BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Pascual Tosina, Raúl; Ruiz Gómez, Erica; Suárez Ramírez, Nayra. Efectividad de los grupos de autoayuda de pacientes con diagnóstico precoz de esquizofrenia dirigido por enfermero especialista en salud mental. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0571.php

EFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ESQUIZOFRENIA DIRIGIDO POR ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

Autores:

-Raúl Pascual Tosina (DUE especialista en Salud Mental).

-Erica Ruiz Gómez (DUE especialista en Salud Mental).

-Nayra Suarez Ramirez (DUE especialista en Salud Mental).

Centro de trabajo:

Unidad docente de Enfermería de Salud Mental - Hospitales Universitarios: “Virgen del Rocío” - Sevilla.

Dirección:

H.H.U.U. “Virgen del Rocío”

Edificio de Gobierno, planta baja.

Avda. Manuel Siurot s/n

41013 Sevilla (España)

Resumen:

La actuación en el diagnóstico precoz de esquizofrenia, previene la aparición de las “recaídas” o brotes que suponen un deterioro irreversible de funciones cognitivas reduciéndose la esperanza de vida en 10 años.

Los estudios epidemiológicos más recientes indican que existe un período de tiempo inicial, duración de la enfermedad sin tratar, con 2 períodos: etapa prodrómica de 2 a 5 años y duración de la psicosis sin tratar, esto justifica la intervención temprana en psicosis.

Los grupos de autoayuda nos servirán como complemento directo del resto de intervenciones multidisciplinares reduciéndose costes por la disminución de ingresos hospitalarios y se aportaría calidad asistencial y de vida.

Hipótesis:

- General: Los grupos de autoayuda en personas con diagnóstico precoz de esquizofrenia, dirigido por enfermero/a especialista en Salud Mental, mejorarán su calidad de vida.
- Específicas: Los grupos de autoayuda en esquizofrénicos mejorarán la adherencia al tratamiento, disminuirán la sobrecarga de los cuidadores, aumentarán la autonomía en ABVD, mejorarán la interacción social.

Objetivos:

- General: Mejorar la calidad de vida en el diagnóstico precoz de esquizofrenia.
- Específicos: Valorar la adherencia al tratamiento, sobrecarga de cuidadores, autonomía en ABVD e interacción social.

Diseño del estudio: Estudio cuasiexperimental, intergrupo, longitudinal y prospectivo.

Antecedentes y estado actual:

La incidencia anual media de esquizofrenia es de 0.21 por 1.000 existiendo diferencias escasas entre países desarrollados y los de tercer mundo; no es así en la prevalencia media siendo 6.3 por 1000 en países desarrollados y 3.4 por 1000 en países en desarrollo, ésta situación puede explicarse en parte por la dificultad de identificar los mismos casos transcurridos un tiempo, quizás también porque pudiera darse mayor mortalidad. Existen diferencias destacables entre sexos: en los varones la incidencia máxima se sitúa entre los 15 y los 25 años y en las mujeres entre los 25 y los 35, presentando un segundo pico a los 40-45 años antes de la menopausia.[1,2]

Los estudios epidemiológicos más recientes indican que existe un período de tiempo inicial conocido como duración de la enfermedad sin tratar que abarca 2 períodos diferenciados: etapa prodrómica o estado mental de alto riesgo que puede durar de 2 a 5 años y la segunda etapa, duración de la psicosis sin tratar, tiempo que el paciente pasa con sintomatología claramente psicótica pero sin recibir tratamiento. Estos 2 momentos se han convertido en la justificación de la intervención temprana en psicosis la cual presenta 2 elementos que la diferencia de las actuaciones habituales actuales: la detección temprana y la aplicación del tratamiento específico.[3] El primer episodio de esquizofrenia, generalmente acompañado de la primera hospitalización del paciente, supone el motor de arranque y puesta en marcha de una serie de intervenciones dirigidas a la instauración del mejor tratamiento posible y a la prevención secundaria de la enfermedad.[4]

La esquizofrenia es una enfermedad muy incapacitante y provoca en el paciente un gran deterioro, al menos en las formas más graves. Implica una serie de disfunciones que afectan a la percepción, al lenguaje, al comportamiento, a la afectividad, a la voluntad, a las habilidades sociales, etc., es decir, afecta a su calidad de vida definida como la percepción personal acerca de una sensación de bienestar y de satisfacción de las necesidades humanas para el desarrollo individual y social. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su

individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a que el paciente no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en éstos.[5]

