

ESQUIZOFRENIA: PSICOEDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA DE ENFERMERÍA

SCHIZOPHRENIA: PSYCOEDUCATION AS A TOOL OF NURSING

Francisco Javier Fernández N.*

Estudiante Enfermería Pontificia Universidad Católica

Daniela Hidalgo T.

Estudiante Enfermería Pontificia Universidad Católica

Epifanía Hernández J.

Estudiante Enfermería Pontificia Universidad Católica

Artículo recibido el 17 de diciembre, 2010. Aceptado en versión corregida el 2 de agosto, 2011.

RESUMEN

*El objetivo del presente artículo es destacar y validar la psicoeducación como herramienta en el proceso de intervención de enfermería en personas que presenten desviación de salud mental, específicamente esquizofrenia. Se describe el trabajo realizado por un grupo de estudiantes de enfermería, organizado en cuatro sesiones que tuvieron lugar en el Hogar Protegido "Nuevo Hogar", ubicado en la comuna de Independencia, Santiago de Chile, compuesto por 13 mujeres en etapa del ciclo vital de adulto mayor con antecedentes de esquizofrenia. El objetivo general pretendido es potenciar sus habilidades de autocuidado y a partir de ello lograr mayor autonomía y autosatisfacción, todo esto a través de la psicoeducación. **Palabras clave:** Psicoeducación, procesos de enfermería, esquizofrenia.*

ABSTRACT

*The aim of the present article is stand out and validate the psychoeducation as tool in the nursing process in persons who present mental health deviation, specifically schizophrenia. There is described the work realized by a group of nursing students, organized in 4 meetings who took place in the Protected Home "Nuevo hogar", located in the commune of Independence, Santiago of Chile, composed by 13 women in stage of the vital cycle of major adult with precedents of schizophrenia. The general claimed aim is to promote his skills of autocare and from it to achieve major autonomy and autosatisfaction, all that across the psicoeducación. **Key words:** Psychoeducation, nursing process, schizophrenia.*

* correspondencia e-mail: fferna1@uc.cl

INTRODUCCIÓN

Se denomina esquizofrenia a un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma, y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las poseen y también la de sus familiares y amigos (Capponi, 2006; Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2009).

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son aproximadamente 15.2 por 100.000 habitantes al año. En Chile, la prevalencia de la esquizofrenia es de 1.4 a 4.6 personas por cada mil habitantes, siendo la incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año (MINSAL, 2009).

La psicoeducación surgió como una respuesta a las necesidades integrales de las personas con esquizofrenia, su objetivo se fundamenta en mejorar la calidad de vida del paciente y familia, disminuyendo los episodios de recaída y que requieran atención en servicios de salud mental, siendo esta altamente costo efectiva (Fischman, 1994; Pekkala & Merinder, 2009). Asimismo, es un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables haciendo énfasis en aspectos psicológicos y motores para alcanzar sus objetivos, destacando entre estos, promover el protagonismo del usuario en el proceso de salud, fortaleciendo sus habilidades y logrando una mayor autonomía en su cuidado (Almendras, 2002; Xia, Merinder, & Belgamwar, 2002).

En este contexto, y considerando a la persona como centro de la atención en salud, surge la necesidad de contar con hogares que brinden apoyo a personas con discapacidad de causa psíquica, que no tengan las habilidades para vivir en forma

independiente y no cuenten con el apoyo de sus familias (Fischman, 1994). Para esto se diseñaron los Hogares Protegidos, que integran a una vida comunitaria a sus residentes (MINSAL, 2000a).

Según lo planteado por Joyce Travelbee, el profesional enfermero/a se caracteriza por ayudar a una persona, familia o comunidad, con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario, contribuir a descubrir un sentido en esas experiencias, entendiendo salud mental no como algo que la persona posee, sino como algo que la persona es en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinado (Doona & Travelbee, 1982).

