

PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR

GROUP EDUCATIONAL PROGRAM FOR PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER

Raúl Sánchez*

Médico Psiquiatra, MSc. en Neurociencias, Programa de Trastornos Bipolar, Instructor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, UC

Marcela González

Enfermera, Licenciada en Enfermería. Instructora Asociada, Departamento de Salud del Niño y Adolescente, Escuela de Enfermería, UC

Artículo recibido el 31 de marzo, 2008. Aceptado el 22 de noviembre, 2008.

RESUMEN

*El trastorno bipolar [TB] sigue el curso de una enfermedad crónica, caracterizada por la presencia de episodios de recaídas o recurrencias alternando con periodos de remisión sintomática. Debido a lo anterior, la mejor evolución de este, está ligada a un enfoque de tratamiento a largo plazo, dinámico e interdisciplinario. Estudios recientes muestran la eficacia de la combinación de las intervenciones psicosociales y la farmacoterapia en la prevención del riesgo de recurrencia. Es por esto que la educación debe ser un componente esencial en un programa de tratamiento. Los contenidos que se entregarán a través de esta metodología, buscan mejorar la evolución del TB a través de: Mejorar el nivel de conciencia de enfermedad; enfrentar la estigmatización y dignificar su condición de pacientes; mejorar la adherencia al tratamiento; identificar factores gatillantes y signos prodrómicos de recaída; enfrentamiento del estrés; establecer plan de contingencia frente a recaídas; evitar el uso de sustancias que aumenten el riesgo de recaídas y promover hábitos y estilos de vida saludables. Según los autores, no existe a la fecha estudios bien diseñados en nuestro país que muestren evidencia acerca de la eficacia de un programa de educación en TB. El objetivo del proyecto es la evaluación del impacto de la educación sobre las tasas de recaída, hospitalización, adherencia a tratamiento, ausentismo laboral y/o académico, y calidad de vida en la población que se atiende. **Palabras clave:** Trastorno bipolar, educación, intervenciones psicosociales, tratamiento.*

ABSTRACT

*Bipolar disorder [BD] is a severe, chronic illness, characterized by episodes of relapse alternating with symptomatic remissions. For this reason, its most optimal prognosis is intimately associated with a long-term, dynamic, and multidisciplinary treatment program. Recent studies have shown the efficacy of a combination of pharmacotherapy and psychosocial interventions in preventing recurrence risk, and for this reason, psychological education must be an essential component in a treatment program. The contents delivered by this methodology seek to improve the course and prognosis of BD by addressing the following issues: To improve the level of insight related to the illness; to face stigmatization and strengthen patient dignity; to improve treatment compliance; to identify triggering factors and prodromic signs of relapse; to handle stress; to establish a contingency plan for relapses; to prevent drug use and abuse, which increase risk of relapse and, to promote healthy life-styles. For the authors, no well-designed studies have been performed in our country that can show evidence regarding the usefulness of an educational intervention in BD. The objective of this program is to evaluate the impact of education on relapse rates, hospitalization, treatment compliance, work and academic absenteeism and quality of life. **Key words:** Bipolar disorder, education, social interventions, treatment.*

* Correspondencia e-mail: fsanchez@med.puc.cl

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas se describen como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo normal de vida y que persiste durante largo tiempo (Ministerio de Salud [MINSAL], 2004, 2006).

El Trastorno Bipolar [TB] es una enfermedad crónica, severa y recurrente que representa un alto costo personal, familiar, laboral, económico y social, como asimismo elevadas tasas de mortalidad. Es causante de una significativa discapacidad y un negativo impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen y de sus familiares (Calabrese et al., 2003; Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2000; Judd & Akiskal, 2003; Murray & López, 1997; Parikh, Wasylenki, Goering, & Wong, 1996; Perlick et al., 1999; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue, & Sirey, 2001; Reinares et al., 2004; Yatham et al., 2004)

