriz, tira patadas, agresivo, irritable, amenaza al personal, grita, corre.	
<b>Tipo de datos</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b> Paciente refiere: no duermo bien por las noches me despierto escucho voces tengo pesadillas “me quieren matar”.	<b>Domino 4:</b> actividad y reposo.
<b>Datos Objetivos</b> Paciente se observa ojeroso, fastidiado, intranquilo, con sueño interrumpido, irritable, cabizbajo.	
<b>Tipo de datos</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b> Paciente refiere: no me llevo bien con mi padrastro, me ve como si yo estoy enfermo, me desprecia. El familiar dice yo lo considero como mi hijo, pero él me rechaza porque cree que lo maltrato a su madre.	<b>Domino 7:</b> Rol Relaciones.

<b>Datos Objetivos</b>	
Paciente se observa con ira, rechaza a la familia a la hora de la visita, molesto. Hostil.	
<b>Tipo de dato</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b>	<b>Domino 1:</b>
Paciente refiere: no sé por qué tengo esta enfermedad, no conozco porque estoy acá en el hospital.	Promoción de la salud.
<b>Datos Objetivos</b>	
Paciente se observa afligido, camina de un lugar a otro.	
<b>Tipo de datos</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b>	<b>Domino 9:</b>
Paciente refiere: Estoy aburrido quiero salir ya del hospital, deseo ir a mi casa.	Afrontamiento tolerancia al estrés.
<b>Datos Objetivos</b>	
Paciente se observa cabizbajo, con facies de preocupación, inquieto, se dirige a la puerta de salida.	
<b>Tipo de datos</b>	<b>Dominio</b>
<b>Datos subjetivos</b>	<b>Domino 4:</b>
Paciente refiere: me siento cansado sin ganas de hacer ejercicios o algo.	actividad y reposo.
<b>Datos Objetivos</b>	
Paciente no realiza actividades recreativas.	

## **2.2 Diagnóstico de Enfermería**

- Riesgo de autolesión R/C alucinaciones auditivas comandatorias.
- Riesgo de violencia dirigido a otra R/C conducta agresiva.
- Alteración en el patrón sueño R/C alucinaciones auditivas evidenciadas por somnolencia.
- Alteración de los procesos familiares R/C no conciencia de enfermedad mental.
- Déficit de conocimiento sobre la enfermedad R/C falta de información de su estado de salud.
- Afrontamiento inefectivo R/C a no aceptación de la hospitalización.
- Déficit actividad recreativa R/C abulia y apatía.

### 2.3 Ejecución de las Intervenciones

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere: me voy a quitar la vida, porque me quieren hacer daño esos hombres.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Se observa irritable, se golpea la cabeza, por momentos triste, suspicaz e inquieto.</p>	Riesgo de autolesión R/C alucinaciones auditivas comendatorias.	Paciente no presentará pensamientos de autolesión durante su estancia hospitalaria con la ayuda del equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de funciones vitales.</li> <li>• Se retira todos los objetos potencialmente peligrosos del entorno, objetos punzantes, cortantes, cinturones, hoja de afeitar, cadenas.</li> <li>• Se vigila constantemente al paciente las 24 horas del día.</li> <li>• Se interactúa con el paciente y se le explica que hay una comunidad terapéutica y si desea integrar, se le orienta.</li> <li>• Se les incorpora a actividades en pequeños grupos invitándole a la terapia de musicoterapia.</li> <li>• Se le administra medicamentos farmacológicos prescrito por el médico (Haloperidol 5mg 1 ampo. cada 6 horas, Midazolam 5mg 1 ampo cada 6 horas).</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	Paciente queda en su unidad bajo vigilancia cercana.

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere: escucho voces, se ríen de mí, se burlan, me dicen que “estoy loco”, voy a destruirlos a esas mujeres.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Se observa con agitación psicomotriz, tira patadas, agresivo, grita, irritable, amenaza al personal, corre.</p>	<p>Riesgo de violencia dirigido a otras R/C conductas agresivas.</p>	<p>Paciente controlara su conducta violenta durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece una comunicación y empatía.</li> <li>• Se tiene una actitud conciliadora, persuasiva, con tono de voz firme sin levantar la voz.</li> <li>• Se le retira objetos que puedan ser peligrosos para la integridad del paciente y para quién este a su alrededor como silla, mesas, etc.</li> <li>• Se le controla funciones vitales.</li> <li>• Se traslada a un ambiente tranquilo y agradable sin ruidos para disminuir la agresividad del paciente.</li> <li>• Se retira a los demás pacientes próximo al paciente violento para no ser agredidos.</li> <li>• Se le explica al paciente que determinada acción no es un castigo, sino es una medida con el fin de ayudar y que será retirada en la brevedad posible.</li> <li>• Se realiza contención física o mecánica según indicación médica.</li> <li>• Se administra tratamiento vía parenteral Diazepam de 5mg 2amp C/8 horas.</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	<p>Paciente se observa más tranquilo.</p>

