



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ORIENTADO A LA PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

PSYCHOEDUCATIONAL NURSERY PROGRAM ORIENTED TO THE
PREPARATION OF MEDICATION WITH SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Autor/a: Calle Martínez, Alberto J

Director 1. Urcola Pardo , Fernando

Índice

Resumen	3
Abstract	3
Introducción	4
Objetivo	6
Metodología	6
Desarrollo	8
Conclusiones	16
Bibliografía	17

RESÚMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que disminuye enormemente la calidad de vida de los afectados, produciendo un deterioro social y cognitivo que puede llegar a ser la causa de una incapacidad en muchos casos. La medicación empleada para su tratamiento, ha demostrado ser realmente efectiva en la reducción de los síntomas y el progreso de la enfermedad. Sin embargo, la escasa adherencia al tratamiento, provocada por la falta de conciencia de enfermedad, la dificultad del manejo de la medicación y la falta de conocimientos; suponen un grave problema para el paciente y tienen efectos devastadores a largo plazo.

Con la realización de talleres psicoeducativos se pretende incrementar los conocimientos del paciente, ayudándole a manejar mejor su enfermedad, desarrollar habilidades cognitivas, reconocer pródromos, y llevar a cabo correctamente los tratamientos prescritos, favoreciendo así la adherencia.

Para encontrar evidencia sobre la manera más efectiva de desarrollar esta terapia. Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos utilizando las palabras clave: "talleres de medicación", "preparación de medicación", "psicoeducación" y "esquizofrenia". La información obtenida se utilizó para elaborar un programa de cuidados de enfermería que permita la realización de talleres de medicación en centros de larga o mediana estancia.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental disorder that decreases hugely life quality of those affected, causing long-term incapacity in many cases. The medication used for its treatment, has proven to be highly effective in the reduction of symptoms and slowing progression of the illness. However, poor medication adherence due to the lack of the patient awareness of his illness, inexperience in the use of medication, and lack of knowledge; are a serious problem to the patient and have a devastating persistent effect.

Psychoeducative workshops are used to improve patient knowledges, helping to cope better with the disease, develop cognitive abilities, recognize first symptoms of relapse, and take prescriptions correctly, making adherence more likely.

Finding evidence of the most effective way of developing this therapy was a major issue. A bibliographic research was conducted in different databases using keywords: "medication workshop", "medication preparation", "psychoeducation" and "schizophrenia". The outcome served to elaborate a nursing healthcare program, which may be used to do medication workshops in long-term rehabilitation centers.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un conjunto de trastornos mentales que se caracterizan por una distorsión de la realidad, alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento y la conducta. Los pacientes suelen debutar desde el final de la adolescencia, hasta los treinta años de edad. Y aunque la duración de la fase aguda puede variar, la tendencia general es a la cronicidad produciéndose un deterioro cognitivo, social y personal progresivo. En un 30% de los casos este deterioro terminará causando una incapacidad permanente. (1-3)

El proceso exacto por el que se produce la enfermedad no es conocido. Distintos estudios han podido determinar la importancia de distintos factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad. En gemelos dicigóticos la concordancia cuando uno de ellos sufría la enfermedad era del 10-12%, y alcanzaba el 45-65% en gemelos monocigóticos. Esto significa que cuando uno de dos hermanos gemelos monocigóticos sufre la enfermedad, las probabilidades de que también lo sufra el otro a lo largo de su vida es del 45%. A esto han de añadirse otros factores ambientales como lesiones cerebrales tempranas, malnutrición materna, urbanidad, infecciones víricas y otras alteraciones neuropsicológicas. (2,4,5)

Según la OMS, en todo el mundo la esquizofrenia afecta a 21 millones de personas. (3) Sin embargo diversos estudios poblacionales han encontrado una prevalencia total de entre un 1-1,5%, independientemente de la cultura, (2,6) lo que podría ser consecuencia del infradiagnóstico de la enfermedad. En España los trastornos esquizofrénicos causaron en el año 2014 exactamente 840.789 ingresos hospitalarios (7), lo que muestra la importancia de esta enfermedad no por el número de casos totales sino por la demanda que realiza al sistema sanitario. Esta se produce de forma muy variada en centros de salud mental, unidades de agudos en hospitales, centros de media y larga estancia y residencias especializadas.

