



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA**



**Atención Integral de la Enfermera en la Estabilización del  
Paciente Esquizofrénico y Participación de la Familia  
en la Unidad de Cuidados Iniciales  
Hospital Hermilio Valdizán.  
Lima. 2008**

**Tesis para optar por el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería**

**Sor Clorinda Pilco Solis**

**Lima -Perú**

**2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

- A Dios por el don de la vida y la vocación, por todas las gracias recibidas durante mi formación profesional.
- Agradezco de forma especial a Sor María Luisa, por su generosidad y entrega incondicional en proveernos de lo necesario para nuestro estudio.
- A cada una de mis hermanas de comunidad.

## **DEDICATORIA**

- A todas las personas que de una u otra forma han colaborado con el desarrollo de este estudio científico que permitirá colaborar con el desarrollo teórico en el campo de la enfermería.

## INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1.1 Planteamiento y delimitación del problema .....	9
1.2 Formulación del problema.....	10
1.2.1 Problema general.....	10
1.2.2 Problemas específicos.....	10
1.3 Delimitación de los objetivos .....	11
1.3.1 Objetivo General .....	11
1.3.2 Objetivo Especifico.....	11
1.4 Importancia y justificación del estudio .....	12
1.5 Limitación del estudio.....	13
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL .....	14
2.1. Marco histórico .....	14
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema .....	14
2.3. Estructura teórica y científica que sustentan el estudio .....	17
2.3.1. Generalidades de la esquizofrenia.....	17
2.3.2 Papel de enfermería en una unidad psiquiátrica:.....	25
2.3.3. Teorías que sustentan la intervención de enfermería en la salud mental .....	33
2.4 Definición de términos.....	36
2.5 Hipótesis .....	37
2.5.1. Hipótesis general.....	37
2.5.2. Hipótesis específicas.....	37
2.6. Relación de variables.....	37
2.6.1 Variable independiente:.....	37
2.6.2 Variable dependiente: .....	37
Cuadro Nº 1 .....	38
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ENFERMERA Y ESTABILIZACIÓN .....	38
Cuadro Nº 2 .....	39
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA .....	39
CAPITULO 3: METODOLOGIA DE ESTUDIO .....	40
3.1.Diseño de investigación .....	40
3.2 Población y muestra de estudio .....	40
3.3.Técnica e instrumento de recolección de datos.....	45
3.4 Procedimientos de recolección de datos.....	45
3.5 Técnicas de procesamiento de datos.....	46
CAPITULO 4: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN .....	47
4.1. Presentación de resultados .....	47
4.2. Interpretación y discusión de resultados.....	53
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
5.1. Conclusiones del estudio .....	55
5.2 Recomendaciones del estudio .....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXO.....	59

## RESUMEN

La atención de cuidados que se brindan a los pacientes construye la esencia de la labor del profesional de enfermería, la cual debe enfocarse a una atención holística. Partiendo de esta consideración. El presente estudio titulado: “La atención integral de la enfermera en la estabilización del paciente esquizofrénico y participación de la familia en la unidad de cuidados iniciales del Hospital Hermilio Valdizán. Lima. 2008”, se planteó como objetivo general determinar la relación entre la atención integral de la enfermera en la estabilización del paciente esquizofrénico y participación de la familia en la unidad de cuidados iniciales del hospital Hermilio Valdizán. La investigación es de carácter cuantitativo y de tipo descriptivo se desarrollo bajo el diseño explicativo de corte transversal, el instrumento utilizado en el desarrollo del estudio fue la observación y la entrevista, la historia clínica para medir el nivel de estabilización del paciente y la atención que brinda la enfermera se utilizó una guía de observación y para medir el nivel de participación de la familia un cuestionario, ambos instrumentos fueron validados a través del criterio de Juicio de Expertos (0.879) y el Coeficiente de Alfa de Crombach (0.887), alcanzando un grado de confiabilidad significativo, estos instrumentos fueron aplicados en base a una muestra de 8 enfermeras que brindan atención a cuarenta (40) pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados iniciales durante los meses de octubre a diciembre de 2008.

Al final de las investigación pudo comprobarse todas las hipótesis, llegando a las siguientes conclusiones, se comprobó que, a) el nivel de atención integral que brindan las enfermeras en la Unidad de Cuidados Iniciales en su mayoría fue de regular medio, (b) el nivel de participación de la familia en el mejoramiento del paciente esquizofrénico fue de nivel medio, (c) la formación académica de especialización en psiquiatría de las enfermeras no influye significativamente en el

nivel de atención integral que ofrecen a sus pacientes, (d) los años de experiencia en el servicio si influye significativamente en el nivel de atención integral que ofrecen a sus pacientes, (e) los pacientes cuanto mayor número de reingresos presentaron permanecían menos tiempo en la Unidad de Cuidados Iniciales .

**Palabras claves: Atención Integral - Estabilización – Participación de la Familia**

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día se busca que el profesional de enfermería en salud mental debe estar preparado para hacer frente a la demanda de la población usuario, mostrando para ello conocimientos, habilidades y actitudes positivas para asegurar la calidad de la atención integral del paciente con limitaciones físicas y/o mentales.

La esquizofrenia es la primera enfermedad que conlleva a la pérdida de la memoria, afectando el pensamiento, percepción, voluntad y afecto; se dice que está en aumento cada vez más por la falta de tratamiento continuo y el seguimiento de las familias para poder apoyar y la falta de enfermeras que puedan seguir más de cerca, el objetivo de este trabajo es determinar la atención integral de la enfermera en la estabilización del paciente esquizofrénico y participación de la familia en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán. Lima. 2008.

El estudio de investigación se desarrollo en cinco capítulos:

- En el primer capítulo, se presenta el planteamiento, delimitación y formulación del problema, indicando adecuadamente la importancia, justificación del estudio, así los objetivos que persiguen se encuentran claramente definidos.
- El segundo capítulo, está integrado por el marco histórico y teórico que sustenta el estudio e incluye las investigaciones relacionadas con el tema, la estructura científica que sustenta el estudio y la definición de los términos básicos. Y se encuentran formuladas las hipótesis del estudio, así como la definición conceptual y operacional de cada una de las variables que intervienen en el desarrollo del estudio.
- El tercer capítulo refiere a la metodología del estudio, indicado el tipo y el método de la investigación, población de estudio, diseño, instrumentos de

recolección de datos, proceso de recolección de datos y tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

- En el cuarto capítulo se presentan los resultados así como la interpretación y el análisis respectivo de cada uno de los cuadros obtenidos.
- En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones al finalizar el estudio.

Se pasa a desarrollar el estudio, tomando en cuenta cada una de las recomendaciones dadas por la asesora.



# CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Planteamiento y delimitación del problema

Los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia (se presenta en un 25% de la población general), sino por el impacto en el sufrimiento y de estructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano (Colegio de Enfermeros del Perú. 2002).

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración -procesos crónicos-, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema de salud y a la propia sociedad. Por otra parte, la enfermedad mental requiere de complejos procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una supervisión y un importante número de contactos con los profesionales y, por tanto, un elevado consumo de recursos, se ha estimado que el 20% del gasto en salud mental, se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad. La esquizofrenia es una de las enfermedades que tiene una alta incidencia y prevalencia, por lo que es un serio problema de salud mental en todos los países del mundo.

En el 2001 la OMS, el Banco Mundial y la universidad de Harvard informaron que la esquizofrenia se encontraba entre las diez primeras enfermedades que constituye una “Carga Mundial y se estima que esta enfermedad a nivel mundial, representa aproximadamente 24 millones de personas que la padecerían a lo largo de su vida, Torres Gonzáles (2008), afirma que debido a la cronicidad, las tasas de incidencia son inferiores y aproximadamente se presenta 1/10 000 al año.

En el Perú, la esquizofrenia es uno de los principales trastornos mentales que

se atienden en los centros especializados de salud mental, en el año 2008 se reportaron solamente en el Hospital Hermilio Valdizán 10,692 casos de esquizofrenia reportados al MINSA.

La elección de este problema de investigación surge al haber observado durante la práctica clínica, en la unidad de cuidados iniciales, alta incidencia de pacientes con esquizofrenia que permanecían amarrados para evitar que agredieran a otras personas, ocasionando en algunos de ellos mayor agresividad, gritaban, agredían verbalmente a las personas que estaban a su lado. La gran parte del tiempo permanecía solos, alejados de sus familiares. La atención que recibían los pacientes por parte de la enfermera era la administración del tratamiento farmacológico, en la que se observaba poca participación de los familiares en el momento de visita.

## **1.2 Formulación del problema.**

De lo anterior se pueden derivar las siguientes interrogantes:

### **1.2.1 Problema general**

- ¿Cuál es la relación entre la atención integral que brinda la enfermera en la estabilización del paciente esquizofrénico y la participación de la familia en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán. Lima. 2008?

### **1.2.2 Problemas específicos.**

- a. ¿Qué característica presenta la atención integral de la enfermera a los pacientes esquizofrénicos de Unidad Cuidados Iniciales?
- b. ¿Cuál es el nivel de participación de los familiares de los pacientes esquizofrénicos en la Unidad de Cuidados Iniciales?
- c. ¿En qué medida la especialización del personal de enfermería influye en el nivel de atención integral que ofrece al paciente esquizofrénico?

- d. ¿Cuál es el nivel de estabilización de los pacientes esquizofrénicos en la Unidad de Cuidados Iniciales?
- d. ¿En qué medida la participación de los familiares influye en el nivel de atención integral que ofrece el personal de enfermería al paciente esquizofrénico?

### **1.3 Delimitación de los objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar la relación entre la atención integral de la enfermera en la estabilización del paciente esquizofrénico y participación de la familia en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán.

#### **1.3.2 Objetivo Especifico**

- a. Identificar el nivel de atención integral que ofrecen el personal de enfermería a los pacientes esquizofrénicos. en la Unidad de Cuidados Iniciales.
- b. Identificar el nivel de participación de los familiares de los pacientes esquizofrénicos en la Unidad de Cuidados Iniciales.
- c. Identificar si la formación académica y la especialización del personal de enfermera influye en el nivel de atención integral que ofrece al paciente esquizofrénico.
- d. Identificar el nivel de estabilización de los pacientes en el servicio de Cuidados iniciales
- e. Identificar en el nivel de atención integral que ofrece el personal de enfermera al paciente esquizofrénico, se relaciona con el nivel de participación de la familia

#### **1.4 Importancia y justificación del estudio**

La presente investigación busca determinar la atención integral que brinda la enfermera y su relación con el nivel de estabilización del paciente y la participación de la familia, la atención de la enfermera no solo involucra el dominio teórico de las ciencias biológicas, metodológicas sino que permite la comprensión del ser humano en todas sus dimensiones, para satisfacer las necesidades del paciente y fomentando la participación de los familiares. Los resultados del estudio podrán servir de pauta si la atención que brinda la enfermera es de buena calidad, y los pacientes se estabilizan logra la participación de la familia, motivando así que otras enfermeras adopten este modelo de atención.

Dada la alta incidencia de pacientes con esquizofrenia, en este sentido se pretende conocer en que medidas las enfermeras dan un cuidado satisfactorio de oportunidad, eficacia, continuidad e integridad en el accionar frente al paciente y la familia; “desde los enfoques de la identificación y comprensión del paciente y de la familia” el cuidado es el proceso que exige que el profesional enfermera esté implicada directamente. Y que aporte desde su realidad y creatividad, todos aquellos elementos que conllevan a ese saber, ser y hacer de la profesión.

Una de las funciones de la enfermera es educar a los familiares de los pacientes con esquizofrenia previa evaluación del nivel de información que poseen a fin de modificar ciertos prejuicios y patrones culturales erróneos, que les permita un acercamiento efectivo y satisfactorio con el paciente a través de una atmósfera de calor humano. aceptación y comprensión creando un ambiente familiar terapéutico.

Se espera que los resultados permitan tener una concepción más realista del quehacer de las enfermeras en el cuidado del paciente y familia, afín de que se establezca las estrategias que se orientan a la calidad del “cuidado de enfermería”.

### **1.5 Limitación del estudio**

Luego de ejecutarse el estudio se pudo evidenciar las siguientes limitaciones que fueron superadas por la investigadora:

- No existieron antecedentes de estudio relacionados con el tema que hayan sido realizados en el Hospital Hermilio Valdizán, por lo que la investigadora tuvo que tomar en cuenta el proceso metodológico de otros estudios realizados en contextos distintos al mencionado con la finalidad de contrastar resultados y analizar los mismos desde realidades diferentes.
- Falta de disponibilidad por parte del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Iniciales, por lo que la investigadora tuvo que concientizar a las mismas explicándoles la importancia de ejecutar el estudio y la confidencialidad de la información recabada, luego de ello, las enfermeras mostraron una mejor actitud.
- Los resultados solo podrán generalizarse al contexto donde se realizó el estudio debido a que la muestra de informantes se seleccionó de forma intencional no probabilística.

## **CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

### **2.1. Marco histórico**

El 1873 Linda Richard (2007), mejoró los cuidados de enfermería en los hospitales psiquiátricos y organizó los servicios de enfermería y programa educativo en los hospitales mentales estatales, Linda es conocida como la primera enfermera psiquiatra, estadounidense, fue básica su teoría del cuidado de su aseveración; “es razonable afirmar que el enfermo mental debería ser cuidado al menos igual que el enfermo con otras afecciones físicas.

Las primeras escuelas de preparación personal de enfermería para cuidar enfermos mentales, se abrió en el hospital Malean en Waverly, Massachussets, en 1882 el programa duró 2 años enfocado en necesidades físicas del paciente, nutrición higiene y actividades en la sala. En 1913 Johns Hopkin fue la primera escuela de enfermería que incluía, un curso totalmente desarrollado en el cuidado de enfermería psiquiatra.