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos Subjetivos:</b> Paciente refiere: No duermo bien por las noches, me despierto, escucho voces, tengo pesadillas (me quieren matar).</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Paciente se observa: ojeroso, fastidiado, intranquilo, se levanta sueño interrumpido, irritable, cabizbajo.</p>	<p>Alteración en el patrón sueño R/C alucinaciones auditivas evidenciadas por somnolencia.</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Paciente recuperará su patrón sueño durante su estancia hospitalaria.</p> <p><b>Objetivo Específico:</b> Paciente dormirá toda la noche sin interrupciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le controla funciones vitales.</li> <li>• Se coordina con el paciente para ver qué actividad le gustaría realizar durante el día.</li> <li>• Se lo mantiene en actividad durante el día en lo que el paciente desea participar: terapia de música.</li> <li>• Se lo incentiva que se tome un baño corporal por las noches.</li> <li>• Se lo brinda comodidad y confort.</li> <li>• Se le traslada a un ambiente tranquilo, sin ruidos durante su descanso por la noche.</li> <li>• Se lo administra medicamento farmacológico prescrito por el médico Clonazepam 2mg (1) tableta por la noche.</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	<p>Paciente duerme 8 horas Continuas.</p>

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere: no me llevo bien con mi padrastro, me ve como si yo estoy enfermo, me desprecia. El familiar dice “yo vengo a visitarlo, porque yo lo considero como mi hijo, pero él me rechaza, porque cree que la maltrato a su madre”.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Se observa con ira, rechaza a la familia a la hora de la visita se torna molesto y hostil.</p>	<p>Alteración de los procesos familiares R/C al estado de salud.</p>	<p>Paciente mantendrá una adecuada relación familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece relación terapéutica, confianza (enfermera-paciente).</li> <li>• Se realiza comunidad terapéutica donde el paciente verbaliza todo su malestar de la familia.</li> <li>• Se le ayuda a fomentar el respeto y aceptación a la familia y aclarar sus ideas.</li> <li>• Se coordina con la familia para ver sus manifestaciones e inquietudes para mejor relación con el paciente.</li> <li>• Se le incentiva para que participen en terapia de familia para mejorar las relaciones interpersonales para una mejor convivencia.</li> <li>• Se coordina con el personal de psicología para que lleve terapia de familia.</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	<p>Paciente se lo observa más calmado, acepta la visita del familiar.</p>

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere: no sé porque tengo esta enfermedad, no conozco porque estoy acá en el hospital.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Se observa afligido, camina de un lugar a otro.</p>	<p>Déficit de conocimiento sobre la enfermedad R/C falta de información de su estado de salud.</p>	<p>Paciente logrará adquirir conocimiento acerca de su enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece relación terapéutica enfermera paciente.</li> <li>• Se le brinda información de la enfermedad utilizando términos sencillos y concretos que despierta el interés en el paciente.</li> <li>• Se explica la importancia de tomar sus medicamentos y se orienta porque está en el hospital.</li> <li>• Se le proporciona material educativo para ilustrar la información (vídeos, folletos, dibujos).</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	<p>Paciente está en proceso de entender su enfermedad.</p>

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere: estoy aburrido, quiero salir ya del hospital, deseo ir a mi casa.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Se observa cabizbajo con fases de preocupación, inquieto, se dirige con dirección a la puerta de salida.</p>	<p>Afrontamiento inefectivo R/C a no aceptación de la hospitalización.</p>	<p>Paciente será capaz de aceptar la hospitalización, con la ayuda del equipo de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se establece una relación terapéutica (enfermera-paciente) basado en la confianza y respeto.</li> <li>• Se interactúa con el paciente para expresar que actividades le gustaría realizar.</li> <li>• Se le incorpora a terapia de talleres como es de biohuerto.</li> <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente sobre sus miedos del ambiente y así ayudar al paciente adaptarse al entorno.</li> <li>• Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	<p>Paciente se observa más tranquilo durante la hospitalización.</p>

