PSICOEDUCACIÓN EN EL TRASTORNO BIPOLAR.

Experiencia sobre su aplicación en BAO

BEATRIZ PACHECO GARCÍA

Psicóloga colaboradora de BAO. Col nº: AO-06523
Máster en Tratamientos Psicológicos y de la Salud.

INDICE

- INTRODUCCIÓN. ASOCIACIÓN DE BIPOLARES DE ANDALUCIA ORIENTAL
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES
  - TERAPIA COGNITIVA (TC) Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)
  - TERAPIA FAMILIAR Y MARITAL (TF)
  - TERAPIA INTERPERSONAL Y DEL RITMO SOCIAL (TIRS)
  - PSICOEDUCACIÓN (PED)
  - VALORACIÓN Y CONCLUSIONES
- ¿POR QUÉ PSICOEDUCAR?
- OBJETIVOS DE LA PSICOEDUCACIÓN. MECANISMOS DE ACCIÓN
- CUANDO RESULTA CONVENIENTE INTRODUCIR PSICOEDUCACION
- CONCLUSIONES SOBRE LA PSICOEDUCACIÓN
- EXPERIENCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN EN BAO

1.- INTRODUCCIÓN. ASOCIACIÓN BAO.

FECHA DE CONSTITUCIÓN Y CRECIMIENTO

- Nace en Abril de 2007 cierra ese año con 59 asociados.
- El año 2008 cierra con 129 asociados (+70).
- El año 2009 cierra con 203 asociados (+73).
- Actualmente cuenta con 216 asociados

- Necesidad de crear un espacio para BAO.
  - Los GAM semanales se desarrollan gracias a los espacios cedidos

- Afortunadamente desde el 23 de Julio de 2009 el ayuntamiento nos concede un espacio centro ciudadano María Zambrano (C/ Las Moreras, nº2.

OBJETIVOS

- Informar a la población
- Ver que no se está solo ante la enfermedad y que se puede aprender a convivir con ella.
- Crear una red social de acogida y trabajar las relaciones sociales
- Promover la aceptación como paso fundamental para la mejoría
- Transmitir la necesidad de una buena adherencia al tratamiento
- Fomentar el autoconocimiento para poder detectar los síntomas previos a una crisis, identificarlos y acudir a tiempo al especialista
- Luchar contra el estigma y el autoestigma
- Fomentar los grupos de ayuda mutua, autoayuda y una adecuada psicoterapia como apoyo fundamental a la farmacoterapia.

ANDADURA DE BAO

2008

- **Entrevistas** en diversos medios de comunicación (televisión radio…)
- BAO **promueve y participa** en almuerzos, convivencias, excursiones con otras asociaciones andaluzas.
- Trimestralmente se reúnen los socios **almuerzos-convivencias**
- 24 de Abril en el Hotel Molina Larios: **Jornadas de puertas abiertas** a cargo del Dr. Rodríguez Arrebola, socio de honor de BAO
- 30 de Octubre: **I Jornadas sobre Trastorno Bipolar** en Málaga " De la luz a la oscuridad", con un aforo de 250 personas
- **1º taller de psicoeducación** a cargo del Dr. Rodríguez y Dr. Narbona

- 2009
- Taller de terapia antitabáquica PITA a cargo de Nieves Prieto.
- Creación del grupo bipbao (actividades ocio y tiempo libre)
- 16 de Febrero: II Jornadas "La enfermedad de las emociones"
- Abordaje psicoterapéutico relativo al manejo de las emociones, control de impulsos, autoestima, habilidades sociales… (Beatriz Pacheco)
- 3 Agosto:"Afrontando la realidad del suicidio", por Beatriz Pacheco
- Septiembre comenzamos a usar las nuevas instalaciones de BAO
- Noviembre: "Recursos sociales en salud mental" Manuel Serrano
- Nov-Enero: 2º taller de psicoeducación (Dr. Rodríguez y B. Pacheco)
- Diciembre: abordaje del consumo de tóxicos (Ana García Cano)