Pronto otras escuelas lo siguieron. En los finales de la década de 1930 se reconoció la importancia de la formación de enfermería psiquiátrica, en los programas de las escuelas, el modo de incrementar los conocimientos psiquiátricos en los cuidados de enfermería a brindar, así como la atención en general para todas las enfermedades.

### **2.2. Investigaciones relacionadas con el tema**

García Correa (2006), en su estudio titulado: “Actitud de la enfermera hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizán”. La investigadora se propuso como objetivo general: determinar la actitud de la enfermera hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia. Además de los objetivos específicos que se mencionan a continuación: a) identificar la actitud de la

enfermera hacia la satisfacción de las necesidades biológicas del paciente con esquizofrenia, b) identificar la actitud de la enfermera hacia la satisfacción de las necesidades psicoemocionales del paciente con esquizofrenia, c) identificar la actitud de la enfermera hacia la satisfacción de las necesidades sociales del paciente con esquizofrenia.

Las principales conclusiones a las que se llegó en el estudio fueron: a) En la relación de la actitud de la enfermera hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia, es un poco más de la mitad de las enfermeras predomina una actitud indefinida, seguido por un grupo pequeño con la actitud favorable y finalmente con otro grupo igual de pequeño con actitud desfavorable, lo que significa que la mayoría de los personales no esta orientado debidamente sus actitudes hacia una adecuada atención integral del paciente colocando en riesgo a dilatar su recuperación a lo que es peor a una mayor deterioro de su salud. b) En cuanto a la actitud de la enfermera hacia la satisfacción de las necesidades biológicas del paciente con esquizofrenia, más de la mitad de enfermeras presentan actitudes entre indefinida y desfavorable, lo que significa que el personal de enfermería tiene que afianzar sus compromisos de la satisfacción de dicha necesidades, ya que estas son esenciales para garantizar la vida del hombre, así mismo es importante resaltar la presencia de una cifra considerable es decir casi cerca de la mitad de enfermeras con actitud favorables las cuales constituyen un soporte en el mantenimiento de la satisfacción de las necesidades biológicas de estos tipos de pacientes. c) Respecto a la actitud de la enfermera hacia la satisfacción de las necesidades Psicoemocional del paciente con esquizofrenia predomina la actitud indefinida en más de la mitad de enfermeras con actitud desfavorable; obtenemos que la mayoría de los profesionales no están direccionado sus actitudes hacia el logro equilibrio psicoemocional del esquizofrénico, situación que es preocupante dado que el esta esfera es donde la enfermara debe profundizar sus conocimientos y habilidades para

ayudar a disminuir sus temores y la angustia que lo agobian y así evitar complicaciones en los pacientes. d) Respecto a la enfermera hacia la satisfacción de las necesidades sociales del paciente con esquizofrenia más de la mitad tienen actitudes favorables, lo que indica que el profesional contribuye significativamente en la integración del paciente con su familia y su entorno.

Barrios Sarmiento (1995), en su estudio titulado: “Influencia de la participación de la familia en la readaptación social del paciente esquizofrénico en el consultorio externo del Instituto de Salud Mental Hermilio Valdizán”. La investigadora se propuso determinar si la participación de la familia se relaciona con la readaptación social del paciente esquizofrénico. Además de este objetivo general se derivaron los siguientes: (a) determinar el nivel de conocimiento de los familiares sobre la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, (b) determinar en nivel de participación de la familia y (c) identificar el porcentaje de pacientes que muestran signos de readaptación social.

Las conclusiones a las que arribó la investigadora fueron las siguientes: (a) El mayor porcentaje (36,7) de los familiares de los pacientes presenta un nivel de conocimiento regular siendo un porcentaje inferior (16, 7%) que presenta un nivel de conocimiento excelente. (b) Los familiares tienen un claro conocimiento del tratamiento con fármacos sin embargo desconocen las causas de la enfermedad, no identifican correctamente los síntomas ni acciones que promueva a la rehabilitación encontrándose una relación inversa significativa en el nivel de conocimiento y la efectividad de la participación en la readaptación social, lo que confirma la hipótesis. (c) Acerca de la participación de los familiares existe un alto porcentaje que se relaciona en forma poco efectiva y un mínimo porcentaje en forma efectiva evidenciando claramente una relación de la familia y el grado de readaptación social por lo tanto se acepta la hipótesis. (d) En cuanto a la readaptación social existe mayor porcentaje de paciente poco mayor porcentaje de pacientes poco adaptados



con una tendencia de regresar con la presencia de síntomas psicóticos.

## **2.3. Estructura teórica y científica que sustentan el estudio**

### **2.3.1. Generalidades de la esquizofrenia**

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, que se inicia generalmente en la adolescencia, que tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad para la cual, hasta el momento no existe un tratamiento curativo, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos. La esquizofrenia, Según Kraepelin, la esquizofrenia es una enfermedad o grupo de trastornos que comprenden una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento

La Real Academia (2004), afirma que la esquizofrenia es un grupo de reacciones psicóticas caracterizadas por un trastorno básico de las relaciones y la incapacidad para pensar y comunicarse con claridad, se produce un trastorno del pensamiento de la percepción y de la afectividad que dan lugar a una inadecuada relación en los aspectos sociales y laborales.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008): "La Esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y (generalmente) capacidad intelectual conservada. Las características conductuales, afectivas y cognitivas de la esquizofrenia puede dividirse en dos grupos; síntomas positivos incluyen las conductas que son diferentes de los patrones habituales de la mayoría de las personas; se ven más durante la fase aguda; Los síntomas negativos tienden

problemas crónicas.

### **2.3.1.1 La epidemiología de la esquizofrenia**

La esquizofrenia es una enfermedad relativamente frecuente, afecta a un 1 % de la población tiene un inicio durante la adolescencia y comienzos de la edad adulta, siendo su aparición mayormente en varones entre los 15 y 24 años de edad, y el de la mujeres ocurre entre 25 y 35 años.

La etiología de la esquizofrenia no tiene una causa exacta existen distintas combinaciones de factores tales como predisposición genética disfunciones bioquímicas, otras alteraciones fisiológicas y estrés psicosocial. En los factores genéticos aún no se ha descubierto marcadores fiables, incidencia de la población alrededor del 1 %. Factores biológicos bioquímicos: Hipótesis dopaminérgica, el exceso de dopamina en el cerebro sugiere que la esquizofrenia tiene relación con su exceso de producción o la falta de la enzima responsable de su catabolismo, agrandamiento de los ventrículos que aparece en algunas personas con trastorno esquizofrénico. Factores psicoanalíticos: una mala adaptación en la fase más precoz del desarrollo conduce al subdesarrollo del ego. Factores interpersonales: Gail (2006), describió que algunos tipos de relación padre-hijo caracterizadas por una ansiedad intensa conducirían después al desarrollo de la esquizofrenia. Factores conductistas: la conducta psicótica es aprendida a partir de una carencia de refuerzos, no se refuerzan las conductas adecuadas del niño. Factores familiares: las familias con interacciones y desarrollos defectuosos producen en el niño respuestas anómalas pero adaptativas, los problemas de comunicación entre los padres constituyen una buena predisposición a la esquizofrenia.

### **2.3.1.2 Tipos de trastornos esquizofrénicos**

- **Simple:** se caracteriza por una pérdida lenta e insidiosa a un estado de disminución afectivo gradual, común en la adolescencia temprana y en la

juventud, se observa notable indiferencia, inactividad, aislamiento, falta de iniciativa y tendencia funcionar con mínimo de esfuerzo y a limitar el ámbito vital.

- **Catatónico:** El catatónico se caracteriza por un inicio súbito, generalmente relacionado con una experiencia traumática. La duración de la fase aguda puede ser breve: pero son comunes las recurrencias después de la postración y el estupor puede ocurrir episodios repentinos, se caracteriza por actividad motora excesiva a veces violenta, y otro se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cérea.
- **Desorganizada o hebefrenica:** Tipificado por síntomas afectivos o ideoverbales. Es notable la euforia insulsa, con risa fácil sin razón aparente o la incongruencia afectiva en sus expresiones. Las ideas delirantes son pobres. Presenta manifestaciones regresivas y una profunda desorganización del pensamiento y el lenguaje.
- **Esquizoafectivo:** Consiste en una combinación de síntomas depresivos o maníacos junto con otros de los considerados típicamente esquizofrénicos, evolucionando de manera episódica.
- **Paranoide:** se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones sobre todo auditivas, delirios y alucinaciones, a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 30 y 40 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

### 2.3.1.3 Síntomas y signos

#### Síntomas positivos

Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

- **Alteraciones del pensamiento:** (a) **delusión de daño**, es un pensamiento falso, que se presenta en el mente del paciente, el cree que le van a hacer

algún daño o prejuicio y toma las precauciones para evitarlo. (b) **De persecución**, el paciente tiene la firme convicción que tiene enemigos que lo persiguen o lo buscan para hacerle algún mal. **Alteración de la percepción:** (a) **Alucinaciones Auditivas imperativas**, estas alucinaciones son las más comunes, los pacientes escuchan voces, y son capaces de escuchar que se burlan del él. (b) **Alucinaciones visuales**, el paciente ve objetos que no existen y puede ser aumentada o disminuidas de tamaño, presenta un pensamiento disgregado, ambivalencia, estereotipias. Agresión física o verbal: es el comportamiento caracterizado por atacar ya sea física o verbal a otra persona. Hiper erotismo: el paciente presenta una intensidad y persistencia del impulso sexual o la exageración del deseo y del placer sexual.

- **Alteración de la voluntad** (a) **Abulia**, Es la incapacidad para realizar un acto voluntario o la falta de interés e iniciativa para hacer algo. (b) **Negativismo**, Es la oposición por parte del paciente a obedecer las órdenes que se le imparten, es decir manifiesta un rechazo total a las influencias o estímulos externos.

#### **Síntomas negativos**

- **Alteración del pensamiento:** (a) **Pensamiento inhibido lentificado**, Es un pensamiento de curso muy lento, el paciente se queja de falta e concentración, se expresa en voz baja, el ánimo es triste, el tono monótono.
- **Alteraciones del afecto:** (a) **Apatía**, El individuo se muestra indiferente a cuantos lo rodean. (b) **Anhedonia**, incapacidad para disfrutar de los placeres. Estos síntomas negativos son difíciles de detectar o definir porque ocurren en la continuidad con la normalidad, además de ser posiblemente provocados como efectos secundarios al medicamento.

#### **2.3 1.4 Medios de diagnóstico**

- **Anamnesis:** estudio biográfico del paciente.
- **Estudio neurológico:** Presencia de movimiento en el espejo, confusión derecha izquierda, movimientos musculares anormales en reposo.
- **Análisis de laboratorio:** para destacar algunas sustancias tóxicas o un tratamiento subyacente de tipo endocrino o neurológico que puede tener algunas características de psicosis.
- **Tomografía axial computarizada (TAC) y Resonancia magnética (RM):** se usa para observar anomalías cerebrales.

#### 2.3.1.5. Curso de la enfermedad

El curso típico de la esquizofrenia suele ser con exacerbaciones episódicas de síntomas positivos y fases de remisión parcial con síntomas negativos, con frecuencia empiezan con una secuencia de fases:

- **Fase prodrómica.** Se produce antes de la crisis, con alteración en la conducta social (aislamiento) y afectiva, falta de higiene, pérdida de interés por las cosas que le rodean.
- **Fase activa,** predominan los síntomas de alucinación, las ideas de delirio, de agresividad y pensamiento gravemente desorganizado, se desencadena la enfermedad con predominio de síntomas positivos.
- **Fase residual.** Deterioro social, laboral y personal. Signos y síntomas positivos llegan a su culmen.

#### 2.3.1.6 Tratamiento

El principal tratamiento es el **farmacológico** La esquizofrenia como se mencionó anteriormente, no es curable, sin embargo, con la ayuda de los medicamentos, es posible disminuir las alucinaciones del paciente. El objetivo del

tratamiento farmacológico es prevenir o retrasar las recaídas. Entre los fármacos para el tratamiento de la esquizofrenia se pueden clasificar en:

- **Fármacos Antipsicóticos Convencionales o mayores**

Poseen en común la capacidad de mejorar las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones de las psicosis. A pesar de las variaciones en su estructura, su mecanismo de acción común es el bloqueo de receptores D2 en regiones mesolímbicas y nigroestriatales. Ningún fármaco ha demostrado ser superior a los otros en eficacia, sin embargo, por una razón desconocida un paciente en particular puede responder a un medicamento y no a otro. Resulta útil, desde el punto de vista clínico, distinguir entre los neurolépticos de alta potencia y aquellos de baja potencia por el perfil de 13 Orientaciones técnicas.

- **Fármacos Antipsicóticos Atípicos**

Representan una alternativa a los convencionales. En la actualidad se dispone de varios fármacos de este tipo y, presumiblemente, su número aumentará en el futuro. No se ha logrado consenso aún en qué consiste precisamente la "atipicidad" de estos nuevos fármacos. Se han señalado algunas características que pueden ser indicadoras de esta condición. Una de ellas es la escasa incidencia con que se inducen efectos motores de tipo extrapiramidal. Estos fármacos comparten dos características principales: acción a nivel mesolímbico con escaso efecto a nivel nigroestriatal y una afinidad de receptores mayor para 5-HT<sub>2</sub> que para D2. Esto se traduce en un efecto sobre los síntomas psicóticos con baja incidencia de síntomas extrapiramidales.