Se dispone de numerosos dispositivos para atender de forma terapéutica a estos pacientes: unidades de media estancia, centros de rehabilitación psicosocial, hospital de día, viviendas tuteladas, además de las unidades de salud mental y las unidades de hospitalización breve en momentos de la manifestación más aguda de la enfermedad. A pesar de todos los recursos disponibles la tendencia actual es que el paciente conviva en su núcleo familiar y social. Por lo general es la familia quien soporta el mayor tiempo de interacción con el enfermo. Experimentan sobrecarga emocional, psicológica, física y económica, relacionadas con la sintomatología de la enfermedad, además de sentimientos de vergüenza y culpabilidad temor, tristeza, inseguridad, desconcierto, hostilidad.[6]

Actualmente las investigaciones acerca de la esquizofrenia tienen tres líneas fundamentales de trabajo, y una de ellas es sobre los factores psicosociales que influyen en el inicio, en las recaídas, en la adherencia al tratamiento y en sus resultados.[7] Según el Ministerio de Sanidad, solamente entre el 4 y el 12% de los pacientes con Trastornos Mentales, siguen de forma rigurosa su tratamiento farmacológico; el resto prefiere no ingerir fármaco alguno, ya sea porque cree no necesitarlos o dejan de tomarlos después de sufrir síntomas indeseables a causa de los efectos colaterales asociados a los fármacos.[8]

Éstas personas se caracterizan por un gran aislamiento social y dificultades para establecer relaciones sociales, por lo que parece necesario que el nexo de unión sea a partir de un lugar que les une y ese bien puede ser el centro de salud mental, donde profesionales formados fomenten, animen y ayuden a crear grupos de autoayuda.[8]

El concepto de dinámica de grupo de Lewin (1948) se basa en la convicción de que el grupo es el instrumento más eficaz para modificar comportamientos, opiniones y para efectuar la integración del individuo. Por su parte, Shepherd[9] dice que las relaciones personales, o las interacciones sociales, son factores claves a la hora de hablar de integración, a la hora de devolver a los usuarios con los que trabajamos una visión de persona y no de enfermo.[10]

La ayuda mutua y en especial el apoyo entre iguales son fundamentales para el proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental.[11]
Los beneficios derivados de los grupos de autoayuda son: a) Sirven para compartir experiencias entre sus diferentes miembros. b) Potencian la comunicación. c) Fomentan la participación. d) Rompen el aislamiento. e) Sirven como aprendizaje y sitúan a los miembros en la realidad confrontándoles con ella, ya que al utilizar sistemáticamente los recursos comunitarios sus miembros aprenden la utilización de esos servicios, su coste y cómo acceder a ellos. Este aprendizaje hace incrementar la competencia social y, con todo lo anterior, sus miembros van alcanzando mayor nivel de autonomía de forma gradual. Al aumentar la autonomía y la interacción entre sus miembros mejora también la autoestima.[12]

El marco teórico sobre el que se asienta el proyecto de investigación es el modelo conceptual de Virginia Henderson: "la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible".[7]

Hipótesis:

- General:

  Los grupos de autoayuda en personas con diagnóstico precoz de esquizofrenia, dirigido por enfermero/a especialista en Salud Mental, mejorarán su calidad de vida.

- Específicas:

  Los grupos de autoayuda en esquizofrénicos mejorarán la adherencia al tratamiento, disminuirán la sobrecarga de los cuidadores, aumentarán la autonomía en ABVD, mejorarán la interacción social.

Objetivos:

- General:

  Mejorar la calidad de vida en el diagnóstico precoz de esquizofrenia.

- Específicos:

  Valorar la adherencia al tratamiento, sobrecarga de cuidadores, autonomía en ABVD e interacción social.

Ámbito de estudio:

El estudio se realizará en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Camas, perteneciente al Hospital Virgen de Macarena de Sevilla, situada en la Calle Santa María de Gracia, 54. Su distrito de Atención Primaria es Sevilla Norte y los municipios que cubre son: Almadén de la Plata, Arroyo, Bormujos, Burguillos, Cala, Camas, Castiblanco de Guzmán, Castilleja de la Cuesta, el Garrobo, Gerena, Gine, El Madroño, Real de la Jara, El Ronquillo, Santa Olalla, Santiponce, Tomares, Valencina de la Concepción y Zufre. La población atendida son 146838 personas aproximadamente.