- 2010
- Pasamos a formar parte del foro de agrupación al desarrollo del Ayto.
- 14-15-16 de Mayo en el parque BAO estará en el stand nº 34 como parte de la exposición de la valía EXPOVAL
- 30 Septiembre IV Jornada sobre TB "Cuida tu corazón tanto como tu mente" a la que acudirán psiquiatras, psicólogos y endocrinos
- Actualmente continuamos en la línea seguida hasta ahora.
- BAO continuará organizando mínimo un taller de psicoeducación anual así como otras talleres de terapia

2.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

- Hasta hace unos cinco años, existía un vacío de investigación sobre la utilidad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de las distintas fases del TB

- Contrastando con:

  - Los avances en psicoterapia/ rehabilitación cognitiva en salud mental
  - Con la calidad de la investigación clínica y farmacológica en TB.

- En la última década los tratamientos psicológicos o las intervenciones psicosociales para el TB se han ido abriendo paso poco a poco hasta convertirse en intervenciones validadas imprescindibles para mejorar el curso de los pacientes TB

- El objetivo específico:
  - Disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial interepisódico (*APA, 1994*).

- Las distintas intervenciones se han orientado básicamente a:
  - Incrementar la adherencia al régimen de medicación.
  - Disminuir las hospitalizaciones, las recaídas y mejorar la CDV.

- La psicoterapia tiene cabida en el trastorno bipolar especialmente en la fase de eutimia, como tratamiento coadyuvante de mantenimiento.

- Los componentes necesarios para un buen tratamiento psicológico serían los de psicoeducación, terapia individual cognitiva-conductual o interpersonal y terapia marital o familiar (*Craighead et al, 1998*).

2.1. Terapia cognitiva (TC) y Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

- **Fundamentación:**

- Gran tradición con los tratamientos afectivos. Combinada / Monoterapia.

- Plantea que:

"Eventos activadores" (desencadenantes situacionales)

⇩

Creencias (pensamientos irracionales y distorsionados)

⇩

Consecuencias emocionales y conductuales (depresión, ira…)

- Limitación: no siempre en los pacientes TB las cogniciones guían los cambios afectivos, sino que mas bien a veces son una consecuencia de la bioquímica.

- **Objetivos:** ***Basco y Rush (1996)***

- **1) Enseñar sobre la enfermedad, opciones terapéuticas y las dificultades más comúnmente asociadas.**

- **2) Medios para monitorizar:**
  - **Recaídas, severidad, y curso de los síntomas depresivos y maníacos.**
  - **Cambios de comportamientos y resolución de problemas**

- **3) Estrategias para la adhesión al tratamiento.**

- **4) Estrategias cognitivo-conductuales para manejar los problemas cognitivos, emocionales, y afectivos.**

  - **Reducir las cogniciones y emociones disfuncionales asociadas con síntomas que llevan a un comportamiento desadaptado.**
  - **Manejar factores estresantes que pueden interferir con el tratamiento o precipitar una fase maniaca y/ o depresión.**

- **Conclusiones.**

- La psicoterapia de la depresión bipolar debe poner más énfasis en lo conductual que en lo cognitivo.

- La intervención cognitiva es factible en la prevención de episodios depresivos.

- La TCC también ha mostrado resultados positivos en los casos de patología dual.

- Se han desarrollado últimamente ciertas corrientes orientadas a la psicoeducación de orientación conductual (empleando autorregistros de síntomas, solución de problemas…)

2.2.- Terapia familiar y terapia marital

- El modelo TF de Goldstein y Miklowitz es la intervención más estudiada.

- **Fundamentación**
  - La enfermedad y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente, de forma bidireccional
  - Especialmente relevante ha sido el estudio de la Alta Emoción Expresada A.E.E (actitudes críticas, hostiles y de sobreimplicación). Que aumenta la probabilidad de recaída (*Miklowitz et al., 1988*)
  - Premisas:
    - Asume que el ambiente donde el paciente vive influye en las recaídas.
    - Señala que la TF se aplica una vez que el paciente se estabiliza de la fase aguda de un episodio

- **Objetivos :**

- **Educación** del paciente y su familia sobre la naturaleza, síntomas, curso, tratamiento, adherencia, vulnerabilidad-estrés… para un buen manejo de la patología.

- **Habilidades en comunicación:** escucha activa, expresión de sentimientos positivos y negativos, solicitar cambios adaptativos en la conducta del otro.