- **Tratamiento de electro convulsivo (TEC):**

Consiste en la utilización de una corriente eléctrica para inducir crisis convulsiva, es la introducción de una corriente eléctrica a través de dos tipos de electrodos, bitemporales (BL; un electrodo situado en la región temporal) y temporales unilaterales en el hemisferio no dominante (RUL; dos electrodos que se colocan en la región temporal derecha o izquierda del paciente. Después de la preparación, los electrodos húmedos se colocan en un sitio firmemente y se producen una convulsión tónica – clónica 5 a 15 minutos después de la introducción de una corriente de 70 a 130 voltios durante 0.1 a 0.5 segundos.

- **Tratamiento Psicoterapéutico**

- **Terapia ambiental:** varía de la terapia conductual a los abordajes humanistas. Hay programación de las actividades pre social, un modelo es la economía de fichas de aprendizaje social.
- **Terapia grupal:** es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales permite la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad, lo importante de esta terapia es que pueda comportarse adecuadamente dentro del hogar como en la vida.
- **Terapia individual:** este contraindicado, pero aún se usa. El entorno debe permitir la distancia física entre el paciente y el terapeuta, es muy importante el respeto por el paciente.
- **Terapia familiar:** suele ser muy beneficiosa, las intervenciones terapeutas de este tipo ayudan al paciente a enfrentarse a los efectos de su enfermedad, lo importante de esta terapia, es la educación a la familia sobre la enfermedad, en la que se hará hincapié en el uso de los psicofármacos y de ellos dependerá que el paciente cumpla el tratamiento indicado.

### 2.3.1.7 Pronóstico

Los pacientes logran llevar una vida relativamente normal (20% - 30%), experimentan signos moderados (20% - 30%), y el (40% - 60%), llevan una vida perturbada por el trastorno.

- **Factores de buen pronóstico:** inicio a edad tardía, comienzo agudo de la enfermedad, buen cumplimiento del tratamiento, apoyo incondicional de la familia.
- **Factores de mal pronóstico:** inicio a edad temprana, comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad, prevalencia de síntomas negativos, trastorno previo de la personalidad, historia, ambiente familiar y social desfavorable, abandono del tratamiento.

La mejor manera de prevenir las recaídas es continuar tomando los medicamentos indicados, puesto que son los efectos secundarios una de las razones principales por las que las personas con esquizofrenia dejan de tomar los medicamentos.

### 2.3.1.8 Estabilización de la enfermedad

Durante la primera parte de la fase de estabilización el propósito es disminuir el estrés y dar soporte minimizando el riesgo de una recaída. Favorecer la readaptación a la vida en comunidad y de ayudar a la consolidación de la remisión.

Las intervenciones terapéuticas deben enfatizar el apoyo y pueden ser menos directivas que en la fase aguda. Durante esta etapa se debe comenzar el programa educativo con el paciente, enfatizando aspectos prácticos sobre los fármacos (por ejemplo, cómo manejar los efectos colaterales), manejo de los síntomas de la enfermedad, reconocimiento de signos de recaída. En esta etapa se deben ajustar las expectativas de los terapeutas y de los familiares, a las capacidades reales de los pacientes, evitando la presión y los ambientes sobreestimulantes., Es importante el



control y continuidad en el tratamiento, debiéndose tomar todas las medidas para que el paciente no abandone el tratamiento, por una mala coordinación de los servicios.

En esta fase el paciente puede exhibir dos patrones diferentes.

- El paciente puede estar asintomático o no manifestar síntomas psicóticos (aunque puede mostrarse irritable, tenso, ansioso, deprimido o con síntomas negativos).
- El paciente puede tener persistencia de síntomas positivos, pero en menor magnitud que en la fase aguda (el paciente puede estar alucinado, con ideas delirantes).

### **2.3.2 Papel de enfermería en una unidad psiquiátrica:**

Dentro de la institución hospitalaria la enfermera forma parte del grupo de ayuda terapéutica. Como parte activa de este equipo asistencial, la enfermera adquiere un papel, fundamental. El hecho de que el personal de enfermería conviva prácticamente las veinticuatro horas del día con el paciente ingresado en la unidad Psiquiátrica de hospitalización, dota a este de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria. Pero este hecho está en función de lo que el equipo decida, de cual va ser el papel de equipo de enfermería dentro del mismo.

En definitiva el rol de enfermería dentro del equipo, que asiste al paciente psiquiátrico es igual al de otro miembro del mismo, siempre en función de la formación del personal, que no debe ser abandonada en ningún momento para seguir en constante evolución.

#### **2.3.2.1 Enfermería y cuidado**

Desde su origen la enfermería, ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado material intuitivo y amoroso. Cuidar es también una forma de amor,

de expresión, de sentimientos volcados en un hacer. Hackspiel (1998), enuncia que el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones y además capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Sister Simone Roach dice que el cuidado humano no es otra cosa que la forma humana de ser conscientes en cinco atributos: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso. Striklaad (1996), enuncia que el cuidado humano es la fuente de nuestra conciencia y se manifiesta en el cuidado, como la expresión de nuestra humanidad y reflexión de nuestros valores, principios profesionales y personales.

### **2.3.2.2 Rol terapéutico de la enfermera psiquiátrica**

La enfermera psiquiatra, en la relación terapéutica debe ser capaz de ser ella misma aceptando sus características personales, sus capacidades sus limitaciones, esto significa comportarse al igual con todo el mundo. Se trata de no establecer una relación estereotipada con una actitud rígida. Para el buen desarrollo de la relación terapéutica es necesario estar tranquilo, sentirse cómodo, mostrar una actitud respetuosa con el enfermo, lo que es quizás un elemento indispensable para poder conseguir unos objetivos terapéuticos, algunos autores lo consideran un elemento más de empatía. Esta actitud de respeto se demuestra a través de conductas verbales como no verbales, desde la disposición para dedicarle tiempo. El papel de la enfermera en ocasiones puede actuar como agente de cambio, bien para favorecer paso a estudios del desarrollo más avanzado o bien para ayudar a resolver las situaciones cambiantes.

En la elaboración de la comprensión empática, las habilidades de la enfermera comprende la observación de las conductas tanto verbales como no verbales del enfermo, sobre todo aquellos aspectos de la conducta no verbal que

indica los sentimientos que experimentan (expresión tristeza, el entrecejo, tono de voz etc). El rol de La enfermera se establece a través de múltiples interacciones terapéuticas, de la naturaleza de estas relaciones, surgen características diferentes en las relaciones sociales que habitualmente se establecen con otras personas.

La enfermera en psiquiatría, cumple una función educativa como parte de su labor profesional, en la que a través de un conjunto de actividades, da orientación al paciente y familia mediante contenidos educativos.

Morrison (2003), refuerza la idea de la importancia que tiene para las enfermeras un programa de formación en relación de ayuda, pues sus beneficios no son sólo en la relación enfermera paciente, sino también para el desarrollo personal de la enfermera. Sin embargo, las infraestructuras actuales de las unidades de hospitalización tampoco ayudan o favorecer la relación por el ruido ambiental, habitaciones dobles, triples, frecuentes iteraciones etc. Wrigt (1993), citado por Antonio y Cols. (1997), establece que las relaciones persona- enfermera no deben basarse únicamente en la intuición de cada profesional, sino que debe realizarse de forma sistemática y con una buena preparación científica.

### **2.3.2.3. Elementos claves de atención en la esquizofrenia**

Entre los elementos que favorezcan la continuidad de cuidados entre los distintos profesionales, implicados en el proceso de tratamiento, prevención de las recaídas, mejora de la accesibilidad y participación del paciente tenemos:

- **Establecer comunicación y construir una relación de confianza:** se debe mostrar aceptación del paciente como persona, hablándole con vocalización clara usando frases cortas y palabras concretas, mostrando una forma de aceptación al paciente para que muestre una actitud calmada y relajada. Interesarse por todo lo que el paciente relate en un momento de confesión, o dialogo sostenido con el mismo. Al interesarnos por sus actividades

demostramos interés, el cual él lo tomará como un halago hacia sí.

- **Disminuir la conducta inhibida, con objetivos simples:** debemos pasar el tiempo necesario con el paciente, conocerlo y darnos a conocer cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente debemos dirigir nuestro interés y cuidados para ayudarlo a expresarse. En el transcurso de los cuidados solo prometerle aquello que se pueda cumplir en forma realista, sin incentivar las expectativas del paciente. Brindarle la oportunidad para que aprenda a reconocer que sus sentimientos son válidos y no difieren de los demás. Debemos tratar de limitar el ambiente físico donde este se desplaza normalmente, para que creamos un espacio seguro y así aumenten sus sentimientos de seguridad. Una vez establecida, la relación personal con el paciente debemos tratar de comenzar con interacciones una a una, para que el paciente pueda integrarse en pequeños grupos según lo tolere. De esta manera lograremos una introducción progresiva en un grupo social que fomentará sus relaciones personales con los demás. Se deben limitar las actividades de grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulo que esto entrañe. Cada paso que demos junto al paciente debe ser parte de una rutina, de la cual debemos explicarle toda variación de la misma.
- **Aumentar la autoestima del paciente y los sentimientos de valor:** para aumentar su autoestima debemos proporcionarle atención en una forma sincera y con interés, de esta manera se sentirá apreciado e importante en la relación enfermero paciente. También debemos apoyarle en todos sus éxitos, e incentivarlo a que siga progresando en las interacciones con los miembros del equipo terapéutico y los demás miembros del grupo. Debemos animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. También el enfermero puede ayudar al paciente a mejorar su aspecto, auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista procure el lavado de sus ropas,

etc. Debemos ayudarlo aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo, tratando evitar no hacer lo que él pueda hacer ya que esto generara dependencia innecesaria. Todo esto se logra procurando pasar el tiempo necesario con el paciente.

- **Favorecer el descanso y sueño:** enseñarle al paciente que tiene que dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el transcurso del día. Debemos percibir en el paciente los signos de fatiga, que delaten una alteración en sus patrones de sueño, por lo que se debe animar al paciente a llevar una rutina de sueño durante la noche, limitando su actividad nocturna trasladándolas hacia el día. Tratar de que tenga los elementos necesarios para conciliar un sueño placentero.
- **Orientar al paciente en la realidad:** la orientación del paciente se efectúa, a raíz de que con frecuencia pierden el sentido de orientación con respecto a la persona, lugar y tiempo. Por lo que debemos llamarles por su nombre, decirles el nombre del enfermero referente, indicarles en donde se encuentra, darles fecha, hora, según sea necesario. Se le debe brindar toda la información que ellos no puedan recordar con facilidad sin contrariar sus dichos o pensamientos.
- **Incrementar la capacidad del paciente para diferenciar entre el concepto de si mismo y el ambiente externo:** para esto debemos hacer que el paciente sepa distinguir entre lo real y lo no real. Valorar las percepciones reales del paciente y corregir los errores de percepción de forma apartada de los hechos. No debemos contradecir la poca validez de sus percepciones ni tampoco apoyar las mismas, ya que esto las incrementaría y generaría una visión confusa de la realidad dando validez a sus alucinaciones.
- **Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:** debemos permanecer con el paciente, si tiene miedo, brindarle compañía y afecto, a veces tocarlo o darle la mano puede resultar terapéutico. Pero antes debemos evaluar la eficacia

del uso del contacto físico en cada paciente antes de usarla en forma consistente. Ya que todo tipo de contacto no siempre es bien percibido por todos los paciente, como un acto inofensivo. Para reforzar las prioridades debemos ser sencillos, honrados y concisos cuando hablemos con el paciente, generalmente proyectamos una imagen a la cual podrá imitar. Para llevar una conversación con el paciente tenemos que hablar de temas concretos y simples, evitando las discusiones ideológicas o teóricas sobre un tema. Hablar de temas actuales y de interés general, el enfermero debe estar dispuesto a hablar de todo tipo de temas. De esta manera podremos comenzar a trabajar sobre este dirigiendo las actividades que sean necesarias para ayudarlo a aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella. Para ello podemos usar terapias recreativas ocupacionales cuantas veces sea necesario.

- **Brindar un ambiente seguro para el paciente:** si el paciente se encuentra dentro de un servicio psiquiátrico, para reafirmar la seguridad del medio que lo rodea, debemos explicarle los procedimientos que se siguen en el servicio en forma breve y simple. Pero si no se encuentra dentro de un servicio, como en la mayoría de los casos, ayudarlo a identificar el ambiente seguro del lugar donde habita, reconocer a las personas que en él viven o transitan, los nombres de las mismas, reconocer sus pertenencias y objetos a los cuales tiene acceso. En este caso se deben evitar las tendencias autodestructivas del paciente, por lo que el enfermero evaluará y retirará aquellos objetos que puedan ser usados para auto flagelarse. El enfermero debe tratar de anticipar las reacciones del paciente en respuesta a sus alucinaciones auditivas, para evitar acciones nocivas para sí mismo y para los demás.
- **Conservar un ambiente seguro para los demás. (familia, pacientes, amigos)** debemos ayudar a los demás a aceptar las conductas, “extrañas” del paciente dentro de su grupo social. Dar explicaciones simples de sus acciones cuando sea

necesario por ejemplo: “el paciente esta muy enfermo en este momento, necesita nuestra comprensión y apoyo”. Considerar las necesidades de los miembros de la familia y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentre a disposición de la misma, brindándoles apoyo emocional y toda la información necesaria sobre la patología.

- **Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva:** recordar que la regresión en un retorno pro positivo (consiente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento, un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio. Debemos evaluar el nivel de funcionamiento del paciente para partir desde ese punto, su atención y cuidado. Debemos establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto. Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva. Alentando a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad. Establecer objetivos realistas. Marcar los objetos y expectativas cotidianas. Procurar que el paciente se percate de lo que se espera de él.

