Duazary / Vol. 23 (número especial) – 2026 / e7580
DOI: https://doi.org/10.21676/2389783X.7580

CC BY NC SA

Artículos del VIII Congreso Internacional en Salud Integral

Cuidado de un caso de esquizofrenia desde la teoría de Hildegard Peplau

Care of a case of schizophrenia from Hildegard Peplau's theory

Tatiana González-Noguera[1]* Ediltrudis Ramos-De La Cruz[2]* Diana Acosta-Salazar[3]

Para citar este artículo: González-Noguera T, Ramos-De La Cruz E, Acosta-Salazar D. Cuidado de un caso de esquizofrenia desde la teoría de Hildegard Peplau. Duazary. 2026;23(número especial):e7580. https://doi.org/10.21676/2389783X.7580

Recibido en julio 15 de 2026
Aceptado en septiembre 08 de 2026
Publicado en línea en septiembre 21 de 2026

RESUMEN

La esquizofrenia altera la percepción de la realidad y deteriora las relaciones sociales, lo que dificulta la adherencia al tratamiento en unidades de agudos. Se presenta el caso de un hombre de 32 años, hospitalizado durante 21 días en una unidad psiquiátrica de agudos del Caribe colombiano, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas y rechazo al tratamiento por vía oral. Se aplicaron las cuatro fases de la teoría de Hildegard Peplau. La ansiedad, medida con la Escala de Ansiedad de Hamilton, descendió de 22 a 11 puntos. El paciente incrementó su participación social y reconoció la necesidad de mantener la medicación.

Palabras clave: esquizofrenia; relaciones enfermero-paciente; comunicación; cumplimiento de la medicación; informes de casos.

ABSTRACT

Schizophrenia alters the perception of reality and impairs social relationships, which hinders treatment adherence in acute care units. We present the case of a 32-year-old man hospitalized for 21 days in an acute psychiatric unit in the Colombian Caribbean, with persecutory delusions, auditory hallucinations, and refusal of oral treatment. The four phases of Hildegard Peplau's theory were applied. Anxiety, measured with the Hamilton Anxiety Rating Scale, decreased from 22 to 11 points. The patient increased his social participation and acknowledged the need to sustain medication.

Keywords: Schizophrenia; Nurse-patient relations; Communication; Medication adherence; Case reports.

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: tgonzalez@unimagdalena.edu.co - https://orcid.org/0000-0002-1095-1219
2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: eramos@unimagdalena.edu.co - http://orcid.org/0000-0002-7851-8796
3. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: dianaacostas@unimagdalena.edu.co - https://orcid.org/0000-0003-4409-9893

INTRODUCCION

La esquizofrenia desorganiza la percepción de la realidad y, con ella, el entorno social y familiar de quien la padece.[1,2] En las unidades de agudos el problema no se limita al control de los síntomas positivos, porque la pérdida de autonomía y el rechazo al tratamiento farmacológico sostienen un ciclo de recaídas y rehospitalizaciones que consume buena parte de la capacidad instalada de los servicios de salud mental.[3,4] Por su parte, el cuidado de enfermería en ese escenario exige más que vigilar la medicación y prevenir el riesgo físico, ya que supone planear intervenciones capaces de reconstruir la confianza y el vínculo con el paciente.[5]

La Teoría de las Relaciones Interpersonales concibe la enfermería como un proceso terapéutico y educativo que se despliega en la interacción cotidiana. Peplau[6] propuso cuatro fases (orientación, identificación, explotación y resolución) en las que la enfermera asume los roles de extraña, persona recurso, consejera y educadora, y emplea la comunicación terapéutica para reducir la ansiedad y facilitar la comprensión de la experiencia vivida.[7]

Varios trabajos han puesto ese marco en práctica en la clínica. Martínez-Esquivel[8] reportó el abordaje de un hombre de 56 años, hospitalizado por trastorno bipolar I con control de impulsos ineficaz, en el que las cuatro fases guiaron una intervención de siete días, evaluada con indicadores estandarizados; el propio autor reconoció que la valoración dependió de un único evaluador y que no hubo seguimiento posterior al egreso. En esa misma línea, Çunkuş-Köktaş et al.[9] documentaron una mejoría de la remisión funcional y del insight en personas con esquizofrenia intervenidas mediante entrevistas motivacionales basadas en la misma teoría, aunque el diseño experimental impide observar cómo se despliega la relación enfermera-paciente en un caso concreto. Senn,7 por su parte, mostró la aplicabilidad del modelo en urgencias y en enfermería rural, escenarios distintos de la hospitalización psiquiátrica aguda. Los resultados, sin embargo, no siempre son favorables: Anderson et al.10 no hallaron mejoría significativa de los síntomas ni de la adherencia tras ocho sesiones de intervención relacional realizadas por enfermeras, lo que advierte que el vínculo terapéutico no garantiza por sí solo un desenlace clínico.