El presente artículo aborda la experiencia de psicoeducación aplicada por estudiantes de enfermería de cuarto año en cuatro sesiones realizadas en el Hogar Protegido "Nuevo Hogar", ubicado en la comuna de Independencia, Santiago de Chile, compuesto por 13 mujeres pertenecientes a la etapa del ciclo vital de adulto mayor, con antecedentes de esquizofrenia de larga data, cuya base de tratamiento consistió en la administración de neurolépticos clásicos y hospitalización en servicios de salud mental. Esto permitía un buen control de los síntomas psicóticos, sin embargo, también conllevó varias secuelas físicas como efectos secundarios. Dicho tratamiento tuvo una duración promedio de 20 años. Hoy en día, gracias a los diversos avances en la farmacología, estas personas cuentan con un nuevo esquema de tratamiento con menos riesgos de efectos adversos. De igual manera, gracias a los avances en materia de políticas, hoy cuentan con la posibilidad de vivir en un hogar protegido, inserto en la sociedad fuera de un ambiente intrahospitalario.

CUERPO DEL PROYECTO

El objetivo general de la intervención es que las usuarias sean capaces de potenciar sus habilidades de autocuidado, y a

partir de ello, lograr una mayor autonomía y autosatisfacción para reintegrarse a la sociedad.

Los objetivos específicos que persigue cada sesión fueron surgiendo a partir de las necesidades sentidas presentadas por las usuarias durante la actividad de diagnóstico participativo, donde las usuarias dieron a conocer sus necesidades, decidiendo los temas a tratar en las tres futuras sesiones. Para el logro del objetivo anterior, identificación de una necesidad sentida en salud, se planteó otro objetivo específico, el cual consistió en crear un clima de confianza y seguridad entre las personas que se vincularían en las futuras sesiones, para llegar a conocerse y de esta manera establecer normas de común acuerdo que regirán el comportamiento de los participantes, todo esto sin perder de vista la actividad de fondo, el diagnóstico participativo.

La segunda sesión tuvo por objeto satisfacer una de las necesidades reveladas por las usuarias, siendo esta la necesidad de recreación, planteándose entonces el objetivo de ejercitar y fomentar habilidades cognitivas, especialmente atención y concentración, teniendo en cuenta para esto una actividad lúdica. La tercera sesión tuvo por objeto ejercitar habilidades psicomotrices, fomentar habilidades sociales y modelar la conducta, siendo este un objetivo transversal a todas las sesiones, teniendo organizado para ello una visita a una plaza del sector.

Por último, la cuarta sesión tuvo por objetivo dar respuesta a otra de sus necesidades sentidas, que fue cuidados básicos de salud bucal, y concluir con una actividad en que las usuarias reconocieran su participación en las actividades realizadas en las sesiones anteriores y cerrar el ciclo de reuniones.

Descripción de cada una de las intervenciones realizadas.

Reunión N° 1: Diagnóstico participativo

En esta reunión, y como primera ac-

tividad, el grupo de alumnos junto a las integrantes del hogar se presentaron e identificaron con sus nombres, contando para esto con credenciales simples que se escribían a la vez que se presentaba la persona y con los que se contaría cada día de intervención, diciendo su nombre, edad y actividad que más le gusta hacer. Se les explica el motivo de las reuniones, aclarando los días en que se iban a realizar, el horario y la fecha de término. Durante esta reunión se realizó el diagnóstico participativo, actividad donde las usuarias dieron a conocer sus necesidades; así, después de una actividad de grupo en que cada una expresó sus necesidades sentidas, se llegó a un acuerdo democrático, mediante votos, de los temas que se trabajarían a lo largo de las sesiones. Además, se realiza el contrato de grupo, donde cada uno de los presentes libremente pudo aportar reglas, normas y actitudes que iban a regir en todas las reuniones, para esto se comenzó con un ejemplo dado por un estudiante de enfermería. El contrato posteriormente se firmó con total acuerdo por cada uno los participantes.

Al finalizar la primera intervención se les solicita a las participantes que expresen en una palabra cómo se sintieron con este primer encuentro y su grado de satisfacción con lo acordado en el diagnóstico participativo. La mayoría de las usuarias estuvo de acuerdo con la actividad, ya que el 80% levantó la mano para realizar la elección, y el 60% verbalizó agradecimientos por la actividad. Los temas a tratar diagnosticados como necesidad fueron:

- Necesidad de recreación y distracción, tanto dentro como fuera del hogar
- Necesidad de fomentar el autocuidado en salud bucal

Las actividades realizadas tuvieron un nivel de participación superior al criterio de éxito planteado en la planificación de la reunión, resultando siempre superior al 80% en cada una de las actividades planteadas en la primera sesión.

