

## ***ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON PSICOSIS TRATADOS EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL DE BOGOTÁ<sup>1</sup>***

MARTHA LUCÍA GÓMEZ GONZÁLEZ\*  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

*Recibido, diciembre 6 /2009*

*Concepto evaluación, abril 15/2010*

*Aceptado, mayo 30/2010*

### **Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo identificar las características de las prácticas de atención psicológica de pacientes con psicosis. Para ello se utilizó un método descriptivo dentro de la tradición cualitativa. Se plantearon como categorías de análisis la evaluación, la intervención y el seguimiento de estos pacientes, y a partir de ello se diseñó una entrevista que fue aplicada a doce psicólogos que laboran en instituciones de salud mental de Bogotá. Dentro de los resultados se evidencia que los procesos de evaluación son la labor central del profesional de la psicología en la institución, y no dependen de un enfoque teórico específico, lo que no ocurre con los procesos de intervención en donde se tienen en cuenta la postura epistemológica y el modelo teórico del psicólogo, así como la problemática específica del paciente. El proceso de seguimiento es ocasionalmente realizado y no tiene protocolos ni procesos claramente establecidos; se encontró que la Ley 100 y las políticas de las instituciones son determinantes en el tiempo de estadía y el tipo de servicios que se incluye en los procesos de atención de los pacientes.

*Palabras clave:* psicosis, esquizofrenia, psicólogos, evaluación, intervención, seguimiento.

## ***A DESCRIPTIVE STUDY ON THE PSYCHOLOGICAL CARE PRACTICES OF PATIENTS WITH PSYCHOSIS TREATED AT MENTAL HEALTH INSTITUTIONS IN BOGOTA***

### **Abstract**

The aim of this study was to identify the characteristics of psychological care practices of patients with psychosis. In order to achieve this objective, a descriptive approach within the qualitative tradition was used. The patients' assessment, intervention and follow up were taken as categories of analysis and from this categorization an interview was designed and administered to 12 psychologists who work in mental health institutions in Bogota. Results show that assessment processes are the core work of psychology professionals at the institution and do not depend on a specific theoretical approach, which does not occur with intervention processes, where the epistemological stance and the psychologist's theoretical approach, as well as the patient's specific problem are taken into account. The follow-up process is occasionally carried out and has no clearly established protocols and processes. It was found that Law 100 and the policies of the institutions determine the length of stay and the type of services that are included in the processes of attention to patients.

*Key words:* psychosis, schizophrenia, psychologists, assessment, intervention, follow-up.

## ***ESTUDO DESCRITIVO SOBRE PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM PSICOSE, TRATADOS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL DE BOGOTÁ***

### **Resumo**

Este estudo teve como objetivo identificar as características das práticas de atenção psicológica de pacientes com psicose. Usamos uma abordagem descritiva dentro da tradição qualitativa. Como categorias de análise se criaram avaliação,

---

\* Facultad de Psicología. Grupo de Investigación en Psicología Clínica. Bogotá, Colombia. mlgomez@ucatolica.edu.co.

<sup>1</sup> La autora agradece a las siguientes personas por su colaboración con esta investigación: Kimberly Barriga, María del Pilar Castillo, Adriana Melo, Javier Villalba.

intervenção e acompanhamento destes pacientes, e desenhou-se uma entrevista que foi aplicada a doze psicólogos que trabalham em instituições de saúde mental em Bogotá. Os resultados mostram que os processos de avaliação são o trabalho do profissional de psicologia na instituição, e não dependem de uma abordagem teórica específica. Isto não acontece com os processos de intervenção, que levam em conta a posição epistemológica e o modelo teórico do psicólogo, assim como a problemática específica do paciente. O processo de acompanhamento se realiza ocasionalmente e não tem protocolos nem processos claramente estabelecidos. Nós descobrimos que a Lei 100 e as políticas das instituições são determinantes na duração da estadia e no tipo de serviços incluídos nos processos de atenção pacientes.

*Palavras-chave:* psicose, esquizofrenia, psicólogos, avaliação, intervenção, acompanhamento.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de los trastornos del comportamiento más inquietantes encontrados en la historia de la humanidad está la psicosis, entendida como un término aplicado generalmente a desórdenes mentales graves que tienen un origen psíquico u orgánico, caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad y la respuesta a estímulos (Halgin, 2004).

