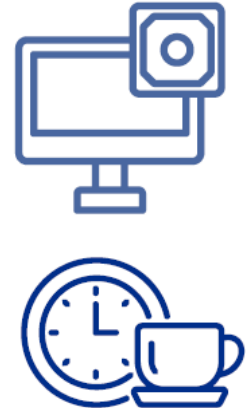
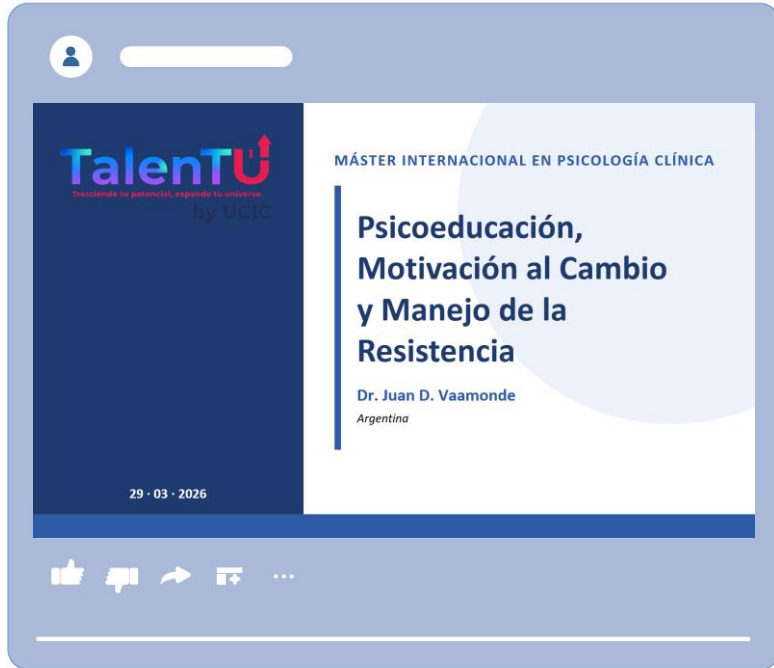


Psicoeducación, Motivación al Cambio y Manejo de la Resistencia

Dr. Juan D. Vaamonde

Argentina

ACUERDO INICIAL



CONTENIDOS DE LA CLASE

1

Psicoeducación en la Práctica Profesional

Fundamentos · Qué / cuándo / cómo psicoeducar · Evidencia empírica

60 min

2

Motivación al Cambio

Modelo Transteórico · Teoría Autodeterminación · Entrevista Motivacional · Evaluación

3

Manejo de la Resistencia

Reconceptualización · Tipos de respuestas · Estrategias basadas en evidencia

4

Análisis de Casos

Aplicando conceptos y técnicas

60 min



1

MÓDULO 1

PSICOEDUCACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Construyendo comprensión compartida

¿QUÉ ES LA PSICOEDUCACIÓN?

Intervención basada en la evidencia que combina elementos educativos y psicoterapéuticos para que el paciente (y/o su familia) pueda comprender y manejar activamente su problema o condición (Lukens & McFarlane, 2004).

“Todo proceso psicoterapéutico es un proceso de aprendizaje y por lo tanto es un proceso educativo” (Tena-Hernández, 2020).

Intervención transversal o per se.

Herramienta de cambio: implica procesos cognitivos, biológicos y sociales de cada individuo para mejorar la autonomía y la calidad de vida (Godoy et al., 2020).

Niveles de implementación: individual, familiar, grupal.

*No es solo
explicar o
informar ni un
prólogo del
tratamiento*

FUNCIONES DE LA PSICOEDUCACIÓN

- Comprender el mecanismo de la patología o del problema y, a través de eso, colaborar activamente con el tratamiento.
- Otorgar un sentido o resignificar la patología o el problema.
- Aprender a reconocer señales de alarma para actuar a tiempo.
- Entrenar en habilidades específicas para afrontar el problema.
- Conocer recursos disponibles para abordar el problema.
- Aumentar compromiso con el tratamiento y promover el autocuidado y el empoderamiento.