El diagnóstico de esquizofrenia además va asociado a un aumento de la morbilidad y mortalidad de otras enfermedades (8), por lo que, en muchos casos, tendremos que tratar con personas polimedicadas que deben administrarse un tratamiento complejo diariamente. En concreto, el seguimiento de las prescripciones y la toma correcta de fármacos, ha sido observado como una de las necesidades más frecuentes en los pacientes de salud mental.(9)

El tratamiento habitual de la esquizofrenia son los antipsicóticos, que alteran el funcionamiento de algunos neurotransmisores como la dopamina y la serotonina (2). Sin embargo al alterar el sistema extra piramidal también causan otros efectos adversos no deseados, que pueden incluir sedación, temblor de las extremidades, rigidez muscular, calambres y ganancia de peso.(10,11) Para algunos pacientes esto puede ser un gran problema y podrían llegar a abandonar el tratamiento. La valoración de estos síntomas es muy importante ya que a veces será difícil saber si la causa es física o somática. (12)

Existen además otras posibles causas de abandono del tratamiento como síntomas psicológicos, disfunción cognitiva, la falta de conciencia de enfermedad, y las propias creencias del paciente sobre la medicación.(10) Es por todo esto que el abandono del tratamiento en esta enfermedad es uno de los más altos, alcanzando el 50-60% tras un año de seguimiento, (2,13,14). Lo que provoca que hasta un 80% de los pacientes sufrirán un reagudizamiento en los 5 primeros años desde el diagnóstico (15,16) aumentando el riesgo de mortalidad y suicidio, y el deterioro cerebral prematuro. (17)

Paralelamente al tratamiento farmacológico, la psicoeducación es una terapia que aumenta los conocimientos sobre su enfermedad dirigidos al paciente y su entorno, (18) con el objetivo de mejorar la capacidad de atención, memoria, función ejecutiva y habilidad psicomotora. Habilidades que se encuentran deterioradas por la esquizofrenia y que empeoran la calidad de vida del paciente. Además también tiene un aspecto cognitivo-conductual que pretende incrementar la aceptación del paciente de la toma de fármacos. (19-21)

Tratándose de la esquizofrenia, el estigma social que supone sufrir esta enfermedad es muy grande, por lo que la percepción que tiene el paciente sobre su propia enfermedad es también muy importante. Al ser una enfermedad crónica el objetivo principal de los profesionales sanitarios será enseñar a los pacientes a cómo vivir con su enfermedad. (17)

Esta situación hace necesaria la realización de talleres psicoeducativos para el uso seguro de la medicación.(10,22) Responsabilidad que recae en los profesionales enfermeros, al ser los encargados de la farmacovigilancia y la observación del cumplimiento terapéutico. Se hace necesario también una revisión de las pautas de actuación basadas en la evidencia actual del tratamiento psicoeducativo de la esquizofrenia.

OBJETIVO

Diseñar un programa psicoeducativo orientado a la educación para la salud, que permita enseñar a los pacientes preparar correctamente su medicación para evitar errores y favorecer la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

El primer paso consiste en realizar una revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión en distintas bases de datos científicas. Se realizaron búsquedas en español en Cuiden, Scielo, Dialnet , Psico doc y Cuiden con los siguientes términos y sus combinaciones.

Taller, medicación, esquizofrenia.
Preparación, medicación, esquizofrenia
Psicoeducación, esquizofrenia

Además se repitieron las búsquedas con sus términos equivalentes en inglés en Science-Direct, Pub-med y Psico doc.

Medication AND workshop AND schizophrenia
Medication AND preparation AND schizophrenia
Psychoeducation AND schizophrenia

Limitadores

Se redujo la búsqueda a textos completos, en idioma inglés o español. No se utilizó limitación de fecha.

Tabla 1 - Búsqueda en bases de datos.