- Entrenamiento en **estrategias de afrontamiento** y **resolución de problemas.**

- **Valorar el nivel de E.E.** y los **ciclos de escalada** negativos que atribuyen un comportamiento negativo a factores controlables y personales del paciente más que a factores incontrolables

- Revisión de **progresos** y plan para **prevención de recaídas**

- **Estrategias terapéuticas**

- 21 sesiones durante 9 meses, adicionales al tratamiento farmacológico
  - 3 Primeros meses semanales
  - 3 Siguientes meses quincenales
  - 3 Últimos meses mensuales

- En las sesiones participan: paciente y al menos un familiar significativo

- **Conclusiones**

- Diversos estudios apuntan a una disminución del número de recaídas
- Mejora de la sintomatología depresiva (no maníaca)
- Los cambios más sustanciales se dan en las familias con A.E.E.

2.3.- Terapia interpersonal y del ritmo social (TIRS). Frank et al. (1994).

- **Fundamentación:**

- Cambios en el ritmo de vida ➔ Inestabilidad en el estado de ánimo
- Visión integral de la interacción entre: factores biológicos y psicosociales

- **Objetivos:**

  - Abordar la problemática psicosocial: relaciones interpersonales
  - Establecer ciclos rítmicos (ritmos circadianos) o rutinas cotidianas
  - Regulación del sueño
  - Identificar eventos vitales que llevan a la ruptura de rutinas y relaciones

Estrategias terapéuticas:

1ª Etapa:

- **Reconstrucción de la evolución longitudinal** de la enfermedad
- **Identificación** de los **problemas interpersonales** susceptibles de tratamiento, siendo los más comunes**:**
  - *1*) Duelo ante la perdida (pérdida del "yo sano").
  - 2) Conflictos interpersonales
  - 3) Cambio de roles
  - 4) Estrategias interpersonales deficitarias

2ª Etapa:

- **Regularización** de los **ritmos sociales** del paciente
- **Resolución de problemas**
- **Monitorizar la frecuencia/ intensidad de las interacciones sociales e identificar** la relación existente entre el **ánimo** y el **nivel de actividad**

- **3ª Etapa**
  - **Mantenimiento** de los **ritmos** sociales
  - **Anticipación y resolución de problemas interpersonales**
  - **Mantenimiento del ánimo eutímico.**
- **4ª Etapa**
  - **Se centra en el proceso de terminación. Prevención de recaídas**
- **Conclusiones**
  - **Ayuda en la obtención de ritmos sociales y de sueño más estables**
  - **Promueve el mantenimiento del estado de eutimia en el TB**
  - **Disminuye la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo.**

2.4.- Psicoeducación

- **Fundamentación**
- Va **más allá** de la mera transmisión de información
  - Mostrar a los pacientes con TB/ familias las **opciones terapéuticas**
  - Reconocimiento de los **signos de recidiva** ante un episodio
- Incide en **cambios CC** derivados del conocimiento de la enfermedad
  - Técnicas de resolución de problemas
  - Estrategias de afrontamiento
- Tiene un **enfoque integrativo** y un **carácter preventivo**

- **Estrategias Terapéuticas**

- 1) **Cumplimiento** terapéutico.
- 2) Entender los **factores de riesgo** que pueden precipitar una recidiva
- 3) Aprender el reconocimiento de los **signos de recaída**.
- 4) Aprender el manejo de **situaciones estresantes** de la vida diaria.
- 5) Identificación de **factores protectores**

VALORACIÓN Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES A LAS QUE LLEGAN EN SU REVISIÓN ROTHBAUM Y AUSTIN (2000) SOBRE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

TRATAMIENTO	CONCLUSIONES
PSICOEDUCACIÓN	•Mejoría respecto a la adherencia a la medicación, hospitalizaciones y recaídas
T. COGNITIVO CONDUCTUAL	•Protocolos bien desarrollados publicados •Escasos estudios empíricos aunque datos prometedores •Precisa establecerse su eficacia
INTERVENCIONES DE TERAPIA FAMILIAR	•Estudios publicados con pequeñas muestras y sin grupo control que sugieren su eficacia •Se precisan estudios más definitivos
TERAPIA INTERPERSONAL Y DEL RITMO SOCIAL	•Los datos preliminares son positivos especialmente en el establecimiento de rutinas. •Necesidad de estudios más precisos
INTERVENCIONES PSICODINAMICAS	•Escasas investigaciones. No se establece como eficaz
TERAPIA DE GRUPO	•Grandes variaciones, aunque los datos suelen apoyarla • Necesidad de validación empírica
OTRAS	•Ausencia de datos que demuestren su eficacia