EL CONOCIMIENTO REDUCE EL MIEDO, EL ESTIGMA, AUMENTA EL SENTIDO DE CONTROL Y ACTIVA LA CAPACIDAD DE ANTICIPACIÓN Y AFRONTAMIENTO

PSICOEDUCACIÓN Y TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

La psicoeducación no es transmisión de información
Es facilitación de aprendizaje significativo.



Las teorías del aprendizaje nos dicen por qué
hacemos lo que hacemos; fundamentan
epistemológicamente la intervención
psicoeducativa

MARCOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA PSICOEDUCACIÓN

Constructivismo

Piaget (1952) · Vygotsky (1978)

El conocimiento se construye
activamente; el diálogo es el motor
del cambio cognitivo

Aprendizaje Social

Bandura (1977 · 1997)

Modelado, observación y
autoeficacia como predictores clave
del cambio terapéutico

Aprendizaje Experiencial

Kolb (1984)

El cambio real ocurre en el ciclo
experiencia → reflexión →
conceptualización → acción

CONSTRUCTIVISMO: EL APRENDIZAJE COMO CONSTRUCCIÓN ACTIVA

El paciente no recibe información: la procesa, la integra y la transforma según sus esquemas previos

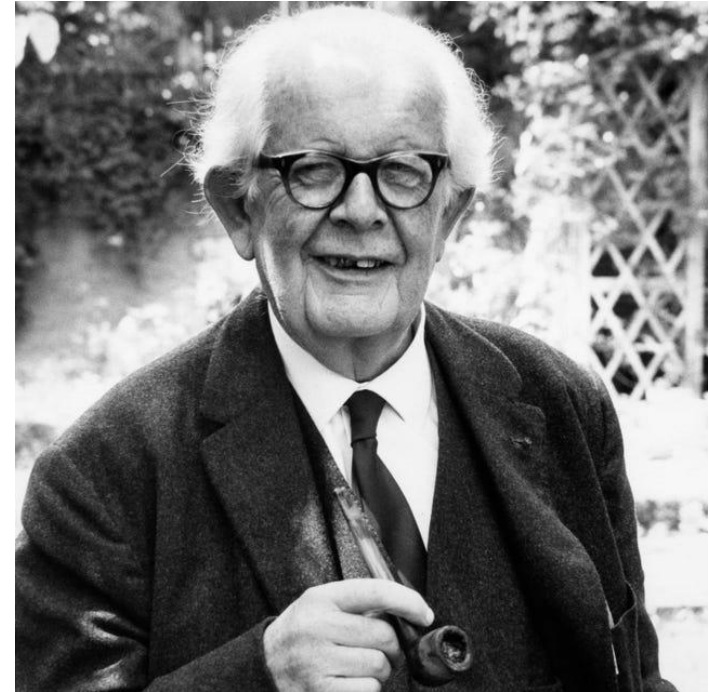
PIAGET (1952) — Constructivismo cognitivo

El conocimiento no se transmite: se construye activamente a través de la experiencia.

Asimilación: incorporar nueva información a esquemas existentes.

Acomodación: modificar los esquemas cuando la nueva información no encaja. Requiere diálogo y experiencia

Implicación clínica: la psicoeducación debe conectar con los esquemas previos del paciente, no ignorarlos.



CONSTRUCTIVISMO: EL APRENDIZAJE COMO CONSTRUCCIÓN ACTIVA

VYGOTSKY (1978) — Constructivismo social

El conocimiento se co-construye: emerge en la interacción social y el diálogo.

Zona de Desarrollo Próximo (ZDP): lo que el paciente puede hacer con guía, aún no solo.

Andamiaje (scaffolding): el terapeuta sostiene lo que el paciente aún no puede sostener solo. Término introducido por Bruner

Implicación clínica: el terapeuta NO enseña al paciente; construye con él una comprensión nueva.