Con todo, la producción latinoamericana ofrece pocos reportes que describan la aplicación, fase por fase, del modelo durante una hospitalización aguda por esquizofrenia y que documenten el cambio mediante un instrumento psicométrico, pues la mayoría se mantiene en el plano teórico o descriptivo.[11-13] La novedad de este caso reside en esa combinación: un seguimiento diario de las cuatro fases en una unidad de agudos del Caribe colombiano, con mediciones previas y posteriores de la ansiedad. Como limitación reconocida desde el inicio, se trata de un caso único evaluado por la misma enfermera que brindó el cuidado y sin seguimiento tras el alta. El objetivo fue implementar cuidados basados en la teoría de Peplau para mejorar la interacción social y la adherencia terapéutica en un hombre hospitalizado por esquizofrenia.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Se trató de un hombre de 32 años, soltero, procedente de una zona rural del departamento del Magdalena, en la región Caribe de Colombia. El diagnóstico de esquizofrenia (CIE-10, F20) lo había establecido la psiquiatría en hospitalizaciones anteriores mediante entrevista clínica, y el psiquiatra tratante lo ratificó al ingreso en la unidad de agudos. El curso previo había sido crónico y con recaídas, puesto que el paciente registraba reingresos hospitalarios, cuyo número exacto no fue posible precisar a partir de los registros disponibles.

El episodio que motivó la hospitalización correspondió a un cuadro psicótico agudo. El paciente presentó ideas delirantes estructuradas de tipo persecutorio y alucinaciones auditivas, junto con un marcado aislamiento y rechazo al tratamiento farmacológico oral prescrito. La ausencia de conciencia de enfermedad, sostenida desde los ingresos anteriores, incrementó el riesgo de cronicidad.[4]

La primera evaluación estuvo a cargo de la enfermera responsable del cuidado, quien la realizó mediante una entrevista y una observación. En el examen mental, el paciente se mostró desorientado en el tiempo y con actitud suspicaz. La psicomotricidad se encontró aumentada, con inquietud, hipervigilancia y tensión muscular. El pensamiento conservó las ideas delirantes persecutorias y la sensopercepción, así como las alucinaciones auditivas. La relación con el entorno se caracterizó por el aislamiento y la evitación del contacto. El patrón de sueño mostró insomnio de conciliación. El paciente no reconoció el diagnóstico ni aceptó la medicación por vía oral.

Como complemento de esa evaluación clínica, y no como criterio diagnóstico aislado, la enfermera aplicó la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Rating Scale*, HARS),[14] en la que el paciente obtuvo un puntaje basal de 22 puntos, correspondiente al rango de ansiedad moderada a severa.

Esa misma enfermera, integrante del equipo investigador, diseñó e implementó un plan estructurado según la Teoría de las Relaciones Interpersonales. La intervención abarcó los 21 días de hospitalización, de modo que su extensión se determinó por la evolución clínica y no por una decisión previa de los investigadores. Ella elaboró las notas de enfermería y las guías de observación diaria que constituyeron el material de análisis, recogido mediante observación participante durante el ejercicio asistencial. Las otras dos investigadoras, sin contacto directo con el paciente, participaron en el análisis e interpretación de dichos registros. El proceso se ejecutó de forma secuencial según las fases del modelo.[6,7]

- **Orientación (días 1 a 5).** La enfermera asumió el rol de extraña y realizó aproximaciones breves y frecuentes y respetó los espacios del paciente, con el propósito de disminuir la actitud de sospecha y lograr que identificara al personal como fuente de ayuda.

- **Identificación (días 6 a 12).** Se exploraron las necesidades de cuidado y las experiencias del paciente durante sus crisis. A través de la comunicación terapéutica en el rol de consejera, el participante toleró la cercanía del personal, respondió activamente a las interacciones de remotivación y redujo progresivamente las conductas de aislamiento.