VALORACIÓN Y CONCLUSIONES

VALORACIÓN DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS PARA EL TRASTORNO BIPOLAR (Revisión de Parikh et al, 1997)

TERAPIA	ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO (1)	RECOMENDACIÓN (2)
• Psicoeducación	SI	A
• Terapia familiar	SI	B
• Terapia de grupo	NO	C
• Terapia cognitiva	NO	B
• Terapia de manejo familiar conductual	NO	C
•Terapia interpersonal y del ritmo social	SI	C

(1) Al menos existe un ensayo clínico aleatorizado
(2) A: buen apoyo para la intervención que deber ser considerada para la práctica clínica. B: suficiente apoyo. C: escaso apoyo

POR QUÉ PSICOEDUCAR…

VENTAJAS

INCONVENIENTES:

- Aparente falta de confidencialidad inicial
- Desaparece cuando los pacientes se sienten en igualdad
- Al ser un programa largo tendrá un mayor numero de bajas
- Gasto económico que supone este formato mantenido en el tiempo

OBJETIVOS DE LA PSICOEDUCACIÓN. MECANISMOS DE ACCIÓN

Objetivos de 1ª nivel (mecanismos elementales)

- Conciencia de enfermedad
- Detección precoz de los síntomas prodrómicos
- Cumplimiento del tratamiento

Objetivos de 2ª nivel (mecanismos secundarios) objetivos parciales deseables

- Control del estrés
- Evitar el abuso de sustancias
- Lograr regularidad en el estilo de vida
- Prevenir la conducta suicida

Objetivos de 3ª nivel, objetivos desiderativos o de excelencia terapéutica.

- Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros
- Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios
- Afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro
- Aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida

CUANDO ES CONVENIENTE INTRODUCIR PSICOEDUCACION

- Recomendable iniciar PED en eutimia (asintomático).
- Veamos por qué, y que ocurre si…

PACIENTES EN FASE MANÍACA

PACIENTES EN FASE DEPRESIVA (GRAVE)

SI UN PACIENTE VIRA A MANÍA / DEPRESIÓN

ACONSEJABLE NO INCLUIR/MANTENER A UN PACIENTE SINTOMAS HIPOMANÍA

ACONSEJABLE NO INCLUIR/ MANTENER A UN PACIENTE SÍNTOMAS MIXTOS

LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS

- Justifica la exclusión.
- No realizar abordaje cognitivo en grupo
- Se puede abordar individualmente y recurrir a farmacoterapia.

CONCLUSIONES Y VALORACIÓN DE LA PSICOEDUCACIÓN

- **Muchos clínicos han utilizado la PED durante décadas (Holanda), aunque los primeros estudios sobre su eficacia aparecieron hace pocos años: *Harvey y Peet, (1991), Van Gent y Zwart (1991), Kemp (1996), Clarkin (1998)***

- **Se destaca el estudio de *Colom y cols (2003)*, exponen un solido efecto en:**
  - **Prevención** de todo tipo **de episodios** y de los **días de hospitalización.**
  - **Demostrando la eficacia profiláctica** de la PED:
    - Un ensayo aleatorizado, con evaluadores ciegos a la intervención, una muestra suficiente (N=120) y un seguimiento a 24 meses.
    - A los dos años de seguimiento la PED mostró igualmente su eficacia en la reducción del número total de recaídas y en la prevención de recaídas depresivas . Demostrando que los otros bloques del programa también tienen un papel activo.