Belloch, Sandín y Ramos (1995), sostienen que la psicosis es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro en la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse, en el que el deterioro es lo suficientemente grave como para interferir en gran medida con las demandas cotidianas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su edición revisada –DSM IV TR–, caracteriza la psicosis por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, debiendo estas últimas presentarse en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica (American Psychiatric Association, 2002).

La clasificación diagnóstica agrupa los trastornos psicóticos en: esquizofrenia (alteración que persiste por lo menos durante seis meses con por lo menos un mes de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento gravemente desorganizados, catatonía o síntomas negativos); trastorno esquizofreniforme (presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia excepto por la duración); trastorno esquizoafectivo (alteración con episodio afectivo y síntomas de la esquizofrenia y dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones); trastorno delirante (un mes de ideas delirantes no extrañas sin síntomas de la esquizofrenia); trastorno psicótico breve; trastorno psicótico compartido; trastorno psicótico debido a una enfermedad médica; trastorno psicótico inducido por sustancias, y trastorno psicótico no especificado (American Psychiatric Association, 2002).

Para algunos autores, el término psicosis se aplica a varias condiciones dentro de un rango de gravedad y duración. Así, la psicosis aguda, como señala Hyman (1996), no es un diagnóstico psiquiátrico, sino un síndrome clínico caracterizado por los típicos síntomas psicóticos de

los delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento. Además, incluyen insomnio, agitación psicomotriz, hiperactividad y desequilibrios afectivos (Sarason y Sarason, 2006). Este síndrome puede estar causado por diferentes enfermedades físicas, causas tóxicas o ser una manifestación aguda de otros trastornos psiquiátricos como los trastornos afectivos, la esquizofrenia y otros.

Muchos de los pacientes con síntomas psicóticos tienen dificultades en la conformación de procesos básicos del pensamiento (origen, forma y contenido) y manifiestan distorsión sensorial de la realidad (las alucinaciones e ilusiones) (Sarason y Sarason, 2006). Al mismo tiempo, el afecto es con frecuencia anormal, y el comportamiento puede llegar a ser caótico, exagerado y llamativo, lo que lleva a estas personas a tener conflictos con la sociedad (Toro y Yepes, 2004).

En algunos casos, los consultantes con psicosis no manifiestan abiertamente una sintomatología florida; en su lugar, se pueden presentar los llamados por Sánchez y Rodríguez (2003), síntomas blandos de psicosis: contacto visual inapropiado, intensidad afectiva inusual, retraimiento social, bloqueos del pensamiento, conducta excéntrica, tiempo prolongado de latencia a las respuestas, tangencialidad, ideación extraña y experiencias perceptivas poco usuales.

Existen algunas entidades clínicas que por su naturaleza no son consideradas dentro de la categoría de trastornos psicóticos, pero que dentro de sus manifestaciones pueden aparecer síntomas adyacentes o comórbidos de tipo psicótico, como las ideas delirantes, las alucinaciones y las ilusiones. Se trata de trastornos como los del estado del ánimo, y de manera particular en los trastornos bipolares de tipo I y II en los que son frecuentes las ideas delirantes de grandiosidad, místicas, mesiánicas o de parentesco, que pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo del paciente (Vázquez & Sanz, 1995).

Para Birchwood (1995) es necesario realizar la evaluación de los aspectos psicológicos en todos los casos de personas con psicosis; el tratamiento de primera línea de los casos de psicosis aguda se basa en la medicación psicofarmacológica o el abordaje de la etiología médica según los casos. Es cierto que eventualmente la sintomatología psicótica aguda no remite lo suficiente con la me-

dicación, ya sea porque no se siguen las prescripciones o porque no es efectiva por sí sola, por lo que está justificada la intervención cognitiva o comportamental. Así mismo, Vallejo (2006) recomienda hacer un diagnóstico diferencial del cuadro clínico pues de esto dependerá la buena orientación terapéutica y el grado de funcionalidad que se pueda lograr con el paciente.