APRENDIZAJE SOCIAL Y EXPERIENCIAL

BANDURA (1977 · 1997) — Aprendizaje Social

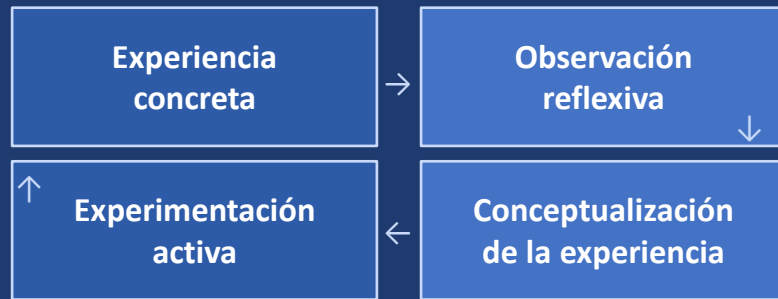
Modelado o aprendizaje vicario: aprendemos observando a otros.

Autoeficacia: predictor potente de adherencia y cambio.

Expectativas de resultado: el paciente cambia si cree que el cambio es posible.

Aplicación: psicoeducación aumenta autoeficacia.

KOLB (1984) — Aprendizaje Experiencial (un ciclo)



PRINCIPIOS PRÁCTICOS PARA LA PSICOEDUCACIÓN

Diálogo sobre monólogo

Vygotsky: el conocimiento emerge en la interacción / diálogo

Autoeficacia primero

Bandura: fortalecer la creencia de que el cambio es posible.

Andamiaje graduado

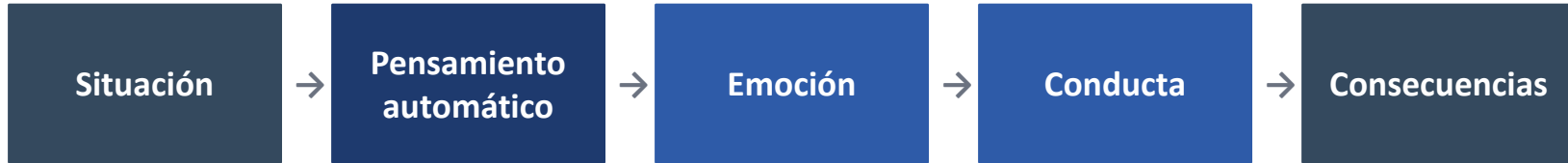
Introducir gradualmente a partir de lo que el paciente ya sabe

Experiencia + reflexión

Kolb: las tareas entre sesiones complementan aprendizaje

LA SOCIALIZACIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO

Base teórica: por ejemplo, modelo cognitivo-conductual



Comprender cómo los pensamientos automáticos y las creencias modulan el estado emocional.

Paciente pasa de ser objeto pasivo a protagonista activo de sus propios procesos.

⚠ Error frecuente

Comenzar con técnicas antes de que el paciente comprenda el modelo terapéutico

✓ Herramientas clave

Usar diagramas visuales y ejemplos concretos de la vida del propio paciente

¿QUÉ PSICOEDUCAR?

1. NATURALEZA DEL PROBLEMA

Síntomas, prevalencia, curso esperado, factores de riesgo y de protección.

2. MODELO EXPLICATIVO

Cómo la TCC u otro enfoque entiende el problema específico que trae el paciente.

3. RATIONALE DEL TRATAMIENTO

Justificación de las técnicas utilizadas.
Por qué hacemos lo que hacemos.
Importante para la adherencia.

4. PAPEL ACTIVO DEL PACIENTE

Entrenamiento práctico. Tareas entre sesiones, práctica deliberada, auto-observación y registro.