#### **2.3.2.4 Nivel de participación de la familia como elemento incluido en los**

##### **Cuidados:**

La familia desde los tiempos de Florence Nigtingale, el personal de enfermería ha implicado a los miembros de la familia en el cuidado de los pacientes con cardiopatía, cáncer, diabetes y trastornos similares .en cambio de los enfermos mentales han sido consideradas durante muchos años como parte del problema y no de solución. Sin embargo en la década .de (1990) Las percepciones de los profesionales sobre los familiares cambiaron de forma radical.

El personal de enfermería psiquiátrico trabaja actualmente con los familiares a todos los niveles. La competencia en esta área reforzará la evolución del personal de

enfermería en las necesidades individuales familiares y los recursos, potenciando la capacidad para seleccionar las intervenciones. El conocimiento de los principios de la dinámica familiar y sus actuaciones, es de importante ayuda al personal de enfermería para hacer observaciones más precisas. La enfermera debe tratar de convencer a las familias a que ayude al paciente animándolas a intervenir de forma activa en el tratamiento, rehabilitación, mejoramiento de sus conocimientos y capacidad de afrontamiento de los pacientes y sus familiares.

Existe un gran consenso sobre la importancia de contar con un entorno familiar cooperante para abordar la enfermedad. Las intervenciones familiares están destinadas por una parte, a elaborar el proceso de duelo por la enfermedad y a fortalecer sus recursos a través de las siguientes líneas de acción.

- Comprometer en forma temprana a la familia al tratamiento en una atmósfera sana.
- Promover a la familia con información actualizada (modelo de la vulnerabilidad factores de riesgo, cambios en el pronóstico de los tratamientos etc.).
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar habilidades de comunicación mejorando la expresión de emociones tanto positivas como negativas en un ambiente constructivo.
- Entrenar en la resolución de problemas para mejorar las dificultades derivadas de la convivencia con el paciente, para enfrentar eventos estresantes, para anticipar posibles dificultades etc.
- Contribuir a la resolución adecuada de la crisis.

Estas intervenciones educacionales deben ser complementadas a menudo con intervenciones específicas para cada familia, la intervención de los familiares no debe reservarse sólo a las familias con alta expectativa emocional (crítica,



hostilidad, sobre implicación), sino deberían ser parte del plan de tratamiento de todo paciente.

### **2.3.3. Teorías que sustentan la intervención de enfermería en la salud mental**

Para entender las teorías sobre la enfermería en salud mental, la enfermera necesita tener una comprensión general del proceso de elaboración de las teorías. Proporcionan una organización del pensamiento, observando e interpretando el proceso de enfermería. Dentro de la teoría de enfermería en salud mental tenemos teoría general de sistema, que comprende un conjunto de elementos que interaccionan y pueden ser abiertos o cerrados, se aplica bajo los dos elementos. En la salud mental la familia puede verse como un ejemplo tanto del sistema abierto como cerrado. La unidad familiar si es cerrado por el movimiento de la energía, materia o información se queda dentro de la unidad familiar. Según la teoría de las necesidades humanas: se basa en cubrir las necesidades es lo que organiza la conducta de una persona, las diferencias en las necesidades físicas o de estima y el sentirse que no es amado y cuidado, afecta a las respuestas de la persona y a las otras necesidades y puede dar como resultado que la persona se sienta desamparado e inferior.

- **Según Peplau:** (1952), en la relación interpersonal en enfermería, Hildegard Peplau analizó la acción de enfermería utilizando la acción de la teoría de la comunicación. Las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda. Peplau reconoció cuatro fases en la relación terapéutica: (a) **Primera fase: orientación**, se caracteriza por la toma de contacto con el cliente, los individuos reaccionan de manera distinta frente a

la enfermedad. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda. (b) **Segunda fase: identificación:** EL paciente se identifica con el problema que debe afrontar, experimenta sentimientos generales pocas: dependencia, incapacidad, egoísmo o ganas de llorar, la enfermera orienta y explora dichos sentimientos para ayudar a desarrollar sus fuerzas positivas y así poder satisfacer sus necesidades. (c) **Tercera fase: aprovechamiento:** El paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación, sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece, teniendo más exigencia con la enfermera, puede proyectarse a nuevos objetivos alcanzados a través de su esfuerzo personal. (d) **Cuarta fase: resolución:** Se da por finalizada la relación con el cliente, aparecen nuevas metas: reintegrarse al trabajo, volver a casa. Si al llegar a casa el paciente puede contar con la ayuda de los suyos y quizás con la de la enfermera de salud pública, podrá integrar esta experiencia de enfermedad y hacer de ella una verdadera experiencia vital con la que habrá progresado hacia una mayor madurez.

La fase de resolución no coincide siempre con el final de la enfermedad. A nivel biológico, el paciente puede ser dado de alta, pero psicológicamente, su enfermedad no ha sido “resultante integrada”

- **Dorothea Orem. “Teoría general de la enfermería”:** la teoría general de la enfermería de Dorothea Orem, desarrolla las necesidades del ser humano compuesta por tres teoría relacionadas entre si. Teoría del Autocuidado, Teoría déficit de Autocuidado y Teoría de los sistemas de Enfermería. Se debe tener en cuenta los siguientes términos: (a) **Persona**, Orem la define como paciente un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos, sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. (b) **Entorno**, es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos,

químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (c) **Salud**, esta definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de las función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales incluyen la promoción y el mantenimiento de la salud. (d) **Enfermería**, como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proporciones que se han establecido entre los conceptos de la persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cuidar demandas de autocuidado terapéutico o cubrir demanda de otros”.

- **Juane Mellow.** Fue el que introdujo el segundo abordaje teórico de la enfermería psiquiátrica, cinco años después de que Peplau presentara su estudio sistemático para la enfermería psiquiátrica. A diferencia Mellow se basó en la teoría psicoanalítica del proceso de enfermería trabajando con pacientes esquizofrénicos, desarrolló una relación simbiótica entre paciente y enfermera pensando en que la enfermera debería intentar proporcionar una experiencia emocional correctora, hablando , escuchando, bañando, alimentando, vistiendo, y proporcionando diversión en todo momento.
- **Joyce Travelbee.** Nos habla de la enfermería como un proceso interpersonal en el cual la enfermera ayuda a la persona y a la familia a prevenir y a afrontar la experiencia de la enfermedad. Encontrando un gran significado en la experiencia, desarrolló de las relaciones enfermera y cliente las fases: la empatía, la simpatía y las relaciones de aceptación, siendo necesario utilizar la observación, interpretación tomando decisiones de acción y evaluación para el desarrollo de las relaciones entre enfermera y cliente.

## 2.4 Definición de términos

- **Atención:** Presentar atención a algo concreto, aplicando el entendimiento a su plena captación .cuidar ocuparse de una persona
- **Integral:** relacionado a la satisfacción de las necesidades humanas, en todas las dimensiones que componen a todos los seres humanos, contribuyendo a mantener la salud del paciente con enfermedad mental.
- **Efectividad:** significa del verbo latino effifiere, ejecutar, llevar acabo, efectuar producir obtener como resultado. Capacidad administrativa de satisfacer las demandas planificadas por la comunidad externa relación entre los resultados planificados y los objetivos
- **Enfermera:** Es la profesional responsable de la atención, que promueve, conserva o restablece la salud del individuo, familia y comunidad es en una amplia variedad de entornos, colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud, se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de sí misma y al fomentar el respeto hacia sus capacidades, al apreciar, conocer la necesidad de la educación continua y a integrar los elementos cognitivos e interpersonales del yo profesional en los papeles de la enfermería.
- **Estabilización:** Grado de equilibrio, firmeza y seguridad que se trasluce en lo psicológico en una armonía y ecuanimidad de carácter. Proceso dinámico como una espiral ascendente donde se pasa de mayores a menores niveles de equilibrio.
- **Participación:** Los individuos para su bienestar, deben obtener la satisfacción de sus requerimientos físicos, psicológicos y sociales con autonomía y responsabilidad. Dicha satisfacción puede trastornarse por la enfermedad,
- **Esquizofrenia:** Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de

estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

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

## **2.5 Hipótesis**

### **2.5.1. Hipótesis general**

- La atención integral que brinda la enfermera influye directamente en el nivel de estabilización de los pacientes y participación de la familia en la unidad cuidados iniciales del Hospital Hermilio Valdizán.

### **2.5.2. Hipótesis específicas**

- a. A mayor nivel de atención integral que brinda la enfermera, mayor posibilidad de estabilización a la enfermedad que los que reciben menor nivel de atención integral de enfermería.
- b. A mayor nivel de atención integral que brinda la enfermera al paciente esquizofrénico mayor posibilidad participación de los familiares, que los que reciben menor nivel de atención integral de enfermería.

## **2.6. Relación de variables**

### **2.6.1 Variable independiente:**

Atención integral de la enfermera

### **2.6.2 Variable dependiente:**

Estabilización del paciente

Participación de la familia

Cuadro N° 1

**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ATENCIÓN INTEGRAL DE  
LA ENFERMERA Y ESTABILIZACIÓN**

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Independiente</b> Atención Integral de la Enfermera	Conjunto de actividades que realiza la enfermera en el cuidado del paciente, enfatizando la relación interpersonal, dominio técnico, adecuación del ambiente para la obtención del máximo beneficio al usuario	Interrelación terapéutica enfermera-paciente  Aspecto técnico  Adaptación del Medio ambiente	Comunicación con el paciente: para respetarlo comprenderlo, tener conocimiento de sus problemas, sus dudas y preocupaciones Aceptación de la conducta extraña Dedicación de tiempo para: escucharlos, el tiempo necesario que el paciente solicita. Administración segura y oportuna del tratamiento Satisfacción de las necesidades fisiológicas Valoración continúa de las respuestas del paciente. Ayudarlo al reconocimiento de ambiente seguro conservación del ambiente seguro
<b>dependiente</b> Estabilidad del paciente.	Forma en que responde el organismo ante el tratamiento o intervención de la enfermera, manifestándose en la disminución o incremento de signos y síntomas de esquizofrenia		Estable, permanente, firme Poco estable limitado, reducido disminuye los síntomas Inestable, inseguridad, desequilibrio Se medirá mediante la observación revisión de Historia Clínica y cuestionario a los familiares

**Cuadro Nº 2**

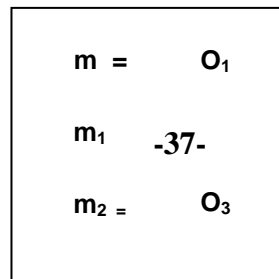
**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA  
FAMILIA**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Dependiente</b> Participación de la familia	Es el conjunto de actividades orientadas a convencer, y animar al paciente a que participe activamente en su tratamiento y rehabilitación a fin de que mejore su capacidad de afrontamiento.	Frecuencia de las visitas	1 vez por semana Tres veces por semana Cada 15 días No los visitan
		Relación familia-paciente	Amigable aprecio Afectiva empatía Comprensiva tolerante Conflictiva problemática
		Acompañamiento en el tratamiento	Lo acompañan No lo acompañan
		Apoyo en el tratamiento	Proporciona medicina: Completa. Incompleta No les llevan medicina
	Lazos consanguíneos de primer y segundo grado.  Veces que ingresa el paciente al hospital		Padres Hermanos Abuelos Tíos 1 vez 2 veces De 3 a más ingresos

## CAPITULO 3: METODOLOGIA DE ESTUDIO

### 3. 1. Diseño de investigación

La presente investigación se desarrolló con el enfoque cuantitativo utilizando el diseño, de nivel descriptivo explicativo, ya que se confeccionó un instrumento de recolección de datos que permita medir el nivel de influencia de la atención integral de la enfermera en el nivel de estabilización del paciente esquizofrénico y el nivel de participación de la familia. Además es de corte transversal porque se aplicó el instrumento a la muestra una sola vez. El esquema de diseño que se siguió es el siguiente:



$m$  = Muestra de paciente con esquizofrenia

$m_1$  = Muestra de enfermeras.

$m_2$  = Muestra de familiares

$O_1$  = Observación al paciente

$O_2$  = Observación a la enfermera

$O_3$  = Encuesta a la familia

### 3.2 Población y muestra de estudio

La población estuvo integrada por todos los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados iniciales del Hospital Hermilio Valdizán, la obtención de los datos fue entre octubre a diciembre 2008. Para determinar el tamaño y selección de la muestra se utilizó el criterio no probabilístico intencionado, eligiéndose a



cuarenta (40) de los pacientes conforme ingresaban a la Unidad de Cuidados Iniciales con las respectivas familias y las ocho (8) enfermeras dedicadas a su atención. Los pacientes tenían las siguientes edades: y estado civil que se presentan continuación en las tablas:

**Tabla N° 1**

**Edad de los pacientes con esquizofrenia en la unidad de cuidados iniciales**

**Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Edad de los pacientes</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Menos de 20 años	9	22.50
21 - 30 años	21	52.50
31 - 40 años	8	20.00
41 - 50 años	2	5.00
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla presenta la edad de los pacientes, el mayor porcentaje 52.50%, presenta una edad entre 21 y 30 años; el menor porcentaje 5% tiene entre 41 y 50 años de edad.

**Tabla N° 2**

**Estado civil de los pacientes con esquizofrenia en la Unidad de Cuidados**

**Iniciales Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Estado Civil</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Soltero	37	92.50
Casado	3	7.50
Total	40	100.00

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla presenta el estado civil de los pacientes, el mayor porcentaje 92.50% son solteros y el resto 7.50% son casados.