Bases de datos	Palabras clave	Encontrados	Consultados	Utilizados
Science-direct	Medication AND preparation AND schizophrenia	8783	18	4
	Psychoeducation AND schizophrenia	2332	13	3
Pubmed	Medication AND workshop AND schizophrenia	143	9	2
	Psychoeducation AND schizophrenia	98	3	1
Psico-doc	Psychoeducation AND schizophrenia	18	3	1
TOTAL		11374	46	11

Tabla 2 – Libros utilizados.

Libros	Utilizados
Fatemi SH. Clinical Handbook of Schizophrenia.	1
Fauci. A.S. Braunwald EKDL. Harrison: Principios de Medicina Interna.	1
TOTAL	2

Tabla 3 – Páginas web utilizadas.

Páginas web	Utilizados
World Health Organization	2
ANESM (asociación nacional de enfermería de salud mental)	1
MEIGA (medicina interna de Galicia)	1
INE (instituto nacional de estadística)	1
NIMH (National institute of mental health)	1
TOTAL	6

DESARROLLO

Las sesiones serán individualizadas para favorecer un ambiente más tranquilo y sin estímulos externos distractorios. Al mismo tiempo que se evitan posibles discusiones entre varios pacientes.

En cada sesión se tratará un tema distinto. La exposición tratará de involucrar activamente al paciente y no ser sólo una presentación de datos (18), como por ejemplo en el ejercicio de la tabla 5.

El taller se realizaría dentro de la jornada laboral de la enfermera del centro de salud o centro de rehabilitación psicosocial por lo que este coste ya estaría incluido en su salario. La razón de que la propia enfermera del centro lleve a cabo el taller no es solamente el ahorro de costes; sino que se ha observado que la psicoeducación es más efectiva, si la lleva a cabo un profesional que haya establecido una relación terapéutica sólida con el paciente. (14,23)

El paciente colocará sólo la medicación de toda la semana en los casilleros. Después, la enfermera revisará que esté bien realizado y corregirá en caso de que haya cometido algún error en el horario. La medicación deberá ser preparada antes de la realización del taller para facilitar la rapidez de la preparación. Se dará al paciente las pastillas exactas que necesita para la semana para poder controlar que no se lleva ninguna o que se pierde por el suelo. De esta forma también se evita interrumpir el taller para salir a buscar algo que falte.

A) Diagnósticos enfermeros

00126 Conocimientos deficientes: medicación r/c falta de exposición m/p verbalización del problema

NIC (24)

5606 Enseñanza: individual

Actividades:

Establecer una relación de confianza.

Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.

5520 Facilitar el aprendizaje

Actividades:

Fomentar la participación activa del paciente.

Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo sea congruente.

Responder a las preguntas de forma clara y concisa.

2380 Medicamentos prescritos

Actividades:

Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda.

Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.

Informar al paciente sobre el propósito y acción de cada medicamento.

Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos el mismo.
Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

5540 Potenciación de la disposición al aprendizaje

Actividades:

Ayudar al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad, según corresponda.

B) Planificación

1. Objetivos

General

Disminuir la dependencia del paciente de otras personas a la hora de preparar la medicación.

Evaluar el cumplimiento terapéutico actual en pacientes con esquizofrenia así como otros indicadores de un posible reagudizamiento.

Específicos

Reducir el porcentaje de abandono terapéutico.

Aumentar el conocimiento sobre los fármacos empleados en su tratamiento.

2. Destinatarios

Los destinatarios del programa serán hasta 10 pacientes diagnosticados con esquizofrenia según los criterios del ICD-10, que actualmente estén recibiendo tratamiento oral antipsicótico, en un centro de larga o mediana estancia.

Los criterios de inclusión serán que el paciente sea capaz de escribir, comunicarse verbalmente y atender a una sesión durante 40 minutos. Los criterios de exclusión serán negarse a participar en el taller, negarse a sentarse durante la sesión o actuar inapropiadamente.

El número de pacientes estará limitado por la disponibilidad de enfermeras y espacios separados donde realizar el taller.

3. Recursos

Recursos humanos
Enfermera.

Espacios y mobiliario

Habitación de dedicación exclusiva al taller para evitar distracciones. Puede ser el comedor de el centro si lo hubiera en una hora en que no haya nadie.