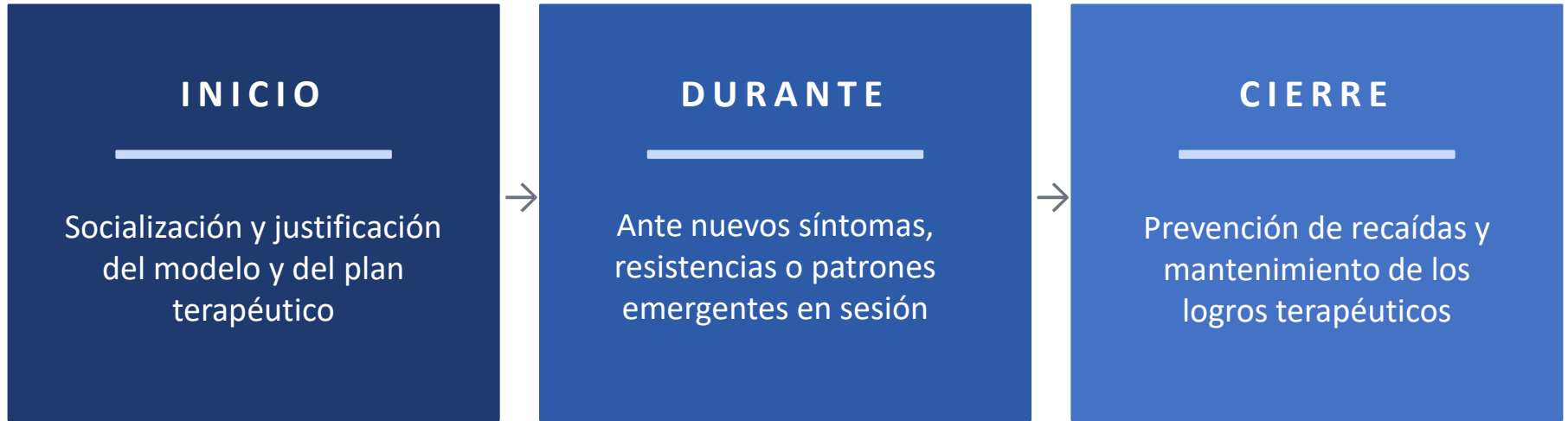
¿QUÉ PSICOEDUCAR?

CONTENIDOS FRECUENTES:

- ✓ Información sobre el trastorno, problema o desafío vital
- ✓ Síntomas, causas y curso
- ✓ Tratamiento y adherencia
- ✓ Prevención de recaídas; señales de alarma
- ✓ Habilidades de afrontamiento y resolución de problemas
- ✓ Regulación emocional
- ✓ Abordaje de prejuicios y estigmas
- ✓ Fortalecimiento de recursos personales y familiares; redes de apoyo



¿CUÁNDO PSICOEDUCAR?



- ✓ Especialistas afirman que la psicoeducación es la base sobre la que se construye todo el proceso de tratamiento
- ✓ Intervención per se o componente transversal
- ✓ Importancia del “timing”

¿CÓMO PSICOEDUCAR?

DIFERENTES DISEÑOS: según el objetivo, el lugar donde se realiza, quién lleva a cabo la intervención, la modalidad (grupal o individual), la cantidad de sesiones, los recursos, etc.

ROL DEL TERAPEUTA O FACILITADOR: paternalista (transmite conocimientos sin considerar preferencias del paciente) o colaborativo (co-construcción terapeuta-paciente)

ESQUEMA GENERAL: conjunto de sesiones que inician con contenidos teóricos y se desarrollan progresivamente; también puede ser una intervención transversal

RECURSOS: metáforas personalizadas, ejemplos de la vida del paciente, materiales escritos de apoyo, comprobar comprensión, materiales digitales, siempre lenguaje accesible

EVIDENCIA EMPÍRICA

Zhao et al., 2015 (revisión sistemática)

La psicoeducación puede reducir recaídas y mejorar síntomas emocionales, habilidades sociales y funcionalidad en personas con ansiedad severa y depresión

Colom et al., 2003; Lemos Rabelo et al., 2021

Psicoeducación reduce episodios en trastorno bipolar, incluso hasta 2 y 5 años después; también mejora adherencia al tratamiento

Últimos años

Estudios sobre formatos digitales de psicoeducación, con eficacia documentada en apps y módulos online, como complemento de terapia (ansiedad y depresión)

Investigación con amplia variedad de diseños, sobre todo análisis de casos, estudios de caso control y ensayos clínicos randomizados.