Todo proceso de atención psicológica se inicia con la evaluación, continúa habitualmente con la intervención y finaliza en el seguimiento. La evaluación se constituye en el punto de partida para la atención de los pacientes o consultantes. En los casos de sujetos con psicosis, muchas veces es el psiquiatra quien elabora la evaluación inicial y emite un diagnóstico, guiado por los sistemas de clasificación más usados como el DSM o el CIE, que corresponde a una etiqueta que se le asigna al paciente acerca de su probable problemática. Con gran probabilidad, la mayor parte de los psicólogos buscan ir más allá y se interesan por encontrar las causas y mejores alternativas de tratamiento que no se encuentran al asignar estas etiquetas (Phares, 1992).

Como consecuencia natural del proceso evaluativo, el psicólogo se propone ejercer algún cambio en una conducta determinada de alguna persona, habitualmente en acuerdo con el consultante, que en la mayoría de los modelos es llamado intervención (Trull y Phares, 2003). La intervención es un concepto muy extenso. De acuerdo con las características de la intervención, se podría describirla de una manera más específica, como consulta, educación, psicoterapia, terapia de grupo, terapia familiar o terapia de juego (Phares, 1992).

Al tener una amplia información acerca de la orientación del clínico, de su entrenamiento y tendencias teóricas, se podría calificar con detalle la naturaleza de la intervención, al emplear términos como consulta de caso, consulta administrativa, terapia Gestalt, terapia centrada en el cliente, terapia racional-emotiva, o terapia del aprendizaje social (Bernstein & Nietzel, 1998).

El término de intervención clínica es una especie de sombrilla que se utiliza para describir los intentos explícitos y profesionales del psicólogo por cambiar la conducta de sus clientes en una dirección deseada; la intervención es una de las funciones profesionales del psicólogo clínico. "Intervenir" en un sentido literal significa: "venir entre la acción; interceder o interferir", de tal forma que se propicien cambios que beneficien al consultante y le permitan resolver problemas o mejorar la capacidad del individuo para afrontar comportamientos, sentimientos o pensamientos existentes que son debilitantes (Bernstein & Nietzel, 1998; Trull y Phares, 2003).

La investigación y el desarrollo de las aplicaciones específicas de terapias psicológicas para el tratamiento de pacientes con sintomatología psicótica se han realizado en varios países del mundo. De estos trabajos se destacan los realizados por Cuevas, Perona & Martínez (2003), Fernández & Lemos (2000), Galletero, Gonzalo, Mendivil, Puente, Segura & Artaso (2002), Martindale, Bateman, Crowe, y Margison (2000), Gavino, (2004), Lysaker, Lancaster, & Lysaker (2003), Moriana, Alarcón, & Herruzo, (2004), Penn, Mueser, Tarnier, & Glolege (2004), Valiente (2003) entre otros, en los que se encuentran intervenciones basadas en la comunidad, terapia familiar, psicoeducación, aproximaciones gestálticas y narrativas, psicoterapia analíticamente orientada, paquetes integrales multimodales, psicoterapia comportamental cognitiva y terapia cognitiva. Estas alternativas terapéuticas abordan diversas áreas y síntomas específicos de los pacientes como el desarrollo de habilidades sociales, fortalecimiento de estilos de afrontamiento, manejo de delirios y alucinaciones, reconstrucción de la dinámica familiar y social, manejo de síntomas cognitivos asociados a la atención, concentración y percepción, así como en solución de problemas.

En Colombia se encuentran pocos estudios publicados que presentan estrategias psicológicas para la atención de pacientes con psicosis. Dentro de ellos se encuentra el estudio de Muñoz y Ruiz (2007), el cual describe el desarrollo de habilidades y competencias en los pacientes a partir de la terapia cognitivo conductual, que ha mostrado logros importantes en la autonomía del paciente y la disminución de su sintomatología. Navarro, Holguín, Cano, Cardeño, Gómez, Jiménez, Palacio, Aguirre y García (2008) desarrollaron una validación de la Escala de Introspección Expandida (SAE-I) para sujetos colombianos con trastornos afectivos y psicóticos que obtuvo buena consistencia interna y óptima aplicabilidad. La ausencia de suficientes estudios publicados en Colombia representa un reto y un vacío importante con respecto al conocimiento de las estrategias que los profesionales de la psicología están desarrollando e implementando con esta población. Ante la complejidad de la práctica de atención psicológica en pacientes con psicosis, se hace necesario indagar sobre el aporte y la experiencia de Colombia acerca de la atención a estos pacientes. Con este propósito se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis atendidos en instituciones de salud mental de Bogotá?