**Tabla N° 3**

**Formación académica de la enfermera y nivel de atención que brindan las enfermeras al paciente con esquizofrénicos en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán.**

<b>Nivel de atención integral</b>								
	Regular bajo		Regular medio		Regular alto		<b>TOTAL</b>	
<b>Enfermera</b>	f	%	f	%	f	%	f	%
1	2	5.00	3	7.50	0	0.00	5	12.50
2	1	2.50	4	10.00	0	0.00	5	12.50
3 - SI	2	5.00	3	7.50	0	0.00	5	12.50
4	1	2.50	3	7.50	1	2.50	5	12.50
5	3	7.50	2	5.00	0	0.00	5	12.50
6	0	0.00	1	2.50	4	10.00	5	12.50
7 - SI	0	0.00	5	12.50	0	0.00	5	12.50
8	0	0.00	4	10.00	1	2.50	5	12.50
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>25.00</b>	<b>25</b>	<b>62.50</b>	<b>6</b>	<b>15.00</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla presenta una comparación entre la formación académica de la enfermera y el nivel de atención integral que brindan las enfermeras al paciente con esquizofrenia. Cada enfermera atendió cinco pacientes del total son 40 pacientes

### **3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos**

Como métodos de recolección de datos se utilizó la observación y cuestionario para identificar la atención integral que brinda la enfermera en la estabilización del paciente esquizofrénico se utilizó una guía de observación y La historia clínica, para medir el nivel de participación de la familia se utilizó un cuestionario.

El instrumento ha sido validado por el criterio de Juicio de Expertos, donde participaron cuatro (4) enfermeras especialistas en psiquiatría. Las sugerencias dadas por las especialistas se han tenido en cuenta, las recomendaciones que dieron han sido más de forma que de fondo; habiendo alcanzado un coeficiente de validación de 0.879.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento estadísticamente, se aplicó una prueba piloto en una pequeña muestra y luego de procesar los datos alcanzó un Coeficiente de Alfa de Crombach de 0.887; por lo que la confiabilidad es significativa.

### **3.4 Procedimientos de recolección de datos.**

- Antes de aplicar los instrumentos se coordinó con el director del Hospital Hermilio Valdizán para obtener la autorización y la facilidades para ejecutar el estudio
- Una vez obtenida la autorización, se coordina con la enfermera Jefa del Departamento de Enfermería para obtener la información requerida para el estudio de investigación
- Se aplicó la lista de cotejo a cada enfermera y un cuestionario para la familia de cada paciente con esquizofrenia que ingresaban a la unidad de cuidados intensivos en forma individual.
- Se solicitó el permiso de la familia para su aceptación voluntaria de

participar en la investigación.

- Obtenidos los datos se analizaron e interpretaron los resultados, lo que se muestra en los cuadros

### **3.5 Técnicas de procesamiento de datos**

Los datos fueron ordenados y tabulados en el programa estadístico SPSS versión 12 español. Por la naturaleza descriptiva de las hipótesis los resultados se presentaron en un sistema de tablas de frecuencia, porcentuales, gráficas de barras. Además se utilizaron estadígrafos de tendencia central: media, moda y desviación estándar como medida específica

## CAPITULO 4: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. Presentación de resultados

Luego de aplicado el instrumento de recolección de datos y obtenido los datos se procesaron manual y electrónicamente, con la finalidad de poder establecer si el nivel de atención integral de la enfermera influye en el nivel de estabilización del paciente y el nivel de participación de la familia. Para establecer los niveles se aplico la Escala de Estaninos que consiste en:

1. Primero obtener promedio del calificativo obtenido en la atención
2. Segundo hallar la desviación estándar
3. Tercero encontrar los niveles alto, medio y bajo
4. Se estableció la relación de los variables mediante el programa SPSS

Los resultados se presentan en las siguientes tablas:

**Tabla Nº 4**

**Actividad que realiza la enfermera en la atención del paciente esquizofrénico que se encuentra en la Unidad de Cuidados Iniciales**

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	OBSERVACIÓN			
	REALIZA		No realiza	
	Nº	%	Nº	%
<b>1. Alteración de la Percepción : Auditiva y Visual</b>				
- Evita apoyar las ideas del paciente que estén fuera de la realidad, ni las discute, ni intenta razonamiento prolongado	39	97.5	1	2.5
- Realiza medidas de seguridad ante las alucinaciones y delusiones de los pacientes; evitando la agresión del mismo y de las demás persona	40	100.0	0	00.0
- Le brinda ambiente tranquilo y libre de ruidos: TV, radio	40	100.0	0	00.0

- Procura que el paciente este acompañado por el personal de enfermería (técnico) cuando experimenta miedo	40	100.0	0	00.0
<b>2. Alteración del Pensamiento: Bloqueo</b>				
<b>Ideas delirante, daño persecución.</b>				
- Le brinda un ambiente tranquilo libre de estímulos que puedan desesperarlo	38	95.0	2	0.5
- Le formula preguntas cortas, firme y en voz baja	19	47.5	21	52.5
- Le ayuda a concretizar sus ideas manteniéndole en un solo tema	11	27	29	72.5
- Escucha al paciente mirándole fijamente en las expresiones monótonas	8	20	32	80
- Muestra paciencia durante la conversación con el enfermo	8	20	32	80
- Se acerca al paciente cada vez que le es posible dándole a atender que lo acepta y comprende	5	12.5	35	87.5
- Se muestra firme y segura ante la agresividad del paciente	33	82.5	7	12.5
- Evita hablar o reír con otras personas cuando mira aun paciente suspicaz	20	50	20	50
- Evitar leer la historia del paciente en lugar visible	22	55	18	45
- Se acerca al paciente con amabilidad evitando su agresividad	8	20	32	80
- Evita discutir con el paciente para que no le interprete como agresión	36	90.0	4	10
- Le da mayor seguridad al paciente en el ambiente hospitalario	39	97.5	1	2.5
- Se muestra amable bondadosa durante los cuidados que brinda al paciente	3	7.5	37	92..5
- Llama al paciente por su nombre cuando se dirige a él.	37	92.5	3	7.5
<b>3. Alteración del Afecto: Angustia. Apatía.</b>				
- Motiva al paciente para que exprese sus dudas o emociones	14	35	26	65
- Controla las funciones vitales cuando el paciente expresa síntomas cardiorrespiratorias	35	87.5	5	12.5
- Busca las posibles causas en el paciente ansioso	9	22.5	31	77.5
- Mantiene acompañado al paciente que presenta alucinación o delusiones de daño o persecución	29	72.5	11	27.5
- Le explica en término sencillo y comprensible de lo que siente o escucha, es por su enfermedad y que los demás no lo perciben	14	35	26	65
- Lo llama por su nombre desde que ingresa al	37	92.5	3	7.5



hospital				
- Se preocupa por el buen estado de higiene del paciente.	5	12.5	35	87.5
- Controla la ingesta de alimentos en el paciente deprimido.	1	2.5	39	97.5
- Proporciona al paciente deprimido abundante líquido para evitar el estreñimiento	7	17.5	33	82.5
- Trata de distraer al paciente para que no duerma durante el día	36	90	4	10
- Incorpora al paciente a las actividades de terapia ocupacional según su mejoría.	38	95	2	5
- Le explica utilizando palabras de acuerdo a su capacidad de comprensión	40	100	0	0
- Respeta su silencio del paciente cuando permanece callado	40	100	0	0
<b>4. Alteración de la voluntad: negativismo</b>				
- Estimula a que el paciente participe en la Satisfacción necesidades básicas.	8	20	32	80
- Controla que el paciente adopte la posición correcta	4	10	36	90
- Trata de ganarse la confianza del paciente con naturalidad y tranquilidad	14	35	26	65
- Se mantiene alerta y no exige que el paciente realice actividades que no desea hacer	22	55	18	45
- Alienta con amabilidad y sin apuro a que el paciente realice algunas actividades	17	42.5	23	57.5
- Prepara al paciente ante un cambio inesperado durante el proceso de recuperación	38	95	2	10
- Se interesa por la buena presentación de los alimentos y temperatura adecuada en paciente suspicaces de delusión de daño	0	0	40	100
- Sienta al paciente negativista a lado de otros pacientes lucidos y bien presentados.	0	0	40	100
- Lleva al paciente suspicaz al lugar donde se sirven los alimentos	0	0	40	100
- Cambia de utensilios en presencia del paciente cuando tiene ideas de daño.	1	2.5	39	97.5
- Controla las reacciones del paciente a los medicamentos	39	97.5	1	2.5
- Comprueba que el paciente pase el medicamento haciéndole abrir la boca	40	100	0	0
- Comunica al médico tratante la negativa de los pacientes al recibir medicina	40	100	0	0
- Se acerca al paciente en forma amable y comprensiva para motivar a que participe en la satisfacción de sus necesidades	2	5	38	95

### **1. Alteración de la Percepción: Auditiva y Visual**

La enfermera en el 100% de los pacientes establecen medidas de seguridad ante las alucinaciones, les brindan ambiente tranquilo y libre de ruidos, cuidan que el paciente esté siempre acompañado por el personal de enfermería.

### **2. Alteración del Pensamiento: Bloqueo Ideas delirante, daño percepción.**

La enfermera para estabilizar la alteración del pensamiento del paciente esquizofrénico, en su mayoría se preocuparon más por: darle mayor seguridad al paciente en el ambiente hospitalario, brindarles un ambiente tranquilo y para estimular la confianza del paciente lo llama por su nombre.

### **3. Alteración del Afecto: Angustia Apatía**

La enfermera para estabilizar la alteración del afecto en el paciente esquizofrénico, en su mayoría se preocuparon más por: explica utilizando palabras de acuerdo a su capacidad de comprensión, Respetar su silencio del paciente cuando permanece callado e incorporaron al paciente a las actividades de terapia ocupacional.

### **4. Alteración de la Voluntad: Negativismos**

La enfermera para estabilizar la alteración de la voluntad en el paciente esquizofrénico, en su mayoría se preocuparon más por: comunicar al médico tratante la negativa de los pacientes al recibir la medicina, también comprobaron que el paciente pase el medicamento haciéndole abrir la boca y controlar las reacciones de los pacientes al ingerir los medicamentos.

**Tabla Nº 5**

**Nivel de atención integral y nivel de estabilización del paciente  
esquizofrénico en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio  
Valdizán**

<b>Nivel de Estabilización</b>									
<b>Nivel de Atención</b>	<b>Inestable</b>		<b>Poco estable</b>		<b>Estable</b>		<b>TOTAL</b>		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
<b>Alto</b>	4	10.00	2	5.00	3	7.50	9	22.50	
<b>Medio</b>	3	7.50	20	50.00	2	5.00	25	62.50	
<b>Bajo</b>	5	12.50	0	0.00	1	2.50	6	15.00	
<b>TOTAL</b>	12	30.00	22	55.00	6	15.00	40	100.00	

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

En la presente tabla se observa el nivel de atención integral que ofrece la enfermera al paciente y el nivel de estabilización del mismo. Así, es posible identificar que el mayor porcentaje 62.50% de las enfermeras brindan una atención integral de nivel medio a los pacientes de los cuales la mayoría de ellos 55.00% presentan un estado de salud poco estable. También se observa que en el menor porcentaje (15%) de enfermeras que brindan un nivel de atención bajo, los pacientes esquizofrénicos presentan en su mayoría (12.50%), un estado de salud inestable.

**Tabla N° 6**

**Nivel de atención de enfermería y nivel de participación de la familia en la  
Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Participación de la Familia</b>									
<b>Nivel de Atención</b>	<b>Alto</b>		<b>Medio</b>		<b>Bajo</b>		<b>TOTAL</b>		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
<b>Alto</b>	2	5.00	6	15.00	1	2.50	9	22.50	
<b>Medio</b>	2	5.00	20	50.00	3	7.50	25	62.50	
<b>Bajo</b>	0	0.00	6	15.00	0	0.00	6	15.00	
<b>TOTAL</b>	4	10.00	32	80.00	4	10	40	100.00	

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

En la presente tabla se puede observar que el 80.00% de las familias de los pacientes esquizofrénicos tienen un nivel medio de participación. Además los familiares de los pacientes esquizofrénicos cuyas enfermeras presentan un nivel de atención integral medio, en su mayoría (50.00%), tienden a tener un nivel de participación medio. De la misma manera los familiares de los pacientes esquizofrénicos cuyas enfermeras presentan un nivel de atención alto, en su mayoría (15.00%), presentan un nivel de participación medio. Por último, los familiares de los pacientes esquizofrénicos cuyas enfermeras presentan un nivel de atención bajo, en su mayoría (15.00%), presentan un nivel de participación medio.

#### **4.2. Interpretación y discusión de resultados.**

En lo que respecta a la atención integral que brinda la enfermera a los pacientes, y la estabilización de los mismos (Tabla N° 5). Se observa que el mayor porcentaje de las enfermeras brindaron una atención integral de nivel medio y la estabilización de los pacientes fue poco estable.

El grupo de cuidadores (2002:206) considera que el cuidado o la atención que se brinda a los pacientes están encaminada hacer por alguien lo que no pueden hacer solo en satisfacción de sus necesidades básicas, para mejorar su salud y la estabilización emocional ello puede lograrse mediante la enseñanza de lo desconocido la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

Este grupo de cuidado (2002:243), recomienda que en el cuidado se brinda se de importancia al trato humanizando a las personas que reciben sus cuidados.

Dale Cornegui, recomienda que cuando se trata siempre a otra persona como en el caso del paciente psiquiátrico se le haga sentir importante. El deseo de ser importante es el impulso mas profundo que anima el carácter humano y este impulso es lo que nos diferencia de los animales.