RECURSOS EN LÍNEA PARA PSICOEDUCACIÓN

- [Información para pacientes, familiares y allegados: depresión en adultos \(GuiaSalud.es\)](#)
- [“Comprendiendo la ansiedad” \(Servicio Andaluz de Salud\)](#)
- [“Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad” \(Servicio Andaluz de Salud\)](#)
- [“Grupo de Afrontamiento de la Ansiedad en AP” \(manual clínico-institucional y recurso docente/práctico – Servicio Andaluz de Salud\)](#)
- [“Guía de psicoeducación para las familias de personas con psicosis” \(Confederación Salud Mental España\)](#)
- [“Cómo afrontar la esquizofrenia: guía para familiares, cuidadores y personas afectadas” \(Confederación Salud Mental España\)](#)
- [“Afrontando el trastorno bipolar: guía para pacientes y familiares” \(José Manuel Montes\)](#)



2

MÓDULO

MOTIVACIÓN EL CAMBIO

Promover y construir el cambio desde adentro

MOTIVACIÓN: HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN

- Procesos que inciden en la **intensidad**, la **dirección** y la persistencia del **esfuerzo** que realiza una persona para alcanzar un objetivo (Robbins & Judge, 2015).

Intensidad: cantidad de esfuerzo puesto en una tarea

Dirección: hacia dónde, qué o quién se orienta el esfuerzo

Persistencia: tiempo por el que la persona es capaz de mantener su esfuerzo

- Desde una perspectiva neuropsicológica, la motivación es un dispositivo básico del aprendizaje.
- Implica una función apetitiva de incorporar información.
- Múltiples factores intervinientes: psicológicos, vivenciales, históricos, ambientales, familiares, etc.

MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA



Motivación intrínseca: es interna, nace de la propia persona, conduciéndola a realizar una actividad sin necesidad de tener que recibir estímulos externos.



Motivación extrínseca: es externa, generada por estímulos que vienen de fuera del individuo y que suponen un refuerzo para realizar una actividad.

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

Prochaska & DiClemente (1983) — El cambio no es un evento puntual, sino un proceso con estadios

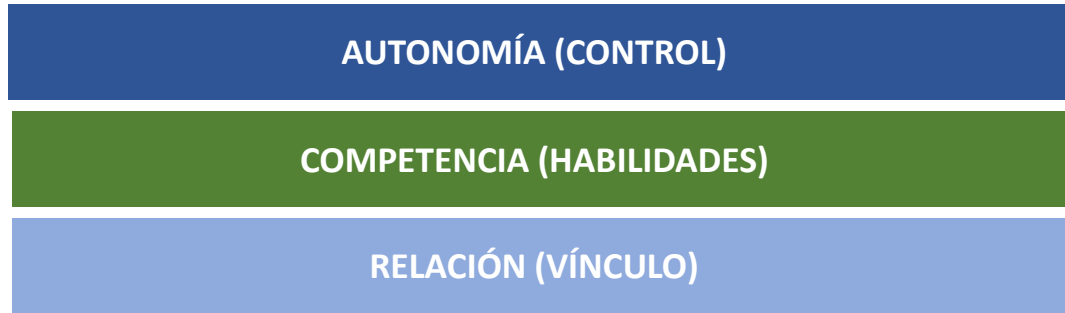


⚠ Error frecuente:

Aplicar técnicas de “acción” a un paciente en estadio de “precontemplación”
Importante identificar en qué estadio se encuentra el/la paciente

TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN (DECI & RYAN, 2000)

- Las personas prefieren sentir que tienen **control** sobre sus acciones y que pueden elegir lo que hacen (**motivación intrínseca**), sin influencia externa (**motivación extrínseca**).
- Tres necesidades psicológicas básicas que deben satisfacerse para la **motivación autónoma**:



IMPLICANCIAS CLÍNICAS:

La motivación intrínseca predice mejor la adherencia al tratamiento y los resultados a largo plazo. Fomentar el cambio desde los propios valores del paciente, no desde el miedo o la culpa.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Miller (1983) y Miller & Rollnick (2013) — La EM es un estilo relacional, no solo un conjunto de técnicas

Es un enfoque **colaborativo, centrado en la persona** y orientado a evocar y fortalecer **su propia motivación para el cambio**. Busca respetar la **autonomía** y trabajar **con** la persona, no sobre ella.

Colaboración

Relación horizontal: el terapeuta explora junto al paciente, no le enseña desde arriba.

Aceptación

Valor absoluto del paciente como persona, ejercer empatía, respetar autonomía y apoyar autoeficacia.

Compasión

El bienestar del paciente es la prioridad genuina de cada intervención.