- **Estos resultados justifican su inclusión, las guías clínicas de los grupos de estudio más destacados ya recogen la PED como parte de la terapéutica en los pacientes bipolares.**

EXPERIENCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN EN BAO

- Contexto terapéutico

- Terapeutas: impartido por el Dr. Rodríguez Arrebola y por Beatriz Pacheco.
- Nº participantes: 20 afectados y 19 familiares. →Total 39 asistentes.
- Divididos en dos turnos: 1º F (17- 18.30 hrs), 2º) A (18.45-20.30 hrs)
- Duración: del 4 de Noviembre de 2009 al 27 de Enero de 2010.
- Frecuencia: periodicidad semanal (miércoles)
- Lugar: sede de la asociación BAO.
- Material y método: ppts, fotocopias, pizarra, exposición/participación
- Criterios de inclusión
  - Llevar un mínimo de 3 meses asistiendo con asiduidad a los G.A.M
  - En el momento de la terapia estar estabilizado (al menos dos meses)
- Programa
  - Imposibilidad material, temporal y por infraestructura
  - Adaptación del de Vieta y Colom. Hospital Clínic de Barcelona por un equipo multidisciplinar especializado en TB.

PSICOEDUCACIÓN PARA EL TRASTORNO BIPOLAR.

Francesc Colom y Eduard Vieta

Programa de Psicoeducación:

Bloque 1: CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Bloque II: ADHESIÓN FARMACOLÓGICA: ¿PODEMOS PREDECIR EL MAL CUMPLIMIENTO? EL FUTURO

Bloque III: EVITACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Bloque IV: DETECCIÓN PRECOZ DE NUEVOS EPISODIOS

Bloque V: REGULARIDAD DE HÁBITOS Y MANEJO DEL ESTRÉS

- **Sesión 18: Regularidad de hábitos.**
- **Sesión 19: Técnicas para el control de estrés**
- **Sesión 20: Estrategias de solución de problemas**
- **Sesión 21: Sesión final.- clausura**

PROGRAMACIÓN ADAPTADA DE BAO. Basada en la de Vieta y Colom .
Sesión 1: Introducción. Presentación y normas del grupo.
Sesión 2: Definición del Trastorno Bipolar
Sesión 3: Adherencia al tratamiento
Sesión 4: Síntomas de la manía y la depresión
Sesión 5: Regularización de hábitos (1ºparte) Higiene del sueño, Alimentación y Ejercicio físico.
Sesión 6: Tratamiento del trastorno bipolar
Sesión 7: Abordaje del consumo de tóxicos
Sesión 8:. Evitación de recaídas
Sesión 9: Niveles plasmáticos, embarazo, abuso de sustancias
Sesión 10: Regularización de hábitos (2ª parte) Control de estrés, Resolución de problemas y Toma de decisiones.
Sesión 11: Cierre del curso

EXPERIENCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN EN BAO

❖ Conclusiones/valoración de los participantes sobre PED

FAMILIARES	AFECTADOS
4ª) Síntomas manía/depresión	4ª) Síntomas manía/depresión
8ª) Evitación de recaídas	6ª) Tratamiento del TB
2ª) Definición de TB, 6ª) Tratamiento de TB, 10ª) Hábitos 2ª parte	3ª) Adherencia al tratamiento, 5ª) Hábitos 1ª parte,10ª) Hábitos 2ª parte
3ª) Adherencia,5ª) Hábitos 1ª parte	8ª) Evitación de recaídas
9ª) niveles plasmáticos, embarazo, sustancias	2ª) Definición del TB
1ª) Introducción, 11ª) Cierre	7ª) Consumo de tóxicos en TB
7ª) Consumo de tóxicos en TB	9ª) Niveles plasmáticos, 11ª) Cierre

- **3.-Consideración sobre si la asistencia al curso de psicoeducación ha repercutido positivamente en relación al conocimiento y manejo del TB**

FAMILIARES		AFECTADOS	
SI	NO	SI	NO
15 de 15	0 de 15	14 de 17	3 de 17 *

* Estas tres personas se posicionan neutrales refieren que se trata de una cuestión de expectativas

3.1.-En caso afirmativo, ¿en qué sentido? Razones.