- **Explotación (días 13 a 18).** El paciente utilizó los servicios y recursos disponibles, se integró voluntariamente a actividades grupales y asistió a sesiones de psicoeducación individuales. La enfermera fortaleció el rol de educadora y vinculó en paralelo a la red de apoyo familiar para consolidar el conocimiento sobre el trastorno.[15]

- **Resolución (días 19 a 21).** El trabajo se orientó a la preparación para el alta y al fortalecimiento de la autonomía. Se evaluaron las conductas de afrontamiento aprendidas y se verificó la asimilación del régimen terapéutico fuera del entorno institucional.

Tras 21 días de intervención, el paciente obtuvo un puntaje final de 11 en la HARS, correspondiente al rango de ansiedad leve. Las notas de enfermería registraron participación social en actividades con otros pacientes, actitud colaborativa con el entorno y verbalización espontánea sobre la importancia de

mantener la adherencia a la medicación para prevenir nuevas crisis. El paciente finalizó el proceso con expresiones de confianza hacia el equipo asistencial y su red familiar y con participación en las pautas de cuidado domiciliario.

Declaración sobre aspectos éticos

Este estudio se realizó con el estricto cumplimiento de los requisitos legales vigentes en Colombia para la investigación en salud, conforme a la Resolución 8430 de 1993. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del participante, en un momento de estabilidad clínica que permitió comprender la información proporcionada, con el acompañamiento de un familiar en calidad de apoyo, conforme a la Ley 1996 de 2019 sobre capacidad legal de las personas con discapacidad.

DISCUSIÓN

La implementación sistemática de las cuatro fases durante 21 días se acompañó de una reducción de la ansiedad, medida con la HARS, que descendió de 22 a 11 puntos; es decir, del rango moderado a severo al rango leve.[14] Junto a ese cambio cuantitativo, las notas de enfermería registraron el tránsito desde el aislamiento y la suspicacia iniciales hasta la participación en actividades grupales y la verbalización espontánea de la necesidad de sostener la medicación.

Al contrastar estos hallazgos con los casos disponibles, se observa convergencia. Martínez-Esquivel8 describió un curso similar en un hombre hospitalizado por trastorno bipolar I, en quien la fase de orientación se prolongó más allá de lo previsto debido a la suspicacia del usuario, y la resolución coincidió con el reconocimiento del profesional como recurso de ayuda. En concordancia, Çunkuş-Köktaş *et al*.[9] documentaron una mejoría del insight y de la remisión funcional en personas con esquizofrenia tratadas con la misma teoría. Por su parte, Aparicio-Díaz,[11] reportó el fortalecimiento del vínculo terapéutico en usuarios de una clínica psiquiátrica colombiana, aunque sin una medición estandarizada del cambio.

Por su parte, Anderson *et al*.[10] no hallaron mejoría significativa de la sintomatología ni de la adherencia farmacológica tras ocho sesiones de intervención relacional realizadas por enfermeras, pese a la elevada satisfacción que reportaron los participantes. Ese resultado advierte que el vínculo terapéutico no opera de manera automática y que su efecto depende del momento del tratamiento, de la duración del contacto y del grado de conciencia de enfermedad.[5] En el presente caso, la estancia de 21 días y el contacto diario con la misma enfermera constituyeron condiciones difíciles de reproducir en servicios con alta rotación de personal.

Para explicar la consistencia de estos resultados, cabe plantear que las fases de Peplau operan como un contenedor relacional predecible frente a la desorganización del pensamiento.[6] En la fase aguda los delirios persecutorios y las alucinaciones vuelven hostil el entorno,[2] de modo que una interacción respetuosa y libre de juicio reduce la amenaza percibida y, con ella, la hipervigilancia; ese descenso abre el canal de comunicación que hace posible la psicoeducación.[7]

En términos de utilidad práctica, el caso muestra que la teoría puede traducirse en guías de manejo aplicables en unidades de agudos latinoamericanas.[12] Estructurar el cuidado en torno al vínculo y a la psicoeducación familiar ofrece una alternativa para reducir los reingresos que saturan los servicios de salud mental,[15] en concordancia con las directrices de la política nacional de salud mental de Colombia.[17] Como sostiene Wand,[16] la enfermería psiquiátrica requiere reformular su práctica alrededor de la relación

terapéutica, y un entorno asistencial centrado en las relaciones interpersonales resulta pertinente para intervenir sobre la estigmatización que ha marginado históricamente a estas personas.[18,19]