Evocación

Los recursos para el cambio ya están en el paciente. El terapeuta convoca su motivación interna, sus valores para el cambio, no los instala.

HABILIDADES “OARS” – BASE PARA LA EM

O

Open questions — Preguntas abiertas

Invitan a explorar, desarrollar, conectar, sin presionar. Nunca preguntas de sí/no.

A

Affirmations — Afirmaciones

Reconocen fortalezas, esfuerzos y valores genuinos del paciente.

R

Reflective listening — Escucha reflexiva

Devolver lo dicho por el paciente procesado, ampliado, conectado o interpretado.

S

Summaries — Resúmenes

Integran y vinculan el material de la sesión, recogiendo y fortaleciendo el discurso cambio.

Discurso de cambio (Change Talk)

El aumento del “change talk” en sesión predice el cambio real — Moyers & Miller (2013)



DISCURSO DE CAMBIO

Favorecerlo, amplificarlo

Deseo: *«Quiero cambiar esto»*

Capacidad: *«Creo que podría hacerlo»*

Razones: *«Si cambio, podré...»*

Necesidad: *«Tengo que hacer algo»*

Compromiso: *«Voy a intentarlo»*



DISCURSO DE MANTENIMIENTO

Explorar con EM – Reflejar, explorar, indagar

· *«No es tan grave el problema»*

· *«No creo que pueda cambiar»*

· *«Hay razones para quedarme así»*

· *«No es el momento adecuado»*

· *«Lo he intentado antes y fracasé»*

EM INTEGRADA EN TCC

Arkowitz & Westra (2004) — Integración secuencial o paralela de ambos enfoques

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

*Prepara el terreno motivacional
¿Está el paciente listo para cambiar?*

- Trabaja la ambivalencia
- Evoca motivaciones internas
- Fortalece el discurso de cambio
- Reduce la resistencia relacional

+

TERAPIA CC

*Provee las herramientas del cambio
¿Cómo cambia el paciente?*

- Reestructuración cognitiva
- Técnicas conductuales
- Psicoeducación específica
- Exposición y tareas

Especialmente útil en: depresión crónica · trastornos de ansiedad · abuso de sustancias · trastornos conducta alimentaria

EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN

La motivación no es un rasgo fijo; puede cambiar dentro de una misma sesión con intervenciones adecuadas.

URICA (University of Rhode Island Change Assessment)

McConaughy et al. (1983)

32 ítems · 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) · Evalúa estadios del modelo transteórico. Construye un perfil motivacional que orienta el plan terapéutico.

Escala de Disposición al Cambio

Se le pide al paciente que indique en una escala de 0 a 10 cuán listo se siente para cambiar una conducta específica · «¿Por qué un [X] y no un 0?» evoca change talk. «¿Qué necesitarías para pasar a un [X+2]?» identifica obstáculos.

Escalera de Contemplación

Biener & Abrams (1991) | Escala visual rápida

10 peldaños con descriptores. Desde “Ni siquiera he pensado en cambiar” hasta “he cambiado y sé cómo mantener el cambio”.
Útil en primera entrevista para orientar la estrategia inicial.

PRÁCTICA

ENTREVISTA MOTIVACIONAL: EJERCITACIÓN OARS

CASO CLÍNICO: “JULIÁN”

PRESENTACIÓN Y MOTIVO DE CONSULTA:

- ✓ Varón de 23 años, programador, en pareja con “Lucía” desde hacía aproximadamente 2 años.
- ✓ **Motivo de consulta:** sobrepensamiento, ansiedad, comparación constante y aparición reciente de dificultades con la erección en encuentros sexuales con su pareja.
- ✓ El síntoma surge en un contexto de celos, revisión de dispositivos, inseguridad vincular y fuerte impacto en su autoestima tras enterarse de experiencias sexuales previas de su pareja.
- ✓ Sexualidad vivida desde una lógica ansiógena de rendimiento, validación masculina y comparación con otros varones, más que desde el propio deseo o disfrute.
- ✓ Se observaron rumiación ansiosa, pensamientos intrusivos, autoexigencia elevada y asociación entre desempeño sexual, valor personal y “hombría”.