Comparados con sujetos sanos, las personas con TB presentan mayores dificultades en su rendimiento laboral, actividades de esparcimiento, relaciones sociales y familiares (Calabrese et al., 2003; Judd & Akiskal, 2003). Sin embargo, el tratamiento oportuno y efectivo puede mejorar muchas de estas consecuencias. La Organización Mundial de la Salud [OMS] sitúa al TB como la sexta causa de discapacidad laboral en el mundo entre los 15 y 44 años de edad, y en una proyección desde 1990 a 2020. (Murray & López, 1997; OMS, 2001)

Diversos estudios desarrollados en Europa y Norteamérica muestran que en la población bipolar existe un incremento del riesgo de suicidio estimado en un 17-19%, es decir, 15-20 veces mayor que la población general (Chen & Dilsaver, 1996; Fagiolini et al., 2004; Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995; Goodwin & Jamison, 1990; Harris & Barraclough, 1997; Rihmer & Kiss, 2002; Tondo, Isacson, & Baldessarini, 2003). Además posee una mayor incidencia de comorbilidad con abuso de sustancias, trastornos ansiosos, y trastornos de personalidad (Cassidy, Ahearn, & Carroll, 2001; Frank et al., 2002; Perlis et al., 2006; Vieta et al., 2001). Un reciente estudio de seguimiento de 2000 pacientes bipolares (Perlis et al.,

2006) ha mostrado una historia de psicosis en el 38.1% de los sujetos, de al menos un trastorno por uso de sustancias en el pasado en el 49.3%, y la presencia actual de este en el 15% de la muestra. La comorbilidad con los ejes I o II se ha visto asociada a un inicio del trastorno en edades más precoces y asimismo a un peor pronóstico de la enfermedad bipolar (Dalton, Cate-Carter, Mundo, Parikh, & Kennedy, 2003).

El 90% de los pacientes bipolares experimentan recurrencia durante su vida (Solomon, Keitner, Miller, Shea, & Keller, 1995), la cual frecuentemente ocurre durante los dos primeros años de un episodio inicial (Tohen et al., 2003). La irregular adhesión a la farmacoterapia es una de las principales causas de recurrencia.

Debido a los aspectos anteriormente mencionados, la mejor evolución de las personas con este trastorno está ligada a un enfoque de tratamiento a largo plazo, dinámico e interdisciplinario. En este sentido, resulta de gran utilidad la aplicación de los principios del Modelo de Manejo de Enfermedades Crónicas propuesto por Wagner en 1998, y adaptado al manejo del TB por Parikh y Kennedy (Joyce & Mitchel, 2004). El primer paso del tratamiento, corresponde a la estabilización del episodio agudo actual particularmente en episodios maníacos o depresivos severos. Aquí resulta crítica la evaluación del potencial riesgo suicida o de hetero-agresividad del paciente, y de la necesidad de hospitalización. El segundo paso corresponde al establecimiento de un equipo multidisciplinario y el plan terapéutico a largo plazo con elementos farmacológicos e intervención psicosocial. El involucramiento de familiares y amigos en este proceso es fundamental para mejorar el pronóstico y constituir sólidas redes de apoyo frente a recaídas o recurrencias.

Para entender la utilización de la educación, es necesario recordar que una de las responsabilidades que tienen los equipos de salud, es la de educar; la OMS en el 2001 define la Educación para la Salud como una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación

con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan la salud, en este contexto, la educación aparece como una metodología que será parte del proceso de la rehabilitación psiquiátrica de los usuarios. Esta rehabilitación se entenderá como un proceso que brinda la posibilidad que personas disminuidas, discapacitadas o impedidas por un trastorno mental alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad. Supone mejorar las competencias individuales y a la vez introducir cambios en el entorno. La rehabilitación psicosocial no es una mera técnica, sino un proceso integral.