La principal fortaleza de este reporte radica en la articulación de dos fuentes con criterios de rigor propios: el registro sistemático de las notas de enfermería y las guías de observación, sustentado en la observación prolongada y en la trazabilidad del proceso asistencial, y la aplicación de un instrumento con propiedades psicométricas documentadas.[14] Entre las limitaciones, la enfermera que brindó el cuidado fue también quien aplicó la escala y elaboró los registros, condición que introduce riesgo de sesgo de observación; el diseño de caso único impide generalizar los hallazgos, y el seguimiento se restringió a los 21 días de estancia, lo que dejó sin evaluar la sostenibilidad de la adherencia y del soporte familiar tras el alta.[5]

CONCLUSIONES

El cuidado guiado por las fases de la teoría de Peplau durante la hospitalización aguda se acompañó del descenso de la ansiedad de 22 a 11 puntos en la HARS, del incremento de la participación social y del reconocimiento, por parte del paciente, de la necesidad de mantener la adherencia farmacológica. Se recomienda que los estudios posteriores incorporen evaluadores independientes del cuidado directo y un seguimiento mínimo de 6 meses después del alta.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Durante la preparación de este manuscrito, los autores emplearon herramientas de inteligencia artificial generativa con fines de apoyo lingüístico, corrección gramatical y refinamiento del estilo de redacción.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

TGN conceptualizó el estudio, recopiló los datos, redactó el manuscrito y aprobó la versión final.
ERC diseñó el estudio, analizó la información, redactó el manuscrito y aprobó la versión final.
DAS recopiló los datos, revisó críticamente el manuscrito y aprobó la versión final.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Schizophrenia]. Ginebra: OMS; 2022.

2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría [Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry]. 11.ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.

3. Campozano-Zavala LF, Lozada-Ávila SN, Armas-Panchana KM, Carvajal-Santistevan DS. Una revisión al cerebro esquizofrénico [A review of the schizophrenic brain]. E-IDEA Rev Multidiscip. 2023;5:1–15. https://doi.org/10.53734/mj.vol5.id281

4. Gutiérrez-Arana G. Psicoeducación y adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia en un hospital especializado en salud mental [Psychoeducation and treatment adherence in people with

schizophrenia in a specialized mental health hospital] [tesis de maestría]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2025.

5. García-Barrera C. Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad en la esquizofrenia [Treatment adherence and illness insight in schizophrenia] [tesis de grado]. Montevideo: Universidad de la República; 2023.

6. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco conceptual de referencia para la enfermería psicodinámica [Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing]. Barcelona: Salvat; 1990.

7. Senn JF. Peplau's theory of interpersonal relations: Application in emergency and rural nursing. Nurs Sci Q. 2013;26:31–5. https://doi.org/10.1177/0894318412466744

8. Martínez-Esquivel D. Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz [A nursing approach based on Peplau's model on ineffective impulse control]. Av Enferm. 2020;38:87–94. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80576

9. Çunkuş-Köktaş N, Taşdemir-Yiğitoğlu G, İnci-Kenar AN. The effect of interpersonal relations theory-based motivational interviews on functional remission and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. Arch Psychiatr Nurs. 2023;45:72–9. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.04.018

10. Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. Int J Ment Health Nurs. 2010;19:340–9. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x

11. Aparicio-Díaz LA. Fortalecimiento de la salud mental en el personal y usuarios de la Clínica Isnor basado en la teoría psicodinámica de Hildegard Peplau [Strengthening mental health among staff and users of Clínica Isnor based on Hildegard Peplau's psychodynamic theory] [tesis de maestría]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2020.

12. Oliveira TCP, Silva INC, Santos SD, Almeida DB, Silva GTR. Professional identity of nurses in the mental health field: An integrative review. Cogitare Enferm. 2023;28:e91494. https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91494

13. Martínez-Dibarboure F. Perspectivas de enfermería en salud mental [Nursing perspectives in mental health]. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria; 2025.

14. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32:50–5. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

15. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(12):CD000088. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3

16. Wand T. We have to cancel psychiatric nursing and forge a new way forward. Int J Ment Health Nurs. 2024;33:215–9. https://doi.org/10.1111/inm.13301

17. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 [National Mental Health Policy 2024-2033]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.

18. Campo-Arias A, Herazo E. Discrimination starts with adjectives. J Public Health Res. 2021;10:2398. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2398

19. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental [Stigma: Barrier to access to mental health services]. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;43:162–7. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001