CASO CLÍNICO: “JULIÁN”

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y FORMULACIÓN CLÍNICA:

- ✓ Reducir la ansiedad de rendimiento sexual y desarticular la asociación entre erección, desempeño y valor como hombre.
- ✓ Favorecer una vivencia de la sexualidad menos centrada en “cumplir”, demostrar o competir, y más orientada al placer, la conexión y la comunicación sexual.
- ✓ Identificar y trabajar distorsiones cognitivas: pensamiento catastrófico, comparación constante, generalización excesiva y lectura sesgada de situaciones sexuales y vinculares.
- ✓ Brindar psicoeducación sobre respuesta sexual humana, variabilidad normal de la erección, influencia del estrés y diferencias en deseo, frecuencia y tiempos sexuales.
- ✓ Explorar factores relacionales relevantes: celos, control, revisión de intimidad, comunicación deficiente y uso del sexo como búsqueda de reafirmación narcisista.

CASO CLÍNICO: “JULIÁN”

INTERVENCIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN:

- ✓ **Psicoeducación sexual** sobre estrés, erección, respuesta sexual humana, mitos y prácticas sexuales.
- ✓ **Entrevista motivacional** para explorar ambivalencias y fortalecer motivación al cambio.
- ✓ **Diálogo socrático y reestructuración cognitiva** para cuestionar comparaciones, ideas de inferioridad, interpretaciones celotípicas y creencias rígidas sobre masculinidad y desempeño.
- ✓ **Técnicas de regulación emocional y relajación progresiva.**
- ✓ **Comunicación más clara con la pareja**, establecimiento de límites sobre temas disparadores y revisión crítica de conductas de control mutuo.
- ✓ **Evolución favorable:** remisión clínica de las dificultades con la erección, mejora en la autopercepción, menor ansiedad asociada al sexo y mayor capacidad para leerse emocionalmente.



3

MÓDULO

MANEJO DE LA RESISTENCIA

Fluir con la resistencia, no luchar contra ella

RECONCEPTUALIZACIÓN DE LA RESISTENCIA

PARADIGMA TRADICIONAL

- X Fenómeno intrapsíquico del paciente
- X El problema “está” en el paciente
- X Objetivo: “vencer” la resistencia
- X El terapeuta es ajeno al problema
- X Etiqueta negativa sobre el paciente



PERSPECTIVA EM (Miller & Rollnick)

- ✓ Fenómeno interpersonal y relacional
Disonancia relacional
- ✓ **Discurso de mantenimiento** (“sustain talk”)
- ✓ Objetivo: “bailar con la Resistencia”
- ✓ El terapeuta co-construye y puede cambiar
- ✓ Información clínica valiosa

“La resistencia no está en el paciente; está en la relación paciente-terapeuta” — Miller (1983)

FACTORES QUE MODULAN LA RESISTENCIA

Del terapeuta

Confrontación directa y argumentación

Actitud excesivamente directiva

Avanzar más rápido que el paciente

Etiquetado diagnóstico prematuro

Del paciente

Estadio del proceso de cambio

Historia de tratamientos previos

Creencias sobre la psicoterapia

Alexitimia o rigidez cognitiva

Del contexto

Derivación forzada o involuntaria

Presión familiar o laboral

Estigma asociado al tratamiento

Barreras de acceso y recursos

La intensidad de la resistencia predice el abandono temprano: detectarla y abordarla a tiempo es clave.

TIPOS DE RESPUESTAS DE RESISTENCIA

Taxonomía de Miller & Rollnick — señales verbales y no verbales en sesión

Argumentar

Cuestiona la competencia del terapeuta, desafía afirmaciones, desestima la evidencia.

Interrumpir

Corta la palabra, habla por encima, intenta controlar el ritmo de la sesión.

Negar

Culpa a otros, minimiza el problema, adopta postura pesimista ante el cambio.

Ignorar

No sigue el hilo, cambia de tema, respuestas evasivas o monosilábicas.

- **Lenguaje corporal: cruce de brazos, postura cerrada, expresiones faciales.**
- **En TCC: las tareas no completadas son la forma de resistencia más frecuente.**

ESTRATEGIAS DE MANEJO — DESDE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Reflexión simple

Devolver lo dicho sin amplificar ni confrontar; regula la emoción para continuar elaborando.