Diseño del estudio:

Estudio cuasiexperimental, intergrupo, longitudinal y prospectivo.

Han sido seleccionados como caso control y experimental la USMC Macarena Centro y de Camas, respectivamente, ya que presentan características y poblaciones atendidas similares.

Utilizaría como grupo experimental los casos que surjan en USMC Camas que cumplan criterios durante el período de estudio a los que se le aplicarían los grupos de autoayuda y como grupo control a los pacientes que cumplan los mismos criterios durante el período de estudio de la USMC Macarena Centro atendidos según los procedimientos e intervenciones habituales.

Criterios de Inclusión/Exclusión:

Inclusión:

- Mayor de edad.
- Diagnóstico precoz de cualquier tipo de esquizofrenia según CIE-10 en la USMC de Camas
- Tener realizada valoración y tratamiento multidisciplinar habitual: psiquiatra, psicólogo, enfermero especialista para hacer un abordaje integral y evitar las descompensaciones psicopatológicas.

Exclusión:

- Retraso mental en cualquier grado.
- Paciente con consumo de sustancias tóxicas durante el período de estudio excepto nicotina y cafeína.
- Ausentarse el 20% de las sesiones.
- Necesidad de ingreso hospitalario en UHSM por descompensación psicótica

Variables:

- Dependientes: calidad de vida, adherencia al tratamiento, sobrecarga de cuidadores, autonomía en ABVD e interacción social.
- Independiente: participación/inclusión en programas de autoayuda dirigido por enfermero especialista en salud mental.

Variable	Naturaleza	Escala de medición	Interrelación
Calidad de vida	Cuantitativa	Continua	Dependiente
adherencia al tratamiento	cuantitativa	Continua	Dependiente
sobrecarga de cuidadores	Cualitativa	Policotómica: no sobrecarga, sobrecarga leve,intensa	Dependiente
autonomía en ABVD	Cualitativa	Policotómica: dependencia total, severa, moderada, leve, independiente	Dependiente
interacción social	Cuantitativa	Continua	Dependiente
programas de autoayuda	Cuantitativa	Dicotómica	Independiente

PROGRAMA DE AUTOAYUDA:

El programa de autoayuda se desarrollará basándome en las variables dependientes y en los objetivos específicos del estudio, formándose grupos de 10-12 miembros. Constará de 4 fases con una duración aproximada de 1 año siendo prorrogable en caso de ser necesario por las características de los miembros:

1ª Fase: Captación

En ésta fase inicial se pretende la difusión y propaganda de la creación del grupo de autoayuda entre los usuarios de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Camas sobre los que se obtendrá la muestra de estudio. La difusión se realizará directamente tanto a los pacientes como a familiares y allegados e indirectamente anunciándose en el tablón de anuncios del centro.

Tendrá una duración aproximada de 1 mes y podrá realizarse por cualquier miembro del equipo.

2ª Fase: Preparación

En ésta fase las personas interesadas en formar parte del grupo tomarán contacto unos con otros, comprenderán el sentido y funcionamiento del grupo es decir, que es la autoayuda y qué significa participar en un grupo de autoayuda, y que se comprometan con y para trabajar en grupo.
Ésta fase se desarrollará con 1-2 reuniones informales de 1-2 horas en el centro con una frecuencia semanal dirigida por el enfermero especialista en Salud Mental.

3ª Fase: Primeros contactos con el grupo.

El enfermero especialista tendrá un rol activo propiciando un clima grupal agradable y de respeto incidiendo en la confidencialidad de lo expuesto en el grupo. Los miembros del grupo se conocerán entre sí y tendrán conocimientos directo de qué es la autoayuda y cual va a ser la metodología de las sesiones.

Ésta etapa se subdividirá en 4 bloques:

Bloque 1: CONOCIMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. (4-6 sesiones semanales de 1-2 horas de duración).

Bloque 2: AUTONOMÍA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. (4-6 sesiones semanales de 1-2 horas de duración).

Bloque 3: IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. (4-6 sesiones semanales 1-2 horas de duración).

Bloque 4: RELACIONES SOCIALES Y FAMILIARES (4-6 sesiones semanales de 1-2 horas de duración).

En cada uno de los bloques tras su exposición se plantearán una serie de actividades para el próximo día, en todo momento debe existir interacción y feedback entre los asistentes y el profesional.