Este problema adquiere relevancia en tanto que en el ámbito de la salud mental en Colombia, las alternativas de trabajo con pacientes son de múltiples características y

pocas de ellas se han documentado, por lo que no se encuentra información acerca de terapias psicológicas en este tipo de población. Se trata de una temática que dentro del ámbito psicológico no ha sido muy reportada en la literatura profesional en Colombia, a diferencia de escritos existentes sobre este tema en otros países, en donde se describen las estrategias, técnicas y/o procedimientos utilizados por los psicólogos para llevar a cabo la terapia, teniendo en cuenta los procesos de evaluación, intervención y seguimiento. La intención, entonces, es hacer explícitas dichas prácticas, materializar los procesos de evaluación, intervención y seguimiento, y proporcionar orientación básica a todos aquellos psicólogos que estén inmersos o interesados en esta actividad. De esta manera se logra un mayor desarrollo de la psicología en el campo de la salud mental en nuestro país.

Así mismo, el interés también se dirige a la solución de un crítico problema en la atención de los pacientes con síntomas psicóticos, que manifiestan un grave deterioro y complicaciones producto de una atención parcializada y limitada al consumo farmacológico sin un abordaje psicoterapéutico completo que asegure la adherencia al tratamiento integral y al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes. Es claro, como han mostrado algunas investigaciones (Moriani y cols., 2004; Lysaker & cols., 2003; Penn & cols., 2004), que el manejo de estos síntomas a partir de estrategias psicológicas tiende a incrementar la funcionalidad de los pacientes y a minimizar los efectos nocivos de los síntomas. Esta participación activa de la psicología en el manejo de este tipo de problemáticas favorece en todos los casos las expectativas de mejoramiento de los niveles de funcionamiento de una persona con estos síntomas y favorece las relaciones con su entorno disminuyendo la carga al sistema de salud y a la sociedad en general, especialmente a la familia.

## MÉTODO

### *Diseño*

La investigación se realizó a través de un estudio de tipo descriptivo, utilizando una metodología cualitativa que pretende identificar las acciones y prácticas de los psicólogos en su contexto, y a partir de sus propias significaciones e interpretaciones personales, describirlas tal y como suceden o son narradas por ellos, así como en su forma natural y según el dinamismo de la vida profesional particular (Bonilla & Rodríguez, 1997).

### *Categorías de análisis*

Inicialmente se plantearon tres categorías en la investigación: a) *evaluación*, b) *intervención* y c) *seguimiento*.

Posteriormente surgió una nueva categoría denominada *procedimientos*.

Cada categoría se encuentra construida por niveles de análisis; así, en la categoría de *evaluación*, los niveles de análisis son: a) técnicas de evaluación, b) pruebas e instrumentos, c) relación paciente/psicólogo, d) función del psicólogo en un equipo interdisciplinario y e) función de los resultados.

En la categoría de *intervención* los niveles de análisis son: a) técnicas, b) duración de la sesión, c) duración del tratamiento, d) participación y e) responsabilidad.

La categoría de *seguimiento* tiene como niveles de análisis: a) objetivos del seguimiento, b) procedimiento y actividades de seguimiento, c) técnicas de evaluación, duración del seguimiento, d) criterios de evaluación en el seguimiento y e) resultados del seguimiento.

Finalmente, en la categoría emergente denominada *procedimientos*, los niveles de análisis son: a) técnicas (desarrollo de la técnica), b) actividades de la evaluación, c) evaluación con síntomas, d) información para la evaluación, e) proceso de evaluación, f) estructura de la evaluación y g) procedimiento del proceso terapéutico.