FAMILIARES	AFECTADOS
Comprender los síntomas	*Conocimiento sobre el trastorno y detección/detención de síntomas*
Manejarme mejor, tomar precauciones	*Estar menos "perdido"*
Seguridad a la hora de actuar	*Autoayuda, autoconocimiento*
Acudir al psiquiatra a tiempo	*Mejor manera de "funcionar"*
El aprendizaje y la información "Me ha dado paz"	*Identificarme con otros compañeros*
Coincidir con personas con el mismo problema	*Disminuir los episodios. Romper con el ciclo de ingresos*
Me ha aportado bienestar	*Aprendizaje de "herramientas"*
Mejora en la calidad de vida	*Profundizar en el conocimiento del trastorno y reconocer ciclos y episodios*

4.- Sugerencias sobre la posibilidad de incluir en el programa algún contenido sobre los que te gustaría profundizar.

FAMILIARES	AFECTADOS
Síntomas e ideación suicida. Manejo y prevención	*Estabilidad emocional*
Terapias de conducta	*Culpabilidad y manejo de ésta*
Trastorno bipolar en la infancia y la adolescencia	*Profundizar en control de impulsos*
Toma de responsabilidad ante la enfermedad. Rol activo.	*Profundizar en ansiedad y evitación de recaídas*
Ocupaciones y manejo del tiempo libre	*Aspectos positivos del asociacionismo*
Tratamientos alternativos.	*Conocer la historia de personajes famosos e históricos con padecimientos similares*
Autoestima	*Personalidad y carácter en TB*
Pautas para la convivencia con un afectado de trastorno bipolar	*Convivencia con el entorno más cercano: familiares y amigos*

5.- Repetirías la asistencia al curso

FAMLIARES		AFECTADOS	
SI	NO	SI	NO
15 de 15	0 de 15	13 de 17	4 de 17

6.- Grado de satisfacción con el curso:

FAMILIARES	AFECTADOS
Puntuaciones: 10, 7, 7, 10, 10, 9, 9, 10, 8, 6, 10, 7, 9, 8, 9.	Puntuaciones: 10, 5, 10, 8, 10, 8, 9, 10, 9, 8, 4, 9, 7, 8, 9, 8, 4
Media total: 8,6	Media total: 8

BIBLIOGRAFÍA……

- Colom , F; Vieta,E. (2007). *Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar* (4º ed) Barcelona: Ars Médica.
- Vieta, E (2007). *Novedades en el Tratamiento del Trastorno Bipolar.* (2ª ed). Madrid: panamericana
- Vieta E, Colom F.(2003) *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid: Panamericana.
- Pino Pino, M.A.; Belenchón Lozano, M.; Sierra San Miguel, P . y Livianos Aldana,L; (2008). *Trastorno Bipolar y psicoeducación: desarrollo de un programa para clínicos.* San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario.
- Mosquera,D.; Eiriz, A. (2008). *Un acercamiento al Trastorno Bipolar (Parte II)*. Madrid: Pleyadés
- Gonzalez-Pinto Arrillaga, A.M; Barbito Resa, S y Vega Pérez; P.(2010). Abordaje Integral del Trastorno Bipolar. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.*
- Dagmar Holmgren G., Víctor Lermanda S., Clara Cortés V., Isabel Cárdenas M., Karen Aguirre A.y Karem Valenzuela A.(2005) Family disruption in bipolar disorder . *Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.*
- Pérez Álvarez, M.; Fernández Hermida, J.R.(2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. Oviedo. *Psicothema*. Año/vol 13, nº 003. Pp:523-529
- González Alegre P. Psicoeducación grupal en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar asociado a dependencia de tóxicos en abstinencia. *NURE Inv. [Revista en Internet*] 2009 Ene-Feb.[fecha acceso]; 6 (38): [aprox 8 pant].
- Reinares, M; (2001). *Trastorno bipolar: nuevos horizontes. Ayudando al paciente bipolar a través de sus familiares.* Interpsiquis.
- Sheri L. Johnson y Robert L. Leahy. (2004) Psychological Treatment of bipolar disorder. New York: The Guilford Press.
- Becoña, E y Lorenzo, M.C; (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema. Vol. 13, nº 3, pp. 511-522*

MUCHAS GRACIAS

BEATRIZ PACHECO GARCÍA

Psicóloga colaboradora de BAO. Col nº: AO-06523
Máster en Tratamientos Psicológicos y de la Salud.

b. pacheco.garcia@gmail.com
Teléfono: 952 22 93 07