Toda la información será expuesta en ordenador a la vez que aportada en papel como guión.

4ª Fase: Acompañamiento profesional.

El objetivo de ésta fase es entrenarse en la práctica de la metodología de autoayuda recibida en sesiones anteriores enseñando a cada miembro y al grupo a comunicarse. Cada miembro del grupo expondrá un tema que le

preocupe relacionado con su patología o una experiencia personal que será debatida por el grupo. En este caso el profesional solo intervendrá para generar la comunicación no dando soluciones. Tendrá una duración de 10-12 sesiones semanales, una por cada miembro, de 1-2 horas).

Instrumentos de medida:

- *Adherencia al tratamiento:* para la medición de la adherencia tomaremos como referencia el diagnóstico de enfermería NANDA: 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico marcándonos los siguientes objetivos:
  1601 Conducta de cumplimiento.
  1609 Conducta terapéutica: enfermedad.
  1813 Conocimiento: régimen terapéutico.

  Estos objetivos serán evaluados con los siguientes indicadores mediante la escala likert:

160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información recibida
1 2 3 4 5

160903 Cumple los tratamientos prescritos
1 2 3 4 5

160915 Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario
1 2 3 4 5

181306 Descripción de la medicación prescrita
1 2 3 4 5

181310 Descripción del proceso de la enfermedad
1 2 3 4 5

  Se realizará al inicio del proyecto en la fase 2ª preparación y al final de la fase 4ª acompañamiento familiar y a los 3 meses de finalización del programa (centro experimental centro de salud de Camas) y en el centro de salud control se le realizará coincidiendo con el final de la fase 4ª.

- *Sobrecarga de cuidador:* cuestionario de Zarit o escala de sobrecarga del cuidador. Se realizará tanto en el centro control como en el centro experimental en la fase 2ª del proyecto y al final de la fase 4ª.

- *Autonomía en ABVD y AIVD:* índice de Barthel e índice de Lawton y Brody. Se realizará en el centro experimental en la fase 2ª del proyecto, después de la fase 3ª primeros contactos con el grupo, al final de la fase 4ª y a los 3 meses de finalización del programa
- y en el centro control solamente en la fase 2ª y después de la fase 4ª.
- *Interacción Social:* Escala de Comportamiento Social. Se realizará tanto en el centro control como en el centro experimental en la fase 2ª del proyecto y al final de la fase 4ª.
- *Calidad de vida en esquizofrenia:* Perfil de Calidad de Vida de Lancashire-Versión Europea. Se realizará en el centro experimental en la fase 2ª del proyecto, después de la fase 3ª primeros contactos con el grupo y al final de la fase 4ª y en el centro control solamente en la fase 2ª y después de la fase 4ª.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizará en un cuaderno con igual nombre, específico e individual para cada paciente del estudio que cumpla criterios de inclusión, conteniendo las hojas de registro que sean necesarias. Estos cuadernos serán almacenados asegurando la confidencialidad de los datos recogidos para que posteriormente sean utilizados para sacar conclusiones.

Análisis de los datos:

Análisis descriptivo

En principio se realizará uno para detectar observaciones aberrantes. Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos.

Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos.

Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/ cualitativa).

Análisis inferencial

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p<0.05$.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Pertinencia de la investigación:

La formulación de éste proyecto de investigación radica en la necesidad de autoayuda entre semejantes con la aportación de vivencias personales en cuanto al conocimiento de la enfermedad, medicación prescrita y sus características, afrontamiento de situaciones que van a ir ocurriendo en el transcurso de la misma, etc. siendo un complemento perfecto a las intervenciones de los profesionales ya que, en éste contexto de autoayuda, suelen aparecer matices importantes que no se aprecian hasta que no son vividos por uno mismo.

La actuación en el diagnóstico precoz de cualquier enfermedad supone prolongar la calidad de vida de los pacientes; en el caso concreto de la esquizofrenia, prevendríamos la aparición de las “recaídas” o brotes que suponen un deterioro irreversible de funciones cognitivas con el consiguiente

acortamiento de la esperanza de vida de éstos pacientes en 10 años con respecto a la población sin Trastorno Mental Grave.