### *Participantes*

La investigación contó con la participación de once psicólogas y un psicólogo, pertenecientes a cinco clínicas de la ciudad de Bogotá que atienden pacientes con psicosis, de las cuales tres son privadas y dos públicas, seleccionadas de forma intencional. Del total de profesionales, ocho contaban con título de posgrado en áreas relacionadas con la psicología clínica y tres sólo tenían en el momento de la entrevista título profesional en psicología y cursos avanzados en el área clínica sin titulación. El tiempo de experiencia variaba en un amplio rango desde tres años como dato mínimo y 20 años como dato máximo, con un promedio de diez años de trabajo en el campo clínico. En el grupo de participantes se encontró que tres trabajaban con el enfoque sistémico, cinco con el comportamental cognitivo y tres con el psicoanalítico.

### *Instrumentos*

Se utilizó una entrevista semi-estructurada conformada por 54 ítems (anexo A) de pregunta abierta, que fue sometida a un pilotaje previo y valorada simultáneamente por tres jueces expertos. Luego de su ajuste se aplicó a once psicólogas y un psicólogo.

Se realizó validación del instrumento por medio de tres jueces expertos y docentes de una universidad privada de Bogotá. Para ello se diseñó un formato en el cual se encontraban los 53 ítems y tres casillas con criterios tales

como: pertinencia, coherencia y relevancia. Para establecer la validez se utilizó el coeficiente de razón de validez de contenido, el cual valida ítem por ítem el instrumento. Del total de ítems, 32 obtuvieron el 100% de validez, 12 tuvieron el 33%, y fueron modificados con las sugerencias realizadas por los jueces.

### *Procedimiento*

Se realizó la construcción de la entrevista semi-estructurada con base en las categorías y niveles de análisis preestablecidos; se realizó el pilotaje de éste y con base en sus resultados se construyó una segunda versión que fue sometida a jueces expertos; finalmente se elaboró la tercera y última versión de la entrevista. La aplicación se realizó en las instituciones seleccionadas directamente. Se procedió a transcribir las entrevistas que habían sido grabadas por medio magnético, seleccionar los textos pertinentes, codificarlos e ingresarlos en matrices por categorías y así darle cuerpo a las matrices descriptivas.

Posteriormente se realizó el análisis de los datos basado en la propuesta de Bonilla-Castro y Rodríguez (1997), quienes proponen que las actividades del proceso de investigación cualitativa “no son etapas excluyentes sino actividades interrelacionadas que realiza el investigador de manera continua, las cuales se pueden organizar a partir de cuatro fases: la organización durante la recolección de los datos, la categorización inductiva y codificación, el análisis descriptivo y la interpretación de los datos” (p. 131).

## RESULTADOS

La información suministrada por los psicólogos entrevistados fue registrada y organizada en matrices teniendo en cuenta las categorías establecidas. La primera de ellas es la *evaluación*, en donde se ve reflejada la importancia de este proceso, para luego continuar con un plan de intervención adecuado, información que se encuentra en la matriz de *intervención*. Una vez se ha terminado el proceso de intervención se realiza un seguimiento, teniendo en cuenta las características de la patología, información que se registra en la matriz de *seguimiento* y se finaliza con una matriz emergente en la que se integran los procedimientos que se realizan en la fase de evaluación.

Entre los resultados encontrados a través del análisis de la información por categorías se encuentra que en la *evaluación psicológica* la presentación del terapeuta es uno de los puntos que tienen en cuenta los psicólogos entrevistados. Se realiza una presentación formal y se procede a explicar al paciente el objetivo de ese encuentro que está orientado a conocer mejor su problemática, que

abre el espacio para que él pueda a su vez presentarse nombrando sus datos personales y sus sentimientos frente a este encuentro y se realiza con el objetivo de establecer una relación de empatía. En este momento se trata de obtener información importante de diferentes áreas de ajuste, sobre desencadenantes de las crisis y las redes de apoyo con las que cuenta para la intervención. Para ellos, la evaluación por áreas podrá determinar carencias y formas de funcionamiento.