La base teórica que guiará esta propuesta de intervención se sustenta en los planteamientos de Jane Vella (1995) quien parte del supuesto que los adultos aprenden de mejor forma a través del diálogo, ella plantea, entre otros, los siguientes principios que son claves en este proceso (Vella, 1995):

- Definición de las necesidades: la participación de los educandos para definir lo que se va a aprender.
- Seguridad en el medio ambiente y en el proceso.
- Una buena relación entre el educador y el educando que permita el aprendizaje y desarrollo.
- Una cuidadosa atención a la secuencia del contenido y al refuerzo.
- Práctica: acción con reflexión o aprendizaje por ejecución.
- Respeto por el educando como sujeto de su propio aprendizaje.
- Cognitivo, afectivo y psicomotor: ideas, sentimientos, acciones.
- Inmediatez: uso inmediato de lo aprendido
- Roles claros y desarrollo de estos.
- Trabajo en equipo: uso de grupos pequeños.
- Compromiso de los alumnos con el proceso de aprendizaje.
- Responsabilidad en el aprendizaje

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

En la intervención se utilizara esta metodología en pro de fortalecer la adherencia al

tratamiento a través de un enfoque teórico y práctico para ayudar al usuario a entender y manejar las consecuencias de esta compleja enfermedad, utilizando sus recursos psicológicos para generar, a partir de la experiencia, estrategias para hacerse responsables –y no culpables– del manejo de su enfermedad en forma activa.

Lo fundamental del programa de educación, recoge la inmensa experiencia de los investigadores Francesc Colom y Eduard Vieta de la Universidad de Barcelona, quienes lo han apoyado constantemente.

El propósito del programa es ayudar a que las personas diagnosticadas con TB mejoren su calidad de vida.

Los objetivos específicos buscan que los beneficiarios:

- Conozcan la definición, causas, factores asociados, síntomas y tratamiento del TB.
- Incorporen estos elementos a través de actividades prácticas basadas en su propia experiencia.
- Identifiquen sus síntomas prodrómicos de recaída.
- Generen estrategias para mejorar adherencia al tratamiento.
- Valoren la importancia de las redes de apoyo.
- Tomen conciencia de su responsabilidad en el manejo de su enfermedad.

Estos pudieran parecer ambiciosos, pero cada día se publican evidencias acerca de sus beneficios. En efecto, psicoeducación y farmacoterapia se combinan para potenciar la efectividad terapéutica.

Los contenidos a desarrollar en el programa educativo para los pacientes con TB incluyen:

- Tasas de recurrencia y su condición de cronicidad.
- Factores gatillantes.
- Estrategias para identificar factores gatillantes en su caso particular.
- Agentes farmacológicos, indicaciones, ventajas y potenciales efectos colaterales.
- Manejo conductual y ambiental de síntomas.

- Detección temprana de síntomas prodrómicos de recaída.
- Plan de emergencia o contingencia.
- Riesgos asociados al uso de drogas, alcohol y otras sustancias estimulantes.
- Hábitos de vida saludables como calidad de sueño, alimentación, relaciones sociales, etc.
- Estrategias de manejo de estrés y resolución de problemas.
- Importancia de las redes de apoyo.

Estudios recientes, metodológicamente confiables, muestran la eficacia de la combinación de las intervenciones psicosociales y la farmacoterapia en la prevención del riesgo de recurrencia en episodios bipolares (Colom et al., 2003; Goodwing & Jamison 2003; Calabrese et al., 2004) y por ende, la psicoeducación es un componente esencial del programa de tratamiento del TB (Colom et al., 2003; Lam et al., 2003; Miklowitz, George, Richards, Simoneau, & Suddath, 2003; Perry, Tarrier, Morris, McCarthy, & Limb, 1999).

Acerca de los beneficios del trabajo educativo grupal se destaca que este logra: (Colom et al., 2003; Miranda, 2003; Scott & Colom, 2005; Toseland & Mc Callion, 1997)

- Reforzar positivamente a los pares
- Oportunidad para que los miembros expongan sentimientos y emociones reprimidas
- Validar las experiencias personales de cada participante
- Disminuir el aislamiento social e incrementar la red de apoyo
- Disminuir el estigma de los participantes en torno a la enfermedad
- Adquirir habilidades de enfrentamiento de situaciones estresantes
- Apoyar el cuidado continuo entre pares
- Conocer las estrategias de afrontamiento de la patología (erradas y/o asertadas)
- Mejorar la conciencia de enfermedad
- Facilitar el aprendizaje a través del diálogo
- Mejorar la confianza en sí mismo
- Mejorar el funcionamiento social y conductual
- Disminuir el número total de recaídas,

duración de la primera recaída, de las hospitalizaciones y mejoría en los niveles séricos de litio

Miranda (2003) refiere que las intervenciones grupales muestran un impacto positivo entre quienes participan, siendo los talleres educativos los que presentan mejores resultados en cuanto a disminución de sintomatología depresiva, estrés y agotamiento y en el aprendizaje de destrezas que mejoran el bienestar psicosocial de los participantes.