Aspectos éticos y legales:

El proyecto se desarrollara en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el numero asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se solicitará la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

Plan de difusión:

El primer plan de presentación se realizará en la jornada nacional de residentes de salud mental en valencia a mediados de Mayo de 2010. Posteriormente se realizará la publicación como proyecto en la revista específica de enfermería Nure Investigación.

Tras llevarse a cabo el proyecto se intentará la publicación de resultados en la revista de enfermería Presencia, específica de Salud Mental, con alta factor de impacto y también en el Congreso Nacional de esquizofrenia.

Duración del estudio y cronograma:

Actividad-1.-

Sesiones conjuntas del investigador principal y becario para puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición de la metodología.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones
- Aclaración de dudas

Actividad-2.-

- Elaboración y estandarización de los contenidos del programa.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro
- Diseño de la base de datos.

Actividad-3.-Puesta en marcha del protocolo de investigación y recogida de datos. Reuniones del equipo cada 3 meses para reevaluación y seguimiento del protocolo.

Actividad 4.-

- Análisis de los datos.
- Elaboración de los resultados y de las conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo

AÑO.1

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

AÑO.2

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

Distribución de actividades entre el equipo investigador.-

El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo.

Presupuesto económico:

	PRESUPUESTO SOLICITADO	
CONCEPTOS	AÑO 1	AÑO 2
Equipamiento inventariable: • 2 ordenadores portátiles (uno para el enfermero especialista y otro para el investigador). • Proyector. • 2 impresoras láser en blanco y negro.	3600 E 1000 E 800 E	
Material fungible: Consumibles informáticos (tóner, cd, pen drive, papelería, material de oficina, etc)	1500 E	1700 E
Material Bibliográfico: • Bibliografía básica de enfermería: NANDA, NOC, NIC. • Bibliografía específica sobre programas de autoayuda, evaluación de programas, actualizaciones sobre esquizofrenia.	1200 E	800 E
Personal: • Personal de apoyo a la investigación: bioestadístico para análisis de datos. • Enfermero especialista en SM (1 año del programa de autoayuda y seguimiento individualizado), en caso de no estar contratado por el SNS.	25.500 E	4000 E
Viajes y dietas: • Reuniones de grupo • Presentación de proyecto en jornada de residentes en Valencia • Congreso Nacional	700 E 700 E	700 E 2000 E
Formación y Difusión de resultados:		
Contratación de servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación: 30 horas de formación externa sobre valoración y mejora del afrontamiento. 15 horas de formación externa sobre terapia grupal.	2000 E	

Bibliografía:

1. Megías –Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. DAE, S.L.; 2.002.
2. Paniagua Calzón G, Villa Díez R, Pérez Rodríguez J, Sánchez Iglesias S. Esquizofrenia. Medicine. 2007;09:5478-85.
3. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S, Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. Apuntes de Psicología. 2006; 24(1-3):185-221.
4. Lozano Alonso R. Psicoeducación familiar en pacientes con primer episodio psicótico, como intervención temprana en el Centro de Salud Mental. Nure Inv. 2006; mar-abr; 3 (21). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ponencia_detalle.cfm?ID_ponencia=19&FilaInicio=25
5. Agüero Caro M, Estefó Agüero S, Eterovic Díaz C, Mancilla M, Osorio K, Fernández M. Calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Rev Presencia 2008 ene-jun, 4(7). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n7/p0133.php>
6. Zanetti AC, Galera SA. The impact of schizophrenia on the family. Rev Gaucha Enferm. 2007 Sep;28(3):385-92.
7. García Suso A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P, de Bustos ML. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare21 2004; 9. Disponible en: http://enfermeria21.com/educare/educare09/ensenando/ensenando4.htm
8. Bravo Ferrón S. Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera Especialista en salud mental como complemento a la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa. Nure Investigación. 2006, jul-agos; 23. Disponible en: http://www.fuden.es/proyectos_detalle.cfm?ID_INV_NURE=46&ID_INV_NURE_INI=1
9. Shephred G. Avances recientes en rehabilitación. En Aldaz.J.A. y Vázquez C. Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid edit S XXI; 1996.

10. Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. Autoayuda y autoayuda guiada para los trastornos alimentarios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
11. Roca J, Villalbí J.R. Los grupos de Ayuda Mutua y los S. Sanitarios y Sociales. Revista de Sociales y P.Social Nº 25. 4
12. González Varea, J. Abandono del tratamiento antipsicótico: entrevista motivacional. Enferm Global-Esp-2007, may; 6(10). Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/255/237