Reunión N° 2: Resolución de una necesidad sentida: recreación dentro del hogar

En el segundo encuentro con la comunidad del Hogar Protegido "Nuevo Hogar", el objetivo se centró en dar respuesta a la necesidad sentida de recreación dentro del hogar. Las actividades realizadas durante esta reunión fueron el juego de lotería y dominó, siendo estas actividades instancias claves de valoración para el grupo de alumnos de enfermería y ejercitación de habilidades cognitivas y psicomotrices para las usuarias. Durante cada ronda de juegos, las usuarias del hogar fueron supervisadas por un alumno para guiar de mejor forma el juego. La ganadora de cada juego recibió un premio, como refuerzo positivo a su participación y logro alcanzado. Finalmente, se le pide a las participantes que expresen su emoción predominante después de la actividad realizada, con el fin de hacer una evaluación afectiva de la reunión; todas las participantes compartieron sus sentimientos. Además de esto, cabe señalar que entre ambos juegos se realizó un "break saludable" con el objeto de ejercitar en las participantes las habilidades sociales y también hacer una pausa entre las actividades. Luego se dio paso al dominó, contando con la misma organización del juego anterior y dejando en claro que se premiará a la ganadora. Al finalizar se premió a la ganadora con un elemento de perfumería, que pudiese usar a diario, y al resto de las participantes un premio de consuelo, que consistió en bisutería. Al recibir el premio, mostraron felicidad, emoción y agradecimiento, que se plasmó en la actividad siguiente de cierre y conocimiento del estado de emoción que caracterizaba ese minuto.

Reunión N° 3: Resolución de una necesidad sentida: recreación fuera del hogar

El tercer encuentro tiene por objetivo dar respuesta a la necesidad de recreación,

esta vez fuera del hogar, en la plaza del sector, lugar propuesto por las mismas usuarias. Transversal a esto se busca fomentar habilidades sociales, reforzar modelación de conducta y ejercitar habilidades psicomotrices, a través de una actividad "espejo" en la que organizados en parejas se comparten características personales y gustos, para luego comentarlas y compartirlas al grupo, dando a conocer las características de la pareja.

Tres encargados organizaron el trayecto, transporte y monitores movilizando a la comunidad del hogar de acuerdo a las capacidades físicas de cada una. Así, se dividió el grupo y cada monitor ayudó a una o más usuarias, contando con una silla de ruedas que sirvió para transportar a dos personas con disminución de su capacidad física y un andador que una usuaria prestó a sus compañeras para que pudieran llegar a la plaza. Queda de manifiesto la solidaridad y felicidad que compartían quienes llegaron primero a la plaza. Esta se encuentra a tres cuadras del hogar y cuenta con juegos para niños, árboles y espacios verdes. Los cuales fueron distintamente usados por las integrantes del hogar, algunas compartiendo en los bancos de la plaza, otras solicitaron ser ayudadas para columpiarse en los juegos para niños. Una vez concluida la actividad, se compartió un *cocktail* saludable, evaluando afectivamente la actividad, solicitando expresar sentimientos presentes en ese minuto. Utilizando la misma metodología para llegar al lugar, se abandonó el mismo, retornando al hogar.

Esta sesión, al igual que las anteriores, al ser evaluadas en sus diferentes partes por los criterios de éxito planteados en la planificación, logra el cumplimiento de los objetivos planteados, ya que en cada una de ellas el número de participantes fue mayor a lo esperado, lo que da cuenta del logro de los objetivos, la buena planificación de las actividades y la excelente acogida por parte de las usuarias.