1 Mesa
2 Sillas

Material

Cajetines de medicación de plástico con los días de la semana.
Medicación.

Cuadernos DIN A5. Cada paciente tendrá uno, lo usarán para escribir cualquier pregunta o duda que les surja y anotar su respuesta.

Documentación

- Escala de depresión de Hamilton (Anexo 1)
- Vademécum
- Hoja de evaluación

Tabla 4 – Presupuesto programa de salud.

Apartado	Concepto	Cantidad	Precio	Coste
Recursos humanos	Enfermera	40 horas	-	-
Material	Cajetines de medicación	10	3	30
	Cuadernos DIN A5	10	2	20
Documentación	Fotocopias	14 hojas	0.05	0.35
	Vademécum	1	17.1	17.1
TOTAL				67,45

4. Actividades

Primera sesión (1 hora)

Preparación (10 minutos)

Distribuir el mobiliario para la realización del taller y preparación de los medicamentos.

Presentación (20 minutos)

Se presenta la enfermera responsable y los objetivos que conseguirá el paciente con la realización del taller. Si se acuerda con el resto del equipo terapéutico, el venir al taller puede ser recompensado con algún tipo de refuerzo positivo. Por ejemplo permisos más largos de estancia en casa o vales para la cafetería.

En esta primera sesión se pedirá al paciente que escriba si tiene alguna pregunta sobre la medicación en general para poder resolverla en la siguiente sesión. Así se da continuidad al programa dando un aliciente para continuar con las sesiones y el paciente puede expresar sus preocupaciones.

Preparación de la medicación (20 minutos)

Evaluación inicial (10 minutos)

Se realizará una evaluación inicial para poder observar los efectos de la actividad sobre los participantes. Para ello se incluirá un cuestionario general sobre sus conocimientos actuales y su actitud actual hacia la medicación.

Segunda sesión (1 hora)

Preparación (10 minutos)

Resolución de dudas de la sesión anterior (10 minutos)

Origen de la esquizofrenia (30 minutos)

La sesión consistirá en la lectura de una hoja sobre qué es la psicosis (anexo 2), para entender la naturaleza de esquizofrenia y sus síntomas. De esta forma se expone la información de una manera clara y ordenada para hacerla más comprensible. (25) En esta sesión se tratará el tema de la esquizofrenia, cuáles son las teorías sobre su origen y que síntomas produce. La parte más importante es enseñar a los pacientes a identificar los síntomas de su enfermedad ya que esto puede ayudarles a darse cuenta de cuando empeora su estado, estableciendo una mayor conciencia de enfermedad. (26) A continuación resumirá en su cuaderno lo explicado en unas líneas.

Como en la sesión anterior se invitará a escribir las dudas, preguntas o pensamientos que haya generado la explicación.

Preparación de la medicación (20 minutos)

Tercera sesión (1 hora)

Preparación (10 minutos)

Resolución de dudas (10 minutos)

Tratamiento de la esquizofrenia (30 minutos)

Se le preguntará si conoce para qué sirve cada medicamento que está tomando, y a cuanta dosis. A continuación se le ayudará a buscarlos en el Vademécum y leer el mecanismo de acción y las indicaciones terapéuticas. Le explicaremos cualquier expresión que no haya podido entender y le pediremos que resuma lo que ha entendido en su cuaderno.

Preparación de la medicación (20 minutos)

Cuarta sesión (1 hora)

Preparación (10 minutos)

Resolución de dudas (10 minutos)

En esta sesión le preguntaremos al paciente cuál es la percepción que tiene sobre su enfermedad y cómo afecta a su estado de ánimo. Para ello administraremos también la Escala de depresión de Hamilton que nos permite evaluar el riesgo de reagudizamiento en la esquizofrenia. (10) Esta es una escala heteroaplicada que consta de 17 cuestiones con 3-5 ítems cada una, puntuables de 0 a 2 y de 0 a 4 respectivamente.(27)

Por último le entregaremos las preguntas sobre el taller que realizó al inicio y una encuesta sobre su valoración sobre el mismo.