Las técnicas utilizadas en la evaluación de pacientes psicóticos que refieren los psicólogos entrevistados son básicamente la entrevista inicial estructurada y semi-estructurada, pruebas proyectivas y objetivas, pruebas neuropsicológicas e información recolectada a través de terceros, teniendo como punto de referencia los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

La evaluación psicológica no se realiza cuando el paciente presenta síntomas psicóticos positivos. La aplicación de pruebas psicológicas no se realiza a todos los pacientes que entran a evaluación psicológica inicial, comúnmente la decisión de aplicar una prueba se toma en el momento de la entrevista. Algunas de las pruebas psicológicas que se aplican son el CAT, TAT, BENDER, WAIS, RORSCHACH, MMPI, entre otras.

En la entrevista inicial utilizan formatos diseñados por los profesionales de la institución con preguntas generales que delimitan los datos que se deben recolectar. Estos formatos están sujetos a la adaptación y modificación por parte del terapeuta. En algunas instituciones existen ya protocolos unificados para todo el equipo de profesionales. Las pruebas proyectivas y objetivas son usadas por los psicólogos entrevistados para verificar las hipótesis diagnósticas. La evaluación se sigue realizando en los días y sesiones posteriores a la evaluación inicial con el fin de determinar la evolución del paciente. Esta evaluación comprende la valoración de ejes que corresponden al examen mental completo y a las áreas de ajuste del individuo (personal, familiar, social, educativo).

La información recolectada en la evaluación por estos profesionales hace énfasis en la familia como posible causa y/o factor de mantenimiento de las “crisis” en los pacientes, o en la identificación de otros posibles factores causales o de etiología, lo que se constituye en una herramienta importante para la intervención y la recuperación del paciente.

Cuando la observación se realiza en la hospitalización, la evaluación se enriquece con la observación directa de la conducta, la interacción, la funcionalidad del paciente y sus procesos cognoscitivos, así como por la información brindada por otros profesionales de la institución

o personas significativas para el paciente con respecto a sus áreas de ajuste y la historia clínica del paciente. En la evaluación se puede utilizar el diálogo como técnica, el diálogo en el aquí y el ahora. Se indaga también por la presencia y el contenido de alucinaciones, y su capacidad de juicio frente a éstas.

En algunas de las instituciones consultadas se realiza una evaluación neuropsicológica que incluye necesariamente la utilización de pruebas propias de esta área de la psicología; generalmente se requiere un informante y poseer la historia clínica del paciente. La aplicación de pruebas neuropsicológicas no se realiza mientras el paciente se encuentre en un episodio psicótico, y tiene como objetivo ser un apoyo diagnóstico y una opción de tratamiento, ya que en ella se determina el nivel de funcionalidad o deterioro del paciente en sus funciones cognitivas. Se utilizan baterías, pruebas neuropsicológicas, todas las escalas de inteligencia (la escala de Wechsler versión niños en edad preescolar y primaria, para niños en edad escolar y para adultos), baterías completas de exploración neuropsicológica como la Batería Neuropsicológica de Luria y la escala de Wechsler de memoria tercera edición, el Test de Boston para evaluación de afasias y otras pruebas específicas como el Test de la Figura Compleja de Rey, curvas de aprendizaje como el California o el Tabec, Test de Denominación de Boston, clasificación de Tarjetas de Wisconsin, Test de Palabras y Colores Stroop, Torre de Londres, Minimental y Scripp.

Los resultados generales de los procedimientos de evaluación se sistematizan, se realizan auditorías de todos los procesos, y a su vez éstos se reportan a la EPS.

La evaluación por psicología resulta ser un aporte de la disciplina en el trabajo interdisciplinario con el paciente, que permite corroborar hipótesis, diseñar el plan de intervención (incluyendo trabajo con el paciente y con la familia), así como establecer las diferencias del trabajo de cada profesional y los criterios de acción desde el equipo terapéutico. En algunas instituciones, al final de la evaluación, los psiquiatras residentes (en formación posgradual), en conjunto con el psiquiatra de la institución, generan una impresión diagnóstica con base en la evaluación integral realizada por los miembros del equipo interdisciplinario, que permite la presentación de los resultados tanto a otros profesionales interesados, como al paciente y a su familia en caso de requerirse, cuando se observa alto grado de disfuncionalidad del paciente. Si este es el caso, se realiza la petición ante el comité bioético de la institución.