Cuando una persona recibe los cuidados de salud y principalmente cuenta con un trato humanizado en el que se la demuestre sincero interés puede sentirse importante y tener mayor posibilidades de sentirse bien para después llevar ala prácticas las recomendaciones de las Enfermeras.

El Padre Gonzalo Gallo en el grupo de cuidados (2002:243), refiere que la labor de la enfermera, no es un castigo, si no la ocasión que se le ofrece para servir y mostrar todo lo que valemos, la atención que se brinda con amor nos ennoblece. Al hacer nuestra actividad con creatividad, paciencia, entusiasmo especialmente con los pacientes psiquiátricos, dejamos el mundo mejor de lo que lo encontramos. Morrión (2001) refiere que uno de los objetivos básicos de la asistencia de la

enferma en el paciente esquizofrénico consiste en ayudarlos aquellos controles sus síntomas positivos y negativos, así alcancen el mejor nivel de funcionamiento intelectual, biológico y espiritual.

Peplau (1952) considera que la enfermera debe ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienta y aplicar los principios de las relaciones interpersonales a las dificultades que sufren.

Referente a la atención integral de la enfermera y nivel de participación de la familia (Tabla N° 6), se observa que el mayor porcentaje de las enfermeras brinda un nivel de atención integral medio, de los cuales la mayoría de los familiares presenta un nivel de participación medio. La enfermera debe ser sensible a los temas que afectan tanto a las necesidades del paciente y de las familias (Lefley, 1998, en Rebraca 2007: 39); considera que se debe estimular al paciente hospitalizado, a identificar a quienes considera miembros de su familia, los que lo acompañan y esperan formar parte del plan terapéutico. Se incluyen en las enseñanzas de la enfermera que los eduquen sobre la enfermedad, ofrezcan comprensión y apoyo a la experiencia de sus miembros. La familia juega un rol importante en la orientación de los cuidados del paciente mental, apoyando y abogando por el paciente ante las instituciones de salud. La enfermera debe comprender que los familiares del paciente mental, necesitan asesoría y cumplen un rol importante, la enfermera debe entender que lo que ellas consideran fácil, para la familia es desconocido.

## **CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones del estudio**

- Se comprobó que el nivel de atención integral que brindan las enfermeras en la Unidad de Cuidados Iniciales en su mayoría es de nivel medio.
- Se comprobó que el nivel de participación de la familia en el mejoramiento del paciente esquizofrénico es de nivel medio.
- El mayor porcentaje de pacientes esquizofrénicos presenta un estado de salud poco estable.
- Se comprobó la hipótesis específica que afirma: “A mayor nivel de atención integral que brinda la enfermera, mayor será el nivel de estabilización que presente el paciente esquizofrénico”.
- No se comprobó la hipótesis específica que afirma: “A mayor nivel de atención integral que brinda la enfermera, mayor será el nivel de participación de la familia”; ya que en los tres niveles de atención integral que presentó la enfermera, los familiares presentaron mayoritariamente un nivel de participación medio.
- La formación académica de especialización en psiquiatría que reflejan las enfermeras no influye significativamente en el nivel de atención integral que ofrecen a sus pacientes.
- Los años de experiencia en el servicio si influye significativamente en el nivel de atención integral que ofrecen a sus pacientes.
- Los pacientes cuanto mayor número de reingresos presenten permanecen mayor tiempo en la Unidad de Cuidados Iniciales.

## 5.2 Recomendaciones del estudio

- Para mejorar el nivel de participación de la familia se recomienda sensibilizar a los mismos, a través de un programa educativo que les oriente sobre las posibles consecuencias que puede generar el hecho que los pacientes esquizofrénicos sufran una recaída.
- Se recomienda que la guía de atención que se propone al finalizar el estudio sea aplicada a los pacientes esquizofrénicos que se encuentran en la Unidad de Cuidados Iniciales para comprobar su efectividad.
- Para mejorar el nivel de atención integral que brindan las enfermeras en este servicio, se recomienda capacitar a las mismas en cuanto a la atención de calidad, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación.
- El estudio puede ser ejecutado en otros contextos culturales, geográficos o temporales, que permitan hacer comparaciones en torno a la participación de la familia y el nivel de estabilización del paciente esquizofrénico.
- También es necesario precisar que si se desea optimizar en nivel de atención integral de la enfermera; debe ir de la mano la formación académica y los años de experiencia. Es decir, la institución debe exhortar a las enfermeras a especializarse, seguir programas de maestría o doctorado, para que estas puedan convertirse en investigadoras del campo de la enfermería psiquiátrica y mejorar a través de la aplicación de nuevas técnicas y métodos la calidad de atención que se le brinda al paciente.
- Para mejorar el nivel de atención integral que brindan las enfermeras en el servicio, de la unidad de cuidados iniciales se recomienda que la dotación de enfermeras sea de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud. una enfermera para 4 pacientes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORDI J. Y D. M La Salud Mental y la Enfermería Ed. Asociación de Córdoba  
2004.P.20-30

COOK J.S. F.K.L Enfermería Psiquiátrica 2da ed. internacional Mac GRAW- HIL  
Ed. España 1993.

D. M. P. N, B. Enfermería en salud Mental y Psiquiatría 2da ed. Assumpta rigor  
Cuadra Ed. España 2007.

FAHRER R. Manual de Psiquiatría 2da.ed Argentina Ed.España 1993 P. 155-  
162.Cáp.7.

FORNÉS. V.J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría Medica Panamericana  
Ed. 2005.

GAIL.W. M. Enfermería Psiquiatrica Principios Práctica 8ª ed. España Ed 2006:  
Pág. 72.

GRUPO DE C El Arte y la Ciencia del Cuidado.Colombia. ed. BDUM Ed .Bogota  
2002 P. 206.

IBOL A.M.B Psiquiatría Trastornos Psicopático 6º ed. Alemana Ed. España  
2003.

MRRISON M Fundamentos de la Psiquiatría en Salud Mental. España  
Ed. Harcout brece año 1999.

REBECA S.L Enfermería Psiquiatra y de Salud Mental Concepto Básico  
6ta ed. McGraw-Hill-Interamericana Ed. España 2007.

SUE C. Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental  
2da ed.España Mac.Graw\_Hill Ed .1993.

TORO, G.R. Manual de Psiquiatría 3ra.ed Colombia.Ed Bogota .1997.

TORO, G.R. Fundamento de Medicina Psiquiatrica 4ta ed. Corporación para  
Investigación Ed. Jorge Enrique Bogota Colombia 2004.

VIGURIA. S. L. Intervención de la Enfermera en Semiología  
Psiquiátrica 3 era ed. Perú. 1999

ZOCH C. Esquizofrenia en Psiquiatría Ed : Inter.Fost Costa Rica 2004 Cáp. .VI

BARRIOS SARMIENTO MARIA ELENA .Influencia de la Participación de la  
Familia en la readaptación Social del Paciente Esquizofrénico en el Consultorio  
Externo del Instituto de Salud Mental Hermilio Valdizán Tesis para optar titulo de  
Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la  
Universidad Ricardo Palma Perú 1995

GARCÍA CORREA RUBI INES Actitud de la Enfermera hacia el Cuidado Integral  
del Paciente con Esquizofrenia del hospital Hermilio Valdizán Tesis para optar  
titulo de Licenciada en enfermería UNMS Perú 2006

**ANEXO**

## DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., de...Años de edad y con DIN N°....., manifiesto que he sido informado /a sobre el proyecto de investigación titulado “Atención integral de la enfermera en la estabilización y participación de la familia en paciente esquizofrénico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Hermilio Valdizán 2008” con el fin de que la enfermera y la familia brinden al paciente un cuidado integral.

También he sido informado /a que mis datos personales serán protegidos y solo servirán para los objetos de investigación, es decir me garantizan el anonimato.

Considerando lo antes mencionado OTORGO mi CONCENTIMIENTO para ser entrevistada y darle la información que me solicitan.

Del 06 de octubre al 31 de diciembre de 2008

-----

Escuela de enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma  
Responsable de la investigación (Sor) Clorinda Pilco Solis

**GUIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
ESQUIZOFRÉNICOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS  
INICIALES**

**PROPUESTA DE UNA GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON  
ESQUIZOFRÉNIA, SEGÚN PATRONES FIUNCINALES**

**Elaborado por Sor Clorinda Pilco Solis**

**2008**

**GUIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
ESQUIZOFRÉNIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS**

## **INICIALES.**

La enfermera en el servicio psiquiatría participa activamente en la evaluación formal de los patrones de cuidados generales mediante varias actividades para de mejora de la calidad de la atención.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Maximizar las interacciones positivas del paciente con el medio, fomentado el grado de bienestar del paciente y su realización personal

## **OBJETIVO ESPECIFICO:**

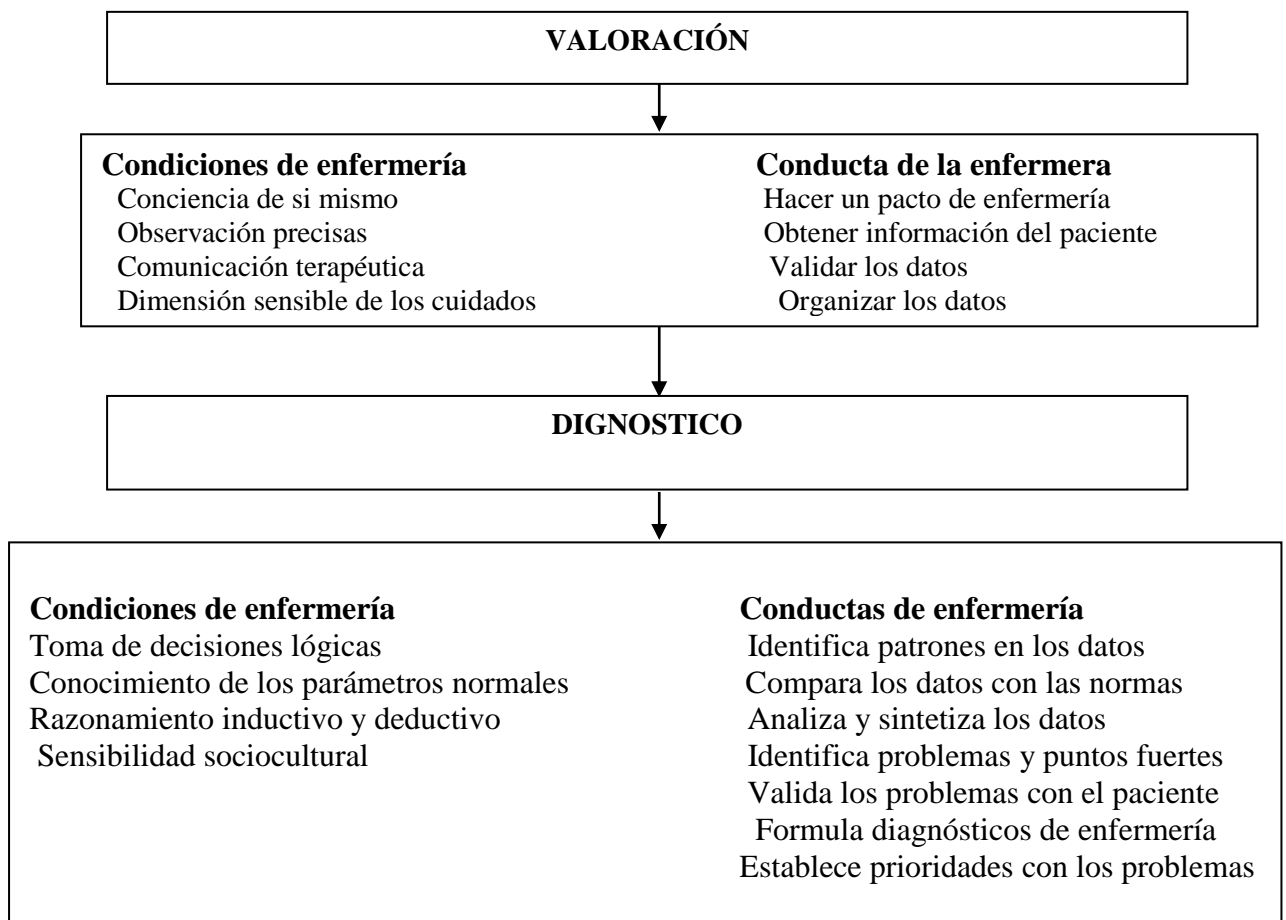
- Mejorar la satisfacción del usuario
- Mejorar de la atención de los pacientes
- Utilizar con eficiente los recursos
- Brindar cuidado individualizados al paciente y/o familia a través del Proceso de Atención de Enfermería.
- Establecer una relación interpersonal enfermera/paciente que garantice un servicio personalizado y posibilite la vinculación terapéutica del paciente y familia con el servicio.