Reunión N° 4: Resolución de una necesidad sentida: autocuidado en salud bucal. Cierre del proceso

Esta última sesión tiene por objetivo dar respuesta a la necesidad manifestada de aumentar conocimientos sobre el cuidado bucal. Se diseñó para esto una actividad que involucra lo afectivo, cognitivo y lo psicomotriz, para lograr un conocimiento acabado de lo enseñado (Piñas, Sobrino, Huerta, & León, 2008). Para esto, se presentaron una serie de cuidados básicos sobre higiene y salud bucal, apoyado en láminas que contenían imágenes desplegadas en pliegos de cartulinas. Esta actividad nuevamente al igual que todas las actividades realizadas cumple el criterio de éxito, logrando que cerca del 80% de las integrantes participen de manera activa en las actividades programadas para la obtención del conocimiento. Se concluye finalmente con un reconocimiento por la participación a cada una de las usuarias, entregando un diploma de participación y realizando una valoración afectiva de todas las sesiones, recogiendo buenas opiniones por parte de todos los integrantes, ya sin necesidad de entregar ejemplo modelador de cómo participar, sino que espontáneamente se recibieron comentarios.

Discusión de las actividades del trabajo en el hogar

Durante la experiencia en el Hogar Protegido "Nuevo Hogar", se presentó la oportunidad de trabajar con 13 adultos mayores con antecedentes de esquizofrenia, realizando actividades destinadas a estimular el área afectiva, psicomotora y cognitiva. Teniendo por antecedente que la estrategia comunitaria es uno de los modos de intervenir en salud mental (Mueser, Bond, & Drake, 2001), la premisa básica será impedir la desvinculación social de las personas con antecedentes de esquizofrenia, manteniendo un rol social valorado, evitando el deterioro de sus habilidades, minimizando la discapacidad y disminuyendo la estigmatización (MINSAL, 2009).

En la primera sesión se realizó una presentación global y personal de cada integrante de la sesión, el contrato de grupo y el diagnóstico participativo. La presentación se hizo con el fin de conocerse y aclarar la intencionalidad de las sesiones. Por su parte, el objetivo del contrato de grupo fue crear un sentido de pertenencia y un clima de confianza y seguridad. En concordancia a lo expuesto por la Dra. Jane Vella a través de su Modelo Dialogante, el propósito del proceso educativo debe ser el desarrollo personal de todos los involucrados más allá que pasar un cierto tópico o contenido; el respeto a la persona es un tema central, donde ella es considerada y pueda expresarse en toda su dignidad (Vella, 2002). Mientras que el diagnóstico participativo se presenta como una herramienta que aporta elementos para aprender a aprender y aprender haciendo, en donde el profesional de enfermería está capacitado para crear, innovar y transformar la realidad en que se desenvuelve, además de adquirir habilidades comunicativas e investigativas necesarias para la intervención comunitaria (Belloso, García, & Prado, 2000). Las actividades fueron realizadas estimulando el área afectiva, al presentarse y aplaudir a cada participante; el área cognitiva, solicitando la verbalización de las indicaciones dadas con anterioridad, y el área psicomotora, al pedirles la firmen en el contrato de grupo.

En un principio, el grupo de estudiantes de enfermería duda acerca de si las necesidades planteadas por las usuarias tenían que ver con el área de la salud, pero luego de ciertas reflexiones se llega a la conclusión de que es ajustada, porque la salud va mucho más allá de la ausencia de enfermedad y la recreación forma parte del bienestar general de las personas, esto de acuerdo con la definición actual de salud de la Organización Mundial de la Salud [OMS], que define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

afecciones o enfermedades. Un número importante de acercamientos psicológicos han sido incorporados, en el último tiempo, al tratamiento de la esquizofrenia. Entre los que destaca la psicoeducación, que persigue por un lado reducir los problemas ocasionados por los síntomas psicóticos y, por otro, trabajar con los problemas emocionales y de funcionalidad (MINSAL, 2009). Sin embargo, el National Collaborating Centre for Mental Health durante el 2009, realizó una revisión sistemática de 21 estudios (N=2.016) publicados entre 1987 y 2008, dando a conocer que no hay evidencia suficiente sobre la eficacia de la psicoeducación en ninguno de los resultados de tratamiento estudiados (recaídas, rehospitalizaciones, sintomatología, funcionamiento y calidad de vida).