Valoración	DX	Planificación	Intervenciones	Evaluación
<p><b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere: me siento cansado, sin ganas de hacer ejercicios o algo.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Paciente no realiza actividades recreativas.</p>	<p>Déficit de actividad recreativa R/C abulia y apatía.</p>	<p>Paciente participará en las actividades recreativas de su elección, durante su estancia hospitalaria, con la ayuda del equipo de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le establece relación terapéutica de persuasión.</li> <li>• Se le incentiva al paciente para participar en talleres durante el día.</li> <li>• Se planifica conjuntamente con el paciente un programa de actividades para que pueda integrarse a las terapias como primero en música.</li> <li>• Durante la mañana se programa diversas actividades, por horarios de 10 a 11 dibujos y de 11 a 12 futbol.</li> <li>• Se realiza registros de enfermería.</li> </ul>	<p>Paciente logra participación parcialmente.</p>

## **CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **3.1 Conclusiones**

- El proceso del cuidado de enfermería sirve para brindar la atención científica, metódica y humanizado al paciente, familia y comunidad, contribuir a satisfacer sus necesidades para su pronta recuperación e inserción a la sociedad.
  
- Es relevante destacar la importante del conocimiento de la familia sobre los cuidados del paciente psiquiátrico.
  
- La visión del enfermero actual es empoderarse y manejar de forma continua el proceso de cuidados de enfermería como instrumento del método científico.

### **3.2 Recomendaciones**

- Incluir en el plan de desarrollo de las personas, cursos de actualización sobre el proceso de cuidados en enfermería.
  
- Incluir teniendo en cuenta la participación de la familia en el tratamiento y cuidados del paciente psiquiátricos a través de talleres, terapias y formación de grupo de familia.
  
- Los profesionales de enfermería deben ser especialistas para brindar un cuidado de calidad, humanizado, elaborar y actualizar protocolos de cuidado de enfermería en paciente psiquiátricos.

## Referencias Bibliográficas

- Aguilar, J. (2012) Cuidados de enfermería. Disponible en <http://aguilar1984.blogspot.pe/p/somos-enfermeros.html>
- Blasco, R. (2012). Fases de la Esquizofrenia. Disponible en <http://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/fases-de-la-esquizofrenia/>
- Cárdenas Suarez, L. (2004) Esquizofrenia. Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Disponible en <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
- Casa de Salud (2009) Las Fases de la Esquizofrenia. Disponible en <http://www.casadesalud.com.mx/articulos/las-fases-de-la-esquizofrenia/>
- Cuídate Plus (2003) Tratamiento de la esquizofrenia. Disponible en <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/psiquiatricas/2003/04/06/tratamiento-esquizofrenia-4438.html>
- De Mesquita Dumar, A. (2015) Salud mental y exclusión social: una análisis a partir de la esquizofrenia. Disponible en [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD\\_alinedemesquita.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD_alinedemesquita.pdf)
- Enfermedades y Acciones de Prevención (2017) Factores de riesgo. Disponible en <https://sites.google.com/site/enfermedadaccionprevencion/esquizofrenia/factores-de-riesgo>
- Google Imágenes. (2016). fisiopatología de la esquizofrenia. Obtenido de [https://www.google.com.pe/search?q=fisiopatologia+de+la+esquizofrenia&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj8lLuelJzXAhXECpAKHe92AvgQ\\_AUICigB&biw=1366&bih=662](https://www.google.com.pe/search?q=fisiopatologia+de+la+esquizofrenia&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj8lLuelJzXAhXECpAKHe92AvgQ_AUICigB&biw=1366&bih=662)
- Instituto de Salud Libertad S.AC (s/f) ESQUIZOFRENIA. Disponible en <http://www.saludlibertad.com/esquizofrenia/>

Nightingale, F. (2009) Modelo de Hildegarde Peplau. Disponible en <http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.pe/2009/09/model-de-hildegarde-peplau.html>

Nolasco Villa, M. (2015) Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrenico en el hogar. HVLH. 2014. Tesis posgrado. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima, Perú.

Sánchez Liqueste, E. (s/f) Esquizofrenia. Fundación hermanos Ortega. Disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6996/02esquizofrenia.pdf>

Wikipedia (2017) Etiología de la esquizofrenia. Disponible en [https://es.wikipedia.org/wiki/Etiolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_esquizofrenia](https://es.wikipedia.org/wiki/Etiolog%C3%ADa_de_la_esquizofrenia).

# Anexos