En algunas instituciones no se realiza un informe clínico propiamente dicho. Se obtiene una impresión diagnóstica que queda consignada en la historia clínica; igual-

mente allí se registra la aplicación de pruebas diagnósticas y se adjuntan sus resultados, pero no se realizan informes de aplicación ni resultados de la evaluación, aunque se determinen los objetivos y la relevancia de la intervención, planteándose en algunos casos como objetivo, el manejo de los síntomas. La evaluación permite comúnmente establecer el déficit funcional, al mismo tiempo que sirve para realizar un enganche del paciente dentro del proceso terapéutico.

Los *procedimientos* que se llevan a cabo durante esta fase de evaluación podrían organizarse en dos componentes: un *primer componente* caracterizado por el procedimiento general que se realiza durante la misma, es decir, los pasos y la forma en que se realiza todo el proceso; y un *segundo componente* referido a los elementos y la información que se recauda durante el proceso apoyado por la entrevista semi-estructurada.

En el primer componente, el procedimiento básicamente se desarrolla en tres momentos. En el momento inicial se tienen en cuenta los siguientes elementos: a) la revisión del diagnóstico previo (cuando los pacientes llegan con un diagnóstico); b) la estancia o permanencia en la clínica, el primer acercamiento que realiza el terapeuta con los pacientes; c) la recolección de los datos demográficos de los pacientes; d) el abordaje del motivo de consulta y las problemáticas que éstos perciben; e) la indagación sobre las expectativas y los beneficios que tienen los pacientes frente al tratamiento; f) la recolección de la información relacionada con la historia personal; g) la historia familiar; h) las áreas de ajuste, i) los niveles de funcionalidad y por último, j) los niveles de interacción de los pacientes. Este primer momento lleva a la formulación de hipótesis que generan los terapeutas con respecto a la situación actual de los pacientes. El consentimiento informado o la aceptación de tratamiento en todas las áreas, lo firma el acudiente o el paciente a su ingreso en la institución y no está a cargo del profesional de psicología directamente.

En el segundo momento, los terapeutas generan las posibles alternativas de intervención partiendo de las hipótesis establecidas en el momento anterior. Por último, una vez se encuentran establecidos los dos primeros momentos los terapeutas determinan las técnicas a utilizar para la intervención.

El *segundo componente* contiene de forma específica cómo se realiza la entrevista de evaluación. En ésta, es importante tener en cuenta la estrategia con que se debe abordar a los pacientes, el establecimiento de confianza que se debe desarrollar con los mismos, la claridad del lenguaje utilizado, el tipo de preguntas generadas y la forma en que éstas se plantean, evitando que sean invasivas, especial-

mente si los pacientes están presentando en ese momento síntomas positivos característicos de las psicosis. En la entrevista se indaga acerca de la información general, el motivo de consulta, las expectativas frente al tratamiento, la historia personal, la historia y estructura familiar y las diferentes áreas de ajuste de los pacientes.

Al terminar el proceso de evaluación, y de acuerdo con los resultados obtenidos, el psicólogo decide qué tipo de *intervención psicológica* considera pertinente. Entonces realiza la selección de modalidades y técnicas específicas para que ésta se lleve a cabo. En algunos casos selecciona la modalidad de trabajo o intervención en red que tiene dos propósitos: el primero hace referencia al trabajo conjunto con un equipo interdisciplinario, y el segundo, corresponde al trabajo con las personas con quienes se relaciona el paciente en las diversas áreas de ajuste.

Puede decidir también que resulta relevante la modalidad de intervención individual, y las técnicas usadas bajo esta modalidad varían según la orientación teórica del profesional. Los psicólogos que desarrollan actividades bajo el modelo sistémico refieren que manejan dos técnicas denominadas: juego psicótico y la triada psicótica que son fundamentadas desde la escuela Palazzoli (1998); otra técnica que refieren son las narrativas de vida, en las cuales los pacientes narran eventos significativos de su vida y citan a algunos autores que siguen para este propósito (David, Lusky, Moran, Bertalanfy Sydney). Otros psicólogos que se desempeñan dentro de este modelo utilizan la confrontación, el señalamiento, la paradoja y la contraparadoja. Desde la perspectiva humanista se observa que hay psicólogos que utilizan técnicas como el diálogo, se trabaja proyecto de vida como parte del proceso de intervención con el paciente, al igual que trabajan con técnicas como la silla vacía, intervención paradójica, análisis de los cuentos y análisis de los sueños, que se fundamenta desde los planteamientos de Perls.