La segunda sesión fue destinada a satisfacer la necesidad de recreación verbalizada en el diagnóstico participativo.

Estas actividades estimularon el área cognitiva por medio de la integración de conocimientos nuevos y/o aplicación de conocimientos previos. Además, fue estimulada la psicomotricidad al ser ellas quienes jugaron. Sumado a lo anterior, en esta actividad fue estimulado lo afectivo al crear un sistema de premios para las ganadoras y premios de consuelo para quienes no ganaron, dejando claro el "porqué" de la diferencia entre los premios.

El paseo a la plaza realizado en la tercera sesión, responde a la necesidad de recreación al aire libre, este permitió la realización de ejercicio físico al caminar desde el hogar hasta la plaza, ida y vuelta.

Junto a eso, las integrantes del hogar verbalizaron sentirse felices por la actividad realizada, ya que no es frecuente que salgan del hogar. El área cognitiva fue estimulada por medio de un ejercicio que consistió en memorizar el nombre de otra persona y algo que era del gusto de esta.

La última sesión fue destinada a cerrar el ciclo, y responder a la necesidad de aumentar conocimientos en salud bucal, dejando claro el término de las interven-

ciones. Además de esto, se les agradeció por su participación y disponibilidad en las actividades, realizando un refuerzo positivo del trabajo ejercido por cada integrante a través de la entrega de diplomas con nombre.

El área cognitiva fue estimulada por medio de una actividad en la que se pidió a las participantes identificar y expresar la actividad en la que más se sintió a gusto, por lo que era necesario que recordaran los días anteriores.

Una vez concluidas las sesiones, fue posible valorar que el objetivo global se cumplió, identificando necesidades sentidas y trabajando para su resolución, con actividades que cumplieron con su criterio de éxito, teniendo una buena acogida por parte de las usuarias y satisfaciendo las necesidades expresadas por ellas, movilizándolo cognitivo, lo afectivo y lo psicomotriz, trabajando siempre de manera transversal la socialización, la modelación de la conducta y la ejercitación psicomotora. En algunos alumnos de enfermería, se genera preocupación por el posible estancamiento que las usuarias volverían a experimentar una vez terminada la práctica. Se notaron avances significativos a nivel conductual y social en ellas, sin embargo, posteriormente no tendrán un monitor que las guíe y estimule en realizar actividades. Esto motivó la idea de fortalecer algunas funciones mentales indemnes, en cada una de ellas, a través de la planificación de distintas actividades para evitar mayor degradación.

CONCLUSIONES

La psiquiatría moderna ha dado grandes pasos en el manejo y tratamiento de personas con déficit en salud mental, esto se ha logrado básicamente teniendo en cuenta a la persona como centro del sistema de atención a brindar, considerando sus vulnerabilidades derivadas de un trastorno mental, pero sin olvidar que posee habilidades sociales que son posibles de rescatar a través de la integración a la

sociedad (MINSAL, 2000b). Es así como actualmente pacientes con larga data de tratamiento de trastorno mental son parte de la sociedad, y comparten en los hogares protegidos, dejando atrás largos años de hospitalización psiquiátrica.

El estigma asociado a la enfermedad mental y particularmente a la esquizofrenia, hace que por lo general las personas que poseen esta enfermedad sean estigmatizadas y discriminadas, por ello, una de las metas principales debe ser el trabajo en conjunto con la comunidad para reducir los obstáculos para la plena integración de las personas con esquizofrenia (MINSAL, 2009). De esta manera, el profesional de enfermería cumple un rol de suma importancia en salud mental, ya que es quien maneja, conoce y lleva a la práctica un sinnúmero de herramientas, modelos y conocimientos que pueden ir en beneficio directo de estos usuarios (John, Leite-Ribeiro, & Buckle, 1961; OMS, 2006).