Preparación de la medicación (20 minutos)

5. Evaluación

La evaluación de los resultados se realizará mediante el método pre-post, de modo que se pueda observar el cambio antes y después de la realización del taller. La encuesta consiste en una serie de preguntas cortas.

Nombre:

Fecha:

Preguntas para el paciente.

1. Nombre los medicamentos que toma actualmente y por qué enfermedad o síntoma los toma.

Tabla 5 – Ejercicio, conocimiento de los medicamentos.

	Medicación	Enfermedad /Síntoma
Ejemplo	Paracetamol	Dolor de cabeza
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

2. ¿Sabe cuándo debe tomar cada medicación? Marque la correcta.

- Sí
- No

3. Alguna vez se salta las tomas.

- Sí
- No

4. En caso de que lo hace, ¿por qué?

- Se le olvida tomarla
- No cree que deba tomarla
- No quiere tomarla
- Escriba otra razón _____

Utilizando la información obtenida por el trato con el paciente y la obtenida en esta encuesta, la enfermera evaluará al paciente utilizando una escala tipo Likert.

Resultado escala de depresión de Hamilton: ____ Por debajo de 17 el riesgo es alto (10)

Tabla 6 - Resultados de Enfermería NOC (a llenar por la enfermera). (28)

Conocimiento: medicación.							
Indicador	Ninguno	Conocimiento Escaso	Conocimiento Moderado	Conocimiento Sustancial	Conocimiento Extenso	No aplicable	
180801 Importancia de informar al profesional sanitario de toda la medicación actual.	1	2	3	4	5	N/A	
180802 Nombre correcto de la medicación.	1	2	3	4	5	N/A	
180803 Aspecto de la medicación.	1	2	3	4	5	N/A	
180819 Efectos terapéuticos de la medicación.	1	2	3	4	5	N/A	
180807 Uso de sistemas para recordar.	1	2	3	4	5	N/A	
180810 Uso correcto de la medicación prescrita.	1	2	3	4	5	N/A	
180812 Almacenamiento adecuado de la medicación.	1	2	3	4	5	N/A	

Evaluación de satisfacción

Para poder conocer la percepción que tienen los pacientes sobre el taller y si les ha resultado útil, al final del mismo se les pasará una encuesta para que den su opinión.

Complete las frases:

Este taller sobre medicación me ha ayudado a ...

Con este taller he aprendido que ...

Me gustaría que en este taller se hablara más de ...

Otras observaciones:

6. Cronograma

El programa se desarrollará a lo largo de 4 semanas ya que cada paciente tendrá asignada una hora y día de la semana distinto, en función de sus necesidades.

Tabla 7 - Ejemplo de distribución de pacientes.

Día/hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
10.00-11.00	Paciente 1	Paciente 3			
11.00-12.00	Paciente 2		Paciente 5	Paciente 8	Paciente 10
12.00-13.00		Paciente 4	Paciente 6	Paciente 9	
13.00-14.00			Paciente 7		

Tabla 8 – Cronograma.

Meses	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del programa				■												
Selección de los candidatos					■	■	■	■								
Realización del taller									■	■	■	■				
Evaluación de resultados												■				