Además es relevante considerar que esta metodología de trabajo aumenta la eficiencia y reduce los costos económicos para los usuarios y servicio de salud.

Público Objetivo

El programa está proyectado para los beneficiarios de la Red de Salud de la UC que cumplan con los criterios que establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV] de TB tipos I, II, y ciclotimia (American Psychiatric Association, 1994). Deben estar estables según evaluación clínica de sus respectivos tratantes y dispuestos para su ingreso al grupo y ser mayores de 18 años de edad. Además, se incorporará a las redes de apoyo de los usuarios a través de 3 sesiones dedicadas a ellos.

En cuanto al número de participantes, experiencias de otros grupos muestran que el número ideal por sesión es entre 8 y 12 pacientes. Es necesario, además, considerar una tasa de abandono de un 25% de los sujetos.

El proyecto está planificado para ser implementado en las dependencias del centro médico San Joaquín o de la Clínica San Carlos de Apoquindo de la UC que cumplan con las características de privacidad, espacio y ambiente acogedor.

El programa está planificado para ser realizado como taller educativo, grupal, participativo, en un programa de 10 sesiones, con frecuencia semanal en día hábil, y de 90 minutos de duración cada sesión (Anexo 1)

Evaluación

La evaluación de resultados se realizará mediante el seguimiento de los pacientes a través de la aplicación de dos instrumentos antes de iniciar el programa y a los seis y doce meses del término de este:

- Functioning Assesment Short Test [FAST]:, instrumento validado en el año 2007 en español, consta de 24 ítemes que dan cuenta de la autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, manejo de finanzas, relaciones interpersonales y tiempo libre en personas con TB.
- OQ 45.2: Este test también ha sido validado en nuestro país por De la Parra y Von Bergen en el 2006. Mide los cambios terapéuticos en cuanto a sintomatología, relaciones interpersonales y rol social.

Además se seguirá la evolución de los usuarios en cuanto a tasa de recaídas en cualquier episodio bipolar (depresivo, maniaco/hipomaniaco, o mixto), adherencia a la farmacoterapia, tasa de ausentismo laboral/académico y número y duración de admisiones hospitalarias.

La evaluación del proceso del programa educativo se medirá a través de la tasa de asistencia, la tasa de abandono y el cumplimiento de horarios y contenidos de cada sesión.

En cuanto al impacto del programa se pretende obtener evidencia clara y explícita que apoye la planificación de estrategias en políticas públicas en población chilena de pacientes bipolares.

CONCLUSIONES

Existe consenso en la actualidad respecto a que el TB constituye una enfermedad severa, crónica y recurrente. Especial preocupación merecen las evidencias de déficit neurocognitivo en memoria de trabajo y funciones ejecutivas, las cuales pudieran dar cuenta de la significativa disfunción observada en los roles académico, laboral y social de estos usuarios.

Mayor preocupación aún generan las elevadas tasas de suicidio. Si bien existe consenso acerca de las bases biológicas

del TB, también existe creciente evidencia acerca del impacto de los factores de estrés ambiental y psicológico, estilos de vida y de autocuidado en el pronóstico de la enfermedad.