Prueba de ello ha sido la experiencia realizada en el Hogar Protegido "Nuevo Hogar". A través de las sesiones efectuadas fue posible evidenciar la importancia de las habilidades comunicacionales, de manejo de grupo y el conocimiento teórico que el profesional de enfermería debe tener a la hora de ayudar a los usuarios, esto último con el fin de potenciar sus habilidades de autocuidado, teniendo en cuenta para esto sus capacidades indemes, trabajado a través de sesiones psicoeducativas donde las mismas usuarias propusieron y dieron a conocer sus necesidades sentidas, las cuales fueron resueltas a lo largo de la experiencia, con el apoyo y guía de estudiantes de enfermería, movilizando lo psicomotriz, lo afectivo y lo emocional.

Para el logro de estos objetivos, se han puesto en práctica habilidades comunicativas como la escucha activa, la personalización, la confrontación, conocimientos generales de salud mental y conocimientos de otras ciencias como la educación, la psicología y la medicina.

Cabe destacar que a lo largo de la experiencia clínica en el hogar protegido fue posible corroborar la importancia que tiene para el bienestar de las personas el realizar actividades recreativas lúdicas, y lo benéfico de los resultados terapéuticos que a través de ellas es posible obtener, siempre y cuando el profesional de la salud que las lleve a cabo tenga claro el objetivo en salud con el cual se aplicará la actividad. Por ejemplo, ejercitar memoria de fijación, de conservación, atención, en un juego de dominó o lotería. Además de modelar conducta y fortalecer habilidades sociales, ya que en un paciente del área de salud mental es trascendental conservar dichos elementos si lo que se busca es lograr su reintegración social.

Por otro lado las actividades realizadas y el cumplimiento de los objetivos, por parte de las usuarias, dan cuenta de que en los pacientes con alteraciones de salud mental, existen funciones mentales sanas en las que se debe trabajar con el objetivo de potenciarlas y subsanar en lo posible áreas ciertamente dañadas, en este caso dicho objetivo se cumplió a través de múltiples actividades escogidas y propuestas por las mismas usuarias, guiadas por estudiantes de enfermería.

Por último, y teniendo en cuenta todo lo anterior, es posible entender que el aprendizaje experiencial afectivo afecta las estructuras cognitivas del usuario (Kolb, 1984), así como sus actividades, percepciones y patrones de comportamiento en su vida diaria, esto mediante un ambiente cálido y acogedor, ya que así más libres se sienten las personas para experimentar nuevos comportamientos, creencias y actitudes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almendras, I. (2002). *Estrategias de Bien - Estar Método E.B.E.: Manual de Psicoeducación para trabajadores de la Salud y Educadores*. Recuperado de: <http://www.prosalud.com.uy/libros.htm>

- Belloso, J., García, B., & de Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 23-40. Recuperado de <http://www.dinarte.es/saludmental/neu073/073ori2.pdf>
- Capponi, R. (2006). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*, (10a ed.). Santiago, Chile: Universitaria.
- Chile, Ministerio de Salud. (2000a). *Norma técnica sobre hogares protegidos*. Recuperado de <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e53b6a889b9be1e04001011f0113eb.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. (2000b). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e42e52709a1a53e04001011f010ab3.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf>
- Doona, M., & Travelbee, J. (1982). *Intervención en enfermería Psiquiátrica*, (2a ed.). Washington, USA: OPS.
- Fischman, P. (1994). Modelo biopsicosocial-evolutivo en psiquiatría. *Boletín Escuela de Medicina*, 24(2). Recuperado de [http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/Modelo Biopsicosocial.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/Modelo%20Biopsicosocial.html)
- John, A., Leite-Ribeiro, M., & Buckle, D. (1961). La enfermera en las actividades de salud mental. *Cuadernos de Salud Pública*, 22. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_22_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_22_(part1)_spa.pdf)
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Recuperado de <http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf>
- Mueser, K., Bond, G., & Drake, R. (2001). Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Medscape General Medicine*, 3(1), 1-31.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *The nice guideline on core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Definición de salud mental*. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2)CD002831, 1-41.
- Piñas, L., Sobrino, J., Huerta, C., & León, L. (2008). Salud bucodental en pacientes esquizofrénicos institucionalizados de larga evolución en un centro de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Interpsiquis*, 1. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqcomunitaria/34417
- Vella, J. (2002). *Learning to listen, learning to teach: the power of dialogue in educating adults*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI:10.1002/14651858.CD002831.pub2.