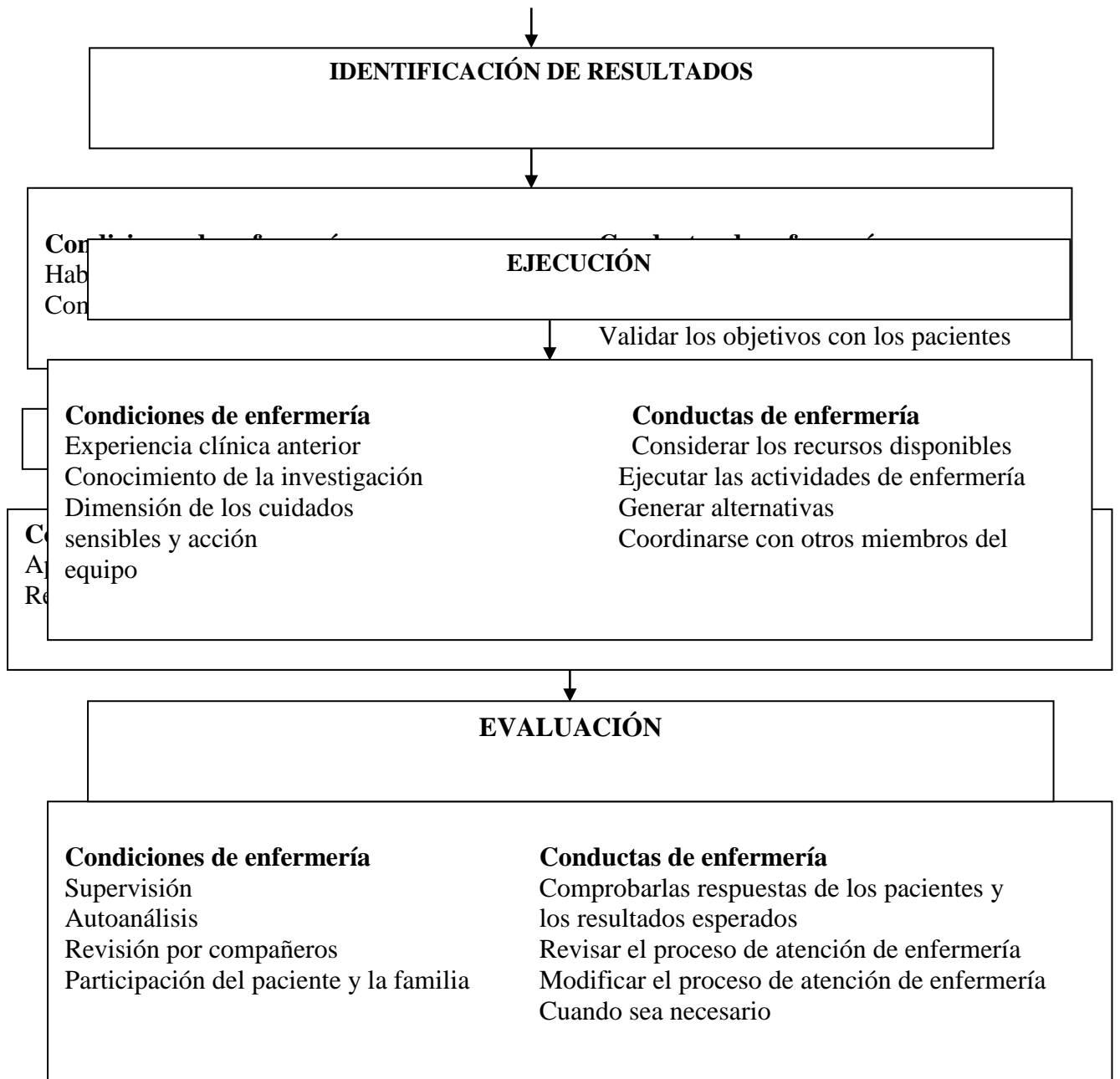
**FINALIDAD:** La finalidad del guía del cuidado es mejorar la calidad de atención en forma integral facilitando la actuación de la familia

**Propuesta de la guía para la atención de pacientes con esquizofrenia afianzando el proceso de enfermería según patrones funcionales**

El proceso de enfermería es una actividad interactiva que se realiza en forma sistemática e individualizada la orientación a la solución de problemas específicos

a fin de alcanzar respuestas favorables en los pacientes basados en la confianza. Es esencial que el personal de enfermería y el paciente sean un equipo en el proceso de solución de problemas. A continuación se presenta los siguientes: pasos del proceso de enfermería









**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
<p><b>Déficit de autocuidado relacionado con desligamiento de la realidad</b></p>	<p><b>Optimizar el estado de higiene del paciente</b></p>	<p>La enfermera es responsable:</p> <p>1.- Promover y animar la participación adecuada del paciente en su higiene personal.</p> <p>2.- Informar de manera oportuna la importancia del aseo.</p> <p>3.- Evaluar la capacidad de participación en cada actividad de autocuidado.</p> <p>4.- Proporcionar seguridad durante las actividades de higiene.</p>	<p>1.- La participación del paciente en su higiene personal le brindará un sentimiento de importancia y en si mismo.</p> <p>2.- El conocimiento acerca de la importancia del aseo, motiva la participación y la responsabilidad del paciente en su cuidado</p> <p>3.- permitirá conocer, si el paciente es capaz de realizar las actividades de manera adecuada y sin riesgo o daño para él y los demás.</p> <p>4.- La seguridad es un componente necesario para favorecer la confianza del paciente.</p>	<p>Los objetivos que se realizan en el transcurso de la mañana</p>

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
		<p>5.- Planificar el horario adecuado y oportuno para la realización de las actividades de higiene.</p> <p>6.-Fomentar la independencia del paciente en la participación de las actividades diarias, mediante la practica continua y perseverante.</p>	<p>5.- El establecimiento de un horario fijo y oportuno previene la desorientación del paciente.</p> <p>6.-La participación activa continua y perseverante del paciente ayuda a que logre a desenvolverse por si mismo de manera autónoma e independiente.</p>	

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICA**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
<p><b>Alteración de la nutrición por defecto relacionado con ideas de delusión de daño.</b></p>	<p><b>Mejorar el estado nutricional del paciente durante la hospitalización</b></p>	<p><b>La enfermera :</b></p> <p><b>1.-Valora el estado nutricional de paciente mediante el control semanal de peso en coordinación con la nutricionista.</b></p> <p><b>2.-Brinda alimentos nutritivos presentándolos en forma atractiva.</b></p> <p><b>3.-Explica la importancia de la dieta para su recuperación.</b></p> <p><b>4.-Permanece cerca del paciente durante el desayuno, almuerzo y comida asegurándose de que los alimentos sean ingeridos adecuadamente.</b></p>	<p><b>1.-La valoración adecuada y oportuna permite la detección precoz. de cualquier alteración nutricional.</b></p> <p><b>2.-Los alimentos ricos en nutrientes y presentados en forma atractiva, facilita su consumo.</b></p> <p><b>3.- El conocimiento de los beneficios de la dieta para su salud logrará su aceptación.</b></p> <p><b>4.-La presencia de la enfermera durante la alimentación asegura que los alimentos sean consumidos efizcamente.</b></p>	

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICA</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
		<p>5.-Acompaña al paciente a la cocina para que verifique por si solo la salubridad de los alimentos.</p> <p>6.-Coloca al paciente cerca a otros pacientes que tengan buen estado de ánimo y apetito.</p> <p>7.- Reduce los estímulos desagradables durante los alimentos.</p> <p>8.- Educa al paciente sobre los siguientes hábitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- higiene en la alimentación</li> <li>- Masticación de los alimentos sin hablar</li> </ul>	<p>5.-La comprobación por si mismo, de la preparación de los alimentos asegura su aceptación.</p> <p>6.-La observación del estado de animo y buen apetito de los otros pacientes, estimula el apetito del paciente.</p> <p>7.-La ausencia de estímulos desagradables favorece el apetito.</p> <p>8.-La adquisición de buenos hábitos favorece su recuperación</p>	

		- uso de cubiertos - Aseo dental		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN DE ELIMINACIÓN</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
Alteración de la eliminación: estreñimiento relacionado a efectos secundarios de los fármacos.	Mejorar la eliminación intestinal	<p>La enfermera:</p> <p>1.- Proporciona una dieta rica en fibras que contengan frutas y verduras.</p> <p>2.-Proporciona abundantes líquidos en la medida que esté permitido.</p> <p>3.-Fomenta que el paciente realice ejercicios físicos.</p> <p>4.- Procura proporcionar las comidas a la misma hora.</p>	<p>1.- Los alimentos ricos en fibras estimulan el peristaltismo favoreciendo la evacuación intestinal.</p> <p>2.- El líquido ayuda a que las heces se mantengan suaves y facilitan su evacuación.</p> <p>3.- La actividad física favorece los movimientos corporales y ayuda al peristaltismo favoreciendo la evacuación.</p> <p>4.- La ingesta de los alimentos a la misma hora permite la adaptación y el buen funcionamiento del intestino</p>	

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN DE ELIMINACIÓN</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
		<p>5.- Explica al paciente que debe comer los alimentos pausadamente y masticándolos bien.</p> <p>6.- Hace que el paciente establezca un horario determinado para la defecación y que esta sea constante.</p>	<p>5.- Comer los alimentos pausadamente facilita la disgregación de los mismos y asegura su asimilación a nivel intestinal</p> <p>6.- El establecimiento de un horario facilita una adecuada funcionalidad intestinal.</p>	

--	--	--	--	--

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN DESCANSO Y SUEÑO**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
<b>Sueño ineficaz relacionado a la falta de tranquilidad en el ambiente para conciliar un sueño profundo.</b>	<b>Restablecer el patrón normal del sueño</b>	<p><b>La enfermera:</b></p> <p><b>1.- Dialoga con el paciente permitiendo que exponga todas sus preocupaciones.</b></p> <p><b>2.- Proporciona un ambiente tranquilo, libre de ruidos molestos en la habitación.</b></p> <p><b>3. Administra tratamiento prescrito: diazepam 10 mg. siguiendo prescripción médica.</b></p> <p><b>4.-Coloca almohadas brindando comodidad y posición cómoda al paciente.</b></p> <p><b>5. Disminuye los estímulos externos (ruidos, luces, televisión etc), que interfieran</b></p>	<p><b>1.- La liberación de inquietudes favorece la relajación y estimula el sueño</b></p> <p><b>2. Un ambiente tranquilo sin ruidos estimula el sueño en el paciente.</b></p> <p><b>3. El diazepam es un sedante, ansiolítico, y relajante muscular que favorece el sueño.</b></p> <p><b>4.- La comodidad y la posición anatómica adecuada del paciente favorece el buen descanso.</b></p> <p><b>5.- La disminución de los estímulos nocivos permite que el paciente pueda</b></p>	



		<b>en el sueño.</b> <b>6.- Da apoyo emocional</b>	<b>descansar en forma relajada.</b> <b>6.- El apoyo emocional da seguridad confianza y estimula el sueño.</b>	
--	--	--	--	--

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
<p><b>Dificultad para interactuar socialmente relacionado con alucinaciones auditivas</b></p>	<p><b>Favorecer el proceso de interacción social en el paciente</b></p>	<p><b>La enfermera:</b>  <b>1.- Se acerca de forma tranquila y adecuada, mostrándole respeto y llamándolo por su nombre.</b>   <b>2.- Observa en forma continua al paciente para identificar:</b>                      - Risa inadecuada                      - Respuesta verbal retrasada                      - Movimientos oculares                      - Movimientos de labios sin emitir sonido.   <b>3.-Fomenta las siguientes distracciones: la lectura, música, socializa al paciente con otros pacientes, motiva la realización de actividades según sus preferencias.</b></p>	<p><b>1.- El comportamiento adecuado tranquilo de la enfermera disminuye las probabilidades de que el paciente se altere.</b>   <b>2.- La detección oportuna de alucinaciones, permite la detección y actuación rápida para favorecer la integración social.</b>   <b>3.-Las actividades recreativas distraen la atención del paciente favoreciendo la relajación.</b></p>	

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
		<p>4.- Estructura la rutina de las siguientes Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseo</li> <li>- Ejercicios</li> <li>- Consumo de alimentos</li> <li>- Manualidades</li> </ul> <p>5.- Responde verbalmente a todo lo que el paciente hable que sea acorde con la realidad, reforzado su conversación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda al paciente a esclarecer dudas preocupaciones</li> <li>- Ayuda a concentrarse al paciente en las actividades que realiza.</li> <li>-Ayuda al paciente a usar frases cortas</li> </ul>	<p>4.- Las rutinas diarias mantiene al paciente ubicado en tiempo y espacio en el que se encuentra.</p> <p>5.-Mediante la conversaciones, el paciente adquiere habilidades de comunicación e interacción con las demás personas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liberación de dudas y preocupaciones disminuye la tensión</li> <li>- La concentración favorece en la realización de las actividades.</li> <li>-Las frases cortas facilitan la comunicación y son captadas mejor.</li> </ul>	

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
		<p>6.-Mantiene la conversación con temas sencillos y básicos de la realidad.</p> <p>7.- Entabla la comunicación y crea un clima de confianza con el paciente.</p>	<p>6.-Los temas sencillos y básicos, hacen que el paciente se ubique y oriente en la realidad en que vive.</p> <p>7.- La interacción enfermera paciente facilita una relación terapéutica.</p>	

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES				
PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO				
Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de Enfermería	Fundamentos	Parámetro de Evaluación
Temor relacionado con percepción errónea de la realidad secundario a alucinaciones visuales y auditivas	Disminuir el temor en el paciente	<p>La enfermera:</p> <p>1.- Interactúa con el paciente el mayor tiempo posible.</p> <p>2.- Brinda un ambiente tranquilo y aceptable, libre de ruidos molestos como los gritos.</p> <p>3.- Fomenta la realización de los siguientes distracciones como: Socialización con otros pacientes, realización de manualidades, según sus motivaciones.</p>	<p>1.-Una comunicación abierta y disponible genera confianza, para que el paciente manifieste y exprese sus temores.</p> <p>2.-El ambiente tranquilo es aquel en donde el individuo se siente relajado sin ningún factor que le estimule un estado de estrés e incomodidad.</p> <p>3.- Las actividades recreativas distrae la actuación del paciente favoreciendo su relajación</p>	