Hasta el presente no existe una adecuada estrategia farmacológica que por sí sola logre el tratamiento efectivo de las recaídas episódicas ni la prevención de ellas una vez alcanzada la eutimia. Más aún, una de las principales causas de recaída es la mala adherencia al tratamiento farmacológico. Sumado a lo anterior, el carácter de patología crónica del TB ha abierto la necesidad de las intervenciones psicosociales agregadas al manejo farmacológico. Dentro de estas, la educación de usuarios y de sus redes de apoyo es un recurso bien valorado en centros clínicos de Europa y Norteamérica, pero es aún un recurso terapéutico pobremente desarrollado en Chile. Estudios muestran que la educación grupal impacta en la reducción de las tasas de recaídas y su gravedad, número y duración de hospitalizaciones y el cumplimiento farmacológico. Como fue discutido previamente, la modalidad de educación grupal tiene ventajas sobre la individual que la hace un mejor recurso terapéutico en su relación costo-beneficio.

Respecto al proyecto, se destacan las siguientes fortalezas:

- Originalidad en el medio nacional y la posibilidad de obtener datos relevantes acerca de la población con TB en Chile, con los que se pueden elaborar planes de mejoría en las políticas públicas en salud mental, destinadas a este grupo
- El programa educativo forma parte de un Programa de Asistencia e Investigación en TB, esto permite una monitorización más acuciosa de los usuarios que reciben educación.
- Formación de un equipo de trabajo interdisciplinario, que integra miradas complementarias desde psiquiatría, enfermería y psicología, como asimismo colaboración entre las Escuelas de Medicina y Enfermería.
- Experiencia acumulada del equipo desde el año 2006, que si bien no es aún ex-

tensa, ya constituye una línea de trabajo asistencial y de investigación. Durante 2007 se realizaron dos experiencias piloto que beneficiaron a 22 pacientes y 30 redes de apoyo con una adherencia a las intervenciones cercana al 90%.

- Apoyo de asesores expertos en educación en TB pertenecientes a la Universidad de Barcelona.

Entre las debilidades del protocolo, debemos mencionar:

- Ausencia de una metodología de comparación con grupo control.
- Ausencia de financiamiento externo actual, lo cual dificulta el acceso libre de todos los pacientes a participar de esta modalidad educativa

Finalmente el realizar un programa como este pretende generar la oportunidad de cambiar la visión del TB con bases puramente biológicas e insertarlo en el marco del manejo de enfermedades crónicas, entregándoles a los usuarios la oportunidad de modificar conductas y generar estrategias para su manejo y percepción de una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV (4a. ed.). Washington, D.C.: Autor.
- Calabrese, J., Hirschfeld, R., Reed, M., Davies, M., Frye, M., Keck, P., et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(4), 425-432.
- Cassidy, F., Ahearn, E., & Carroll, B. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3(4), 181-188.
- Chen, Y. & Dilsaver S. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biological Psychiatry*, 39(10), 896-899.
- Chile, Ministerio de Salud. (2004). Mediciones de calidad de vida. Red Chilena de calidad de vida. Santiago, Chile: autor.
- Chile, Ministerio de Salud. (2006). II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006. Red Chilena de calidad de vida. Santiago, Chile: Autor.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Dalton, E., Cate-Carter, T., Mundo, E., Parikh, S., & Kennedy, J. (2003). Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disorders*, 5(1), 58-61.
- De la Parra, G. & Von Bergen, A. (2006). Medición de los resultados en psicoterapia: Uso del OQ-45.2, un instrumento validado en Chile. *Gaceta Universitaria*, 2, 208-222.
- Fagiolini, A., Kupfer, D., Rucci, P., Scott, J., Novick, D., & Frank, E. (2004). Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(4), 509-514.
- Frank, E., Cyranowski, J., Rucci, P., Shear, M., Fagiolini, A., Thase, M., et al. (2002). Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 905-911.
- Goldberg, J. F., Harrow, M., & Grossman, L. S. (1995). Recurrent affective syndromes in bipolar and unipolar mood disorders at follow-up. *British journal of Psychiatry*, 166, 382-385.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University.
- Harris, E. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hirschfeld, R., Lewis, L., & Vornik, L. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorders: how far have we really come? Results of the National depressive Manic - depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 161-174.
- Joyce, P., & Mitchel, P. (2004). *Mood Disorders: A handbook of science and practice*. London: Wiley.
- Judd, L. L. & Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum di-

- sorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*, 73, 123-131.
- Lam, D., Watkins, E., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Miklowitz, D., George, E., Richards, J., Simoneau, T., & Suddath, R. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Miranda, C. (2003). Diseño y evaluación de un taller psicoeducativo para cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer. *Psyche*, 12(1), 137-143.
- Murray, C. & Lopez, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado el 10 de febrero, 2008, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.
- Parikh, S., Wasylenki, D., Goering, P., & Wong, J. (1996). Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 38(1), 57-65.
- Perlick, D., Clarkin, J., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E., et al. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 56-62.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Raue, P., & Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(1), 31-37.
- Perlis, R., Ostacher, M., Patel, J., Marangell, L., Zhang, H., Wisniewski, S., et al. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American Journal of Psychiatry*, 163(2), 217-224.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., et al. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 312-319.
- Rihmer, Z. & Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders*, 4 Suppl. 1, 21-25.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Miller, I., Shea, M., & Keller, M. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of clinical Psychiatry*, 56, 5-13.
- Tohen, M., Zarate, C., Jr., Hennen, J., Khalsa, H., Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P., et al. (2003). The Mc Lean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of recovery and first recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2099-2107.
- Tondo, L., Isacsson, G., & Baldessarini, R. (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*, 17(7), 491-511.
- Toselan, R. & Mc Callion, P. (1997). Trends in caregiving intervention research. *Social Work Research*, 21(3), 154-164.
- Vella, J. (1995). *Training through dialogue*. San Francisco, Ca.: Jossey Bass.
- Vieta, E., Colom, F., Corbella, B., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., et al. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3(5), 253-258.
- Wagner, E. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.
- Yatham, L., Lecrubier, Y., Fieve, R., Davis, K., Harris, S., & Krishnan, A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders*, 6, 379-385.

Anexo 1: Objetivos de las sesiones educativas: Una mirada al Trastorno Bipolar

| Sesión | Objetivos |
|--------|--|
| 1 | Conocer a los integrantes del grupo y sus expectativas Socializar los objetivos de la intervención Introducir conceptos generales de TB Motivar la participación de los integrantes: ¿Cuál es la causa de mi TB? |
| 2 | Compartir trabajo personal Definir el concepto de TB Identificar causas y factores gatillantes Conocer cronicidad de la enfermedad Motivar la participación de los integrantes: ¿Cuándo le diagnosticaron su TB? |
| 3 | Compartir trabajo personal Compartir experiencia del estigma del diagnóstico Conocer consecuencias del retardo del diagnóstico Conocer la comorbilidad del cuadro Motivar la participación de los integrantes: Viviendo con el diagnóstico de TB |
| 4 | Compartir trabajo personal Identificar signos y síntomas del episodio maniaco Identificar la diferencia entre manía y alegría Motivar la participación de los integrantes: ¿Cuáles son las características del episodio depresivo? |
| 5 | Compartir trabajo personal Identificar signos y síntomas del episodio depresivo Identificar la diferencia entre depresión, tristeza y duelo Motivar la participación de los integrantes: Confeccionar una carta de mi ánimo |
| 6 | Compartir trabajo personal Identificar episodios en las cartas del ánimo elaboradas Introducir elementos generales del tratamiento farmacológico Comenzar a preparar el cierre de la intervención entre los participantes Motivar la participación de los integrantes: ¿Qué costos ha tenido para ti no tomar correctamente la medicación? |
| 7 | Compartir trabajo personal Conocer opciones de tratamiento farmacológico Identificar consecuencias del uso de sustancias con la terapia farmacológica Motivar la participación de los integrantes: ¿De qué forma puedo mejorar la adherencia a los medicamentos? |
| 8 | Compartir trabajo personal Identificar predictores de recaída Recordar cierre próximo Motivar la participación de los integrantes: ¿Puedo identificar mis síntomas de recaída? |
| 9 | Compartir trabajo personal Recordar plan de tratamiento y elementos que lo componen Afrontamiento del estrés |
| 10 | Identificar elementos del autocuidado para la salud Resumir aspectos relevantes Cierre de la intervención |