Desde la perspectiva cognitivo conductual, los psicólogos manejan técnicas como la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación si los pacientes llegan a consulta con sintomatología de trastornos de ansiedad, y en ocasiones se lleva a cabo entrenamiento en habilidades sociales. Desde el psicoanálisis, se desarrollan técnicas como la expresión de sentimientos, al igual que la psicoterapia breve para los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Independiente del enfoque, algunos de los psicólogos reportan que la sesión psicoeducativa hace parte del proceso de intervención, siendo ésta la primera estrategia que se utilice. No existe un protocolo único de técnicas establecido, se tienen en cuenta las características tanto

personales como de la psicopatología de cada paciente, se enfatiza en las necesidades de los pacientes.

Reportan los participantes que dentro de las políticas institucionalmente establecidas, la atención en consulta individual debe ser de media hora, sólo se extiende este periodo de tiempo cuando los pacientes entran en una crisis emocional. Para las consultas con la familia y con los grupos, el tiempo previamente determinado es de 45 minutos o una hora; y finalmente, para terapia con la pareja del paciente se estableció una duración de 30 ó 45 minutos, dependiendo de la institución. Los pacientes que se encuentran hospitalizados reciben sesiones de terapia de media hora, en los hospitales día y para pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos se realizan aproximadamente cinco o seis sesiones en intervención.

Los participantes mencionan que esta destinación de tiempo para las sesiones de tratamiento ya ha sido preestablecida por la Ley 100 colombiana, y en las instituciones en que laboran se ofrecen paquetes que contienen los servicios que se prestan. Los psicólogos refieren que las fuerzas militares (en una de las instituciones), tienen contratos ya establecidos y no los cubre la Ley 100. Estas personas pueden estar en el hospital tres meses y durante este tiempo se lleva a cabo el proceso terapéutico, situación que no sucede con personas que están siendo atendidas con paquetes de las EPS (Entidades Promotoras de Salud), ya que permanecen aproximadamente una semana en la clínica y durante este tiempo se realizan sesiones todos los días.

Otros psicólogos reportan que la Secretaria de Salud de Bogotá vende un paquete en el cual se estipula que se debe realizar una sesión semanal con pacientes que se encuentran mínimo seis meses, lo cual representaría 24 sesiones para el proceso terapéutico. La modalidad de hospital día es más económica y entre las EPS tiene más acogida. En este caso los pacientes tienen atención ambulatoria y pueden asistir a consulta a diario o interdiario.

Finalmente, uno de los psicólogos comenta que no hay tiempo predeterminado para la duración del tratamiento. Dentro de las variables que pueden influir en la duración del tratamiento se encuentran aspectos como las dificultades económicas o de desplazamiento (por la lejanía) de los pacientes, pues algunos de los pacientes (militares), provienen de veredas, provincias o pueblos no cercanos a la ciudad. Otros factores se refieren al grado de avance de la enfermedad del paciente, ya que en algunos casos sólo se llega al psicodiagnóstico y posteriormente se demoran mucho para iniciar el tratamiento, lo que muchas veces es ocasionado por la resistencia o falta de información de los familiares ante la enfermedad del paciente. Entre

otros aspectos mencionados por los psicólogos, está la no aceptación de la enfermedad, la no adherencia al tratamiento y los obstáculos que involucra para su desarrollo; y por último, que no contribuya tomando el medicamento formulado por los psiquiatras, pues no se observará estabilidad, y probablemente el avance de la enfermedad se hará más evidente.

Por otro lado, dentro del proceso de intervención los psicólogos resaltan que la participación del paciente ante el tratamiento es bidireccional; sin embargo, algunos refieren que dependiendo del tiempo de estancia en la