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
		<p>4.-Acompaña al paciente en los momentos de temor, causadas por la falsas Percepciones auditivas o visuales.</p> <p>5.-Estimula al paciente para que exprese verbalmente lo que le afecta utilizando los principios de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a esclarecer verbalmente. sus preocupaciones</li> <li>• Ayudar al paciente a concentrarse.</li> <li>• Ayudar al paciente a percibir su participación en una experiencia.</li> </ul>	<p>4.- La compañía oportuna reconforta al paciente al saber que cuenta con alguien.</p> <p>5.- La expresión verbal constituye un método en el cual se libera las tensiones y los temores que causan malestar físico y mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La liberación de preocupaciones disminuye la tensión</li> <li>• La concentración favorece la realización de actividades</li> <li>• La percepción de la utilidad de las actividades asegura su autocuidado.</li> </ul>	

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>

<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN DE RELACIÓN DE ROL</b>				

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
<p><b>Ruptura de la relación interfamiliar relacionado a conducta agresiva secundario a ideas de daño.</b></p>	<p><b>Recuperar entre el paciente y la familia la relación e interacción.</b></p>	<p><b>La enfermera:</b>  <b>1.- Valora la estructura del sistema familiar y los roles de relación existente.</b>   <b>2.- Ayuda a identificar patrones y roles familiares encubiertos y abiertos existentes y ayudarle a identificar factores que dificultan la relación.</b>  <b>3.-Identifica niveles de interdependencia y tipos de conflictos que generan.</b>   <b>4.-Enseña a modificar patrones de comunicación y estrategias familiares que favorezcan la relación.</b>  <b>5.- Fomenta el respeto y aceptación entre los miembros de familia.</b></p>	<p><b>1.-El conocimiento de la estructura familiar permite la coordinación de acciones</b>  <b>2.- La identificación temprana de los roles familiares permite el establecimiento de medidas oportunas para buena relación.</b>  <b>3.- La identificación oportuna de conflictos familiares permite el establecimiento de medidas de solución</b>  <b>4.-La modificación de patrones negativos en la comunicación permite es establecimiento de comunicación positiva.</b>  <b>5.-El respeto y aceptación entre la familia favorece la comunicación entre ellos</b></p>	

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN DE TOLERANCIA A LA SITUACIÓN**



<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de Evaluación</b>
Riesgo potencial de agresión relacionado con conducta impulsiva secundario a ideas de persecución.	Reducir o eliminar la conducta violenta.	<p>La enfermera:</p> <p>1.- Valora el riesgo de violencia del paciente hacia si mismo o hacia los demás.</p> <p>2.- Establece una relación de confianza con el paciente a través de la escucha, evitando contradecir al paciente.</p> <p>3.- Informa aspectos del tratamiento claro y conciso.</p> <p>4.- Elimina objetos dañinos del ambiente.</p> <p>5.Supervisa estrechamente al paciente, que tiende a la agresión</p> <p>6.- Deja que el paciente exprese su disgusto o su incomodidad.</p>	<p>1.-La detección oportuna del riesgo de violencia permite adoptar medidas preventivas.</p> <p>2.- La confianza que se muestra al paciente facilita su interrelación.</p> <p>3.- La información clara y precisa favorece la comprensión y captación del paciente.</p> <p>4.-La ausencia de objetos peligrosos disminuye los riesgos a accidentes.</p> <p>5.-La supervisión continua permite la detección oportuna de la agresión.</p> <p>6.-La expresión verbal disipa el disgusto y disminuye la agresión.</p>	
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES</b>				
<b>PATRÓN DE TOLERANCIA A LA SITUACIÓN</b>				
<b>Diagnóstico de</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención de</b>	<b>Fundamentos</b>	<b>Parámetro de</b>

Enfermería		Enfermería		Evaluación
		<p><b>7.-Fija límites apropiados ante la conducta agresiva durante las crisis.</b></p> <p><b>8.- No insistir en la realización de actividades, ante la negativa del paciente.</b></p> <p><b>10.- Averigua las rutinas del paciente antes de acostarse.</b></p>	<p><b>7.- Los límites adecuados y oportunos previene la crisis agresiva del paciente.</b></p> <p><b>8.-Ayudará a eliminar el riesgo de conductas agresivas.</b></p> <p><b>10.- La identificación de rutinas de los pacientes permite una adecuada continuidad de sus hábitos de rutina.</b></p>	

## **TABLAS DE FRECUENCIA**

**Tabla N°7**

**Número de reingresos al hospital y tiempo de permanencia de los pacientes esquizofrénicos en el Unidad de Cuidados iniciales Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Tiempo de Hospitalización</b>										
N° de Hospita - lización	Menos de 1semana		1 semana		15 días		1mes		<b>TOTAL</b>	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Primer ingreso	3	7.50	8	20.00	4	10.00	3	7.50	18	45.00
Segundo ingreso	1	2.50	6	15.00	5	12.50	1	2.50	13	32.50
Tres a más	2	5.00	2	5.00	2	5.00	3	7.50	9	22.50
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>27.5</b>	<b>7</b>	<b>17.5</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

Se observa que el mayor porcentaje 45.00% de los pacientes ingresaron por primera vez al centro hospitalario y la mayoría de ellos se quedaron hospitalizados por un tiempo de una semana, el menor porcentaje 22.50% de los pacientes tuvieron de tres a más ingresos al centro hospitalario y la mayoría de ellos quedó hospitalizado por más de un mes.

**Tabla N° 8**

**Tiempo de Trabajo en Psiquiatría y Especialización de la Enfermera que  
labora en la Unidad de Cuidados Iniciales. Hospital Emilio Valdizán**

---

**Posee especialización o capacitación**

---

<b>Tempo de W</b>	<b>Tiene</b>		<b>No tienen</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1 - 5 años	1	12.50	1	12.50	2	25.00
6 - 10 años	0		0	0	0	0.00
Igual o más 11	1	12.50	5	62.50	6	75.00
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>25.00</b>	<b>6</b>	<b>75.00</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

---

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla presenta el tiempo de trabajo y la especialización de la enfermera. Se observa que el mayor porcentaje 75.00% tienen de 11 años a más de servicio en psiquiatría y la mayoría de ellas 62.50% no tiene especialización.

**Tabla N° 9**

**Nivel de atención integral de la enfermera en la Unidad de Cuidados Iniciales  
del Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Nivel de atención</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Alto	9	22.50
Medio	25	62.50
Bajo	6	15.00
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

*Nota: el puntaje máximo de la guía de observación es de 46 puntos.*

*Leyenda: Alto 29 – 32 puntos; Medio 22 – 28 puntos; Bajo 18 – 21 puntos*

En la tabla se observa que el mayor porcentaje 62.50% de los pacientes, recibieron un nivel de atención regular medio y el menor porcentaje 15.00%, recibieron un nivel de atención regular bajo.

**Tabla N° 10**

**Nivel de participación de la familia en la Unidad de Cuidados Iniciales  
Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Participación de la familia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Alto	4	10.00
Medio	32	80.00
Bajo	4	10.00
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

En la tabla se observa los niveles de participación de la familia del paciente esquizofrénico en la Unidad de Cuidados Iniciales. Así, el mayor porcentaje de los familiares 80.00% presentan un nivel medio de participación al haber alcanzado un puntaje entre 20 y 30

**Tabla N° 11**

**Atención de la Enfermera al paciente psiquiátrico y frecuencia de las visitas de los familiares en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán.**

<b>Frecuencia de visitas de la familia mensual</b>													
<b>Nivel de Atención</b>	No lo visita		Tres veces		Una vez		Cada 15 días		Cuando puede		<b>TOTAL</b>		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Alto	1	2.50	3	7.50	0	0.00	0	0.00	5	12.50	9	22.50	
Medio	4	10.00	12	30.00	0	0.00	1	2.50	8	20.00	25	62.50	
Bajo	0	0.00	4	10.00	1	2.50	0	0.00	1	2.50	6	15.00	
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>12.5</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>1</b>	<b>2.50</b>	<b>1</b>	<b>2.50</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla N° 8, presenta los resultados comparando los datos obtenidos entre la atención que brinda la enfermera y la frecuencia de las visita de los familiares. Se observa que el mayor porcentaje de los pacientes reciben de la enfermera una atención de regular medio, recibe visita de sus familiares 3 veces por semana. El



menor porcentaje de los paciente, la atención que reciben es de regula a baja, los familiares también los visitan 2 veces por semana.

**Tabla N°12**

**Atención de la enfermera al paciente con esquizofrenia y el apoyo de la familia en la Unidad de Cuidados Iniciales del Hospital Hermilio Valdizán.**

Atención de Enfermería	Apoyo de la Familia							
	Total		Parcial		No apoya		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	5	12.50	4	10.00	0	0.00	9	22.50
Medio	12	30.00	11	27.50	2	5.00	25	62.50
Bajo	2	5.00	3	7.50	1	2.50	6	15.00
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>47.5</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>3</b>	<b>7.5</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla presenta los resultados de la atención que brinda la enfermera al paciente con esquizofrenia y el apoyo de la familia, en el mismo se puede observar que el mayor porcentaje 62.50% de los pacientes esquizofrénicos reciben un nivel de atención regular medio y la mayoría de ellos 30.00%, recibe un apoyo total de la familia. El menor porcentaje 15.00% de los pacientes reciben un nivel de atención regular bajo y la mayoría de los mismos 7.50% reciben un apoyo parcial de la familia.

**Cuadro N 13**

**Nivel de estabilización del paciente esquizofrénico en la unidad de cuidados  
iniciales del Hospital Hermilio Valdizán**

<b>Nivel reestabilización</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Inestable	12	30
Poco estable	22	55
Estable	6	15
Total	40	100

*Fuente de la investigadora – Diciembre de 2008- Hospital Hermilio Valdizán*

La tabla presenta los resultados del nivel de estabilización del paciente esquizofrénico es mayor porcentaje 55.00 %, presenta un nivel de estabilización de medio El menor porcentaje 15.00% de los pacientes se encontraron estable

# **EVALUACIÓN DE JUCIO DE EXPERTOS**

## EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

### TABLA DE EVALUACIÓN

N	ITEMS	PUNTAJES OBTENIDOS				
		EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	PROMEDIO
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	80	80	80	60	75
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	80	80	60	60	70
3	La estructura del instrumento es la adecuada	80	80	80	40	70
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variables	100	80	80	60	80
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	80	80	80	100	85
6	Los ítems están redactados en forma clara y entendible	100	80	100	80	90
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	60	80	60	100	75
		82.85	80	77.14	71.42	77.5

## **INSTRUMENTO DE RECOLECIÓM DE DATO**

## **Manual de codificación**

### **I.- Aspecto general:**

#### **1.-Tiempo de servicio de la enfermera**

- 1.- 1año a 5años
- 2.- 6años a10 años
- 3.- 11años a más

#### **2.- Tiempo de trabajo en la especialización de psiquiatría**

- 1.- 1año a 5 años
- 2.- 11 años a15 años
- 3.- 16 años a más años

#### **3.- Especialización en salud mental Pistaría**

- 1.- SI
- 2.- No

# MANUAL DE CODIFICACIÓN

## CUESTIONARIO

Soy estudiante de la escuela Padre Luis Tezza estoy realizando una investigación .Para determinar el tipo de atención que recibe su familia con la finalidad de mejorar cuidado que requiere el paciente La información solo servirá a la investigación. Le aseguro el anonimato.

Solicitamos la veracidad en sus respuestas, agradeciendo anticipadamente su participación.

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada pregunta antes de darla respuesta

### 1.- ¿Que parentesco tiene con el paciente?

- a) Padre
- b) Hermano
- c) Tío
- d) Abuelo
- e) Apoderado

### 2.- En que grupo se encuentra su edad

- a) Menos de 20 años
- b) Entre 21 y 30 años
- c) Entre 31 y 40 años
- d) Entre 41 y 50 años
- e) Mayor de 51 años

**3.- Sexo**

- a) Masculino
- b) Femenino

**4.- Cuanto tiempo esta hospitalizado el paciente**

- a) Menos de una semana
- b) Una semana
- c) Cada 15 días
- d) Un mes

**5.- Cuantos ingresos atendido el paciente**

- a) Primer ingreso
- b) Segundo ingreso
- c) Más de tres

**6.- ¿Qué ayuda le brinda al paciente?**

- a) Compra su medicamento
- b) Le proporciona fruta
- c) Le trae ropa limpia
- d) Esta pendiente a lo que necesita
- e).- Compra medicamento, trae ropa limpia y esta pendiente de lo que necesita



**7.- Con que frecuencia lo visita**

- a) No le visita
- b) Una vez a la semana
- c) Casa 15 días
- d) Cada vez que puede
- e) 3 veces a la semana

**8.- Como su relación con el paciente**

- a) Relación comprensiva
- b) Relación conflictiva
- c) Relación pacífica
- d) Relación afectiva

**9.- Cual es su actitud frente al paciente que esta alterado**

- a) Lo castiga
- b) Llama a la persona de salud
- c) Lo amonesta
- d) Otros especifique .....

**10.- Cuando visita al paciente ¿cuál es su tema central de su conversación?**

- a) Le habla de su familia y lo escucha
- b) Le habla de su enfermedad
- c) Trata con cariño y comprensión

**11.- El trato que le da en el hospital, es el mismo que le da en casa**

- a) El mismo que en casa
- b) diferente al trato que se le da en casa
- c) No responde

**12.- Condición en que ingresa el paciente**

- a) Auto agresivo
- b) Heteroagresivo
- c) Descompensado
- d) Irritable
- e) Rechaza la medicación

**13.- Estado que se encuentra en el momento de la entrevista a los familiares**

- a) Inestable
- b) Poco estable
- c) Estable