Reflexión amplificada

Exagerar la posición del paciente activa su ambivalencia interna y el discurso de cambio.

Reflexión de doble cara

“Por un lado... Y por otro lado...” Permite sostener la tensión sin resolver artificialmente.

Reencuadre (reframing)

Ofrecer perspectiva alternativa sin confrontar; cambia el marco, no el contenido.

Énfasis en la autonomía

“Es tu decisión; solo tú puedes decidir si y cuándo cambiar.” Reduce la reactancia.

Paradoja terapéutica

Validar la resistencia: “Quizás este no sea el momento adecuado para ti.” Relación terapéutica sólida.

ESTRATEGIAS DE MANEJO — DESDE TCC Y TAC

DESDE LA TCC

- Exploración socrática de la creencia subyacente a la resistencia
- Tareas no completadas: abordar con curiosidad clínica, no con reproche
- Las tareas revelan hipótesis clínicas valiosas sobre los obstáculos
- Negociar tareas más accesibles si hay barreras identificadas
- Agenda compartida: negociar objetivos y ritmo terapéutico

DESDE LA TAC (ACT, HAYES, 2012)

- Resistencia = evitación experiencial del malestar del cambio
- Defusión cognitiva: distancia de los pensamientos que frenan el cambio; nombrarlos
- Aceptación: tolerar la incomodidad inherente al proceso de cambio
- Clarificación de valores: motor del cambio genuino y autónomo
- Acción comprometida hacia lo que importa, más allá del malestar

Principio integrador: la resistencia bien manejada se convierte en información clínica valiosa.

Tres módulos, un continuo clínico



Psicoeducación

*Construye comprensión
compartida*

Motivación al Cambio

*Evoca el compromiso
interno*

Manejo de la Resistencia

*Sostiene el proceso
cuando se complica*

PRÓXIMOS DIPLOMADOS TALENTÚ

DOMINGO 
17 DE MAYO

UCIC Trabajo EDUCACIÓN CONTINUA UDLAP EDECA

Diplomado *internacional* en
SALUD MENTAL LABORAL
Y RIESGOS
Psicosociales



 **Dr. Juan D. Vaamonde**

 **Mtra. Melissa Espinoza**

 **Esp. Raquel Gaudim**

 **Mtra. Ada Popoca**

 EDUCACIÓN CONTINUA UDLAP

ESTUDIA
100% en línea

Ponentes INTERNACIONALES

TalenTÚ
Talentos y competencias para el futuro
by UCIC

DOMINGO 
17 DE MAYO

UCIC Trabajo EDUCACIÓN CONTINUA UDLAP EDECA

Diplomado *internacional* en
Sexualidad, vínculos
Y SALUD MENTAL



 **Dr Juan D Vaamonde**

 **Ps Esp Lorena Anmuth**

 **Ps Esp Laura Diaz**

 EDUCACIÓN CONTINUA UDLAP

ESTUDIA
100% en línea

Ponentes INTERNACIONALES

TalenTÚ
Talentos y competencias para el futuro
by UCIC

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- Arkowitz, H., & Westra, H. A. (2004). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*(4), 337–350. <https://doi.org/10.1891/jcop.18.4.337.63998>
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology, 10*(5), 360–365. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.5.360>
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (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*(4), 402–407. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes, 31*(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Lemos Rabelo, J., Fiuza Cruz, B., Diniz Rodrigues Ferreira, J., de Mattos Viana, B., & Guimarães Barbosa, I. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of Psychiatry, 11*(12), 1407–1424. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1407>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20*(3), 368–375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*(2), 147–172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(3), 878–884. <https://doi.org/10.1037/a0030274>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Tena-Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM Revista Científico-Sanitaria, 4*(3), 36–45.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015*(4), CD010823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>



¡MUCHAS GRACIAS!

Dr. Juan D. Vaamonde

Instagram: [@drjuanpsi](#)

Facebook: [Facebook.com/drjuanpsi](#)

LinkedIn: [Linkedin.com/in/juandvaamonde/](#)

E-mail: juandvaamonde@gmail.com

Móvil: +54 9 341 5904341