CONCLUSIONES

1. La no adherencia al tratamiento es un grave problema en el tratamiento de la esquizofrenia. Los fármacos que se utilizan son muy efectivos reduciendo el efecto que tiene esta enfermedad sobre la vida de las personas. Sin embargo si el paciente no está concienciado de esta situación las perspectivas de mejoría disminuyen notablemente. Con este programa se pretende concienciar a los pacientes sobre la importancia de la medicación y los aspectos positivos de tomarla.
2. Para ello se deben desarrollar programas en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica aprovechando la relación terapéutica del profesional enfermero establecida con el paciente.
3. Los talleres psicoeducativos son una herramienta útil que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes de salud mental y están ampliamente aceptados. Aun así la investigación sobre qué tipo de intervenciones concretas son más efectivas es aún escasa por lo que es un campo en el que aún falta mucho por explorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. ICD-10 Version:2016 [Internet]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2015 [cited 2016 May 1]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
2. Fauci. A.S. Braunwald EKDL. Harrison: Principios de Medicina Interna. Vol. II. Harrison: Principios de Medicina Interna. 2008. 2786 - 2790 p.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS | Esquizofrenia. Cent prensa, notas Descr OMS [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2016 May 1]; (Esquizofrenia). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
4. Fatemi SH. Clinical Handbook of Schizophrenia. Vol. 71, The Journal of Clinical Psychiatry. Guilford Press; 2010. 25-27 p.
5. Obiols JE, Vicens-Vilanova J. Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. Int J Psychol Psychol Ther. 2003;3(2):235-50.
6. Martínez Rodríguez JM. Factores de riesgo en la esquizofrenia [Internet]. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Benito Menni, Complejo Asistencial en Salud Mental; 2002 [cited 2016 May 2]. p. 2. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=3919670&orden=346499>
7. Encuesta de morbilidad hospitalaria [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 28]. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2014/I0/&file=01008.px>
8. Pérez-Piñar M, Mathur R, Foguet Q, Ayis S, Robson J, Ayerbe L. Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. Eur Psychiatry [Internet]. 2016 Apr 7 [cited 2016 Apr 16];35:8-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27061372>
9. Salud SA De. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. 2003;184.
10. Matsuda M, Kohno A. Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. The Authors; 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008>
11. Su H. Pcn13 the Prevalence and Costs of Adverse Metabolic Effects of Atypical Antipsychotics in Schizophrenic Patients. Value Heal [Internet]. 2009;12(3):A38. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301510732502>
12. Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Foussias G, Remington G. Effect of antipsychotic

- medication on overall life satisfaction among individuals with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. Elsevier; 2014;24(7):1078-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.001>
13. Novak-Grubic V, Tavcar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry*. 2002;17(3):148-54.
 14. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonneville LMJ, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-A review of the past decade. *Eur Psychiatry* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2012;27(1):9-18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.005>
 15. Barnes TRE, Drake R. Pharmacological strategies for relapse prevention in schizophrenia. *Psychiatry*. 2007;6(9):351-6.
 16. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V.; 2014;152(2-3):408-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.001>
 17. Brain C, Sameby B, Allerby K, Quinlan P, Joas E, Lindstr??m E, et al. Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: Results from the Swedish COAST study. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier; 2014;220(3):811-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.016>
 18. Haddad P, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* [Internet]. 2014;5:43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085309/>
 19. Montaño L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica* [Internet]. 2013;4(1):86-107. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165&info=resumen&idioma=SPA>
 20. Conn VS, Ruppar TM, Enriquez M, Cooper PS. Patient-Centered Outcomes of Medication Adherence Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Heal* [Internet]. Elsevier; 2016;19(2):277-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2015.12.001>
 21. Lemos Giráldez S, Vallina Fernández O, Fernández Iglesias P, Fonseca Pedrero E, Paino Piñeiro MDLM. New trends in treatment for psychosis. *Psychol Spain* [Internet]. 2011;15(15):33-47. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4026971&orden=361343&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4026971>
 22. García Cabeza I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Rev la Asoc*

- Española Neuropsiquiatría. 2008;28(1):9-25.
23. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, R?ssler W, et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. PLoS One. 2012;7(4).
 24. M.Bulechek, Gloria, Butcher HK, Dotcherman JM, Wagner CM. NIC- Clasificación de intervenciones de enfermería. 2013. 664 p.
 25. Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with Schizophrenia and their caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2014;14:17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3907139/>&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
 26. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia J. Psicoeducación en esquizofrenia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. AEDV; 2015;44(3):143-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000396>
 27. Depresion H, Scale R. Escala de hamilton -. :1-4.
 28. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC- Clasificación de resultados de enfermería. IOWA: Harcourt. 2013. 871 p.
- Anexo 1. Hamilton. Escala de Hamilton - Depressão. FAMED - Psiquiatr. 2000;1-6.
- Anexo 2. National Institute of Mental Health. HOJA DE DATOS: Primer episodio de psicosis [Internet]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/raise-fact-sheet-first-episode-psychosis-som-16-4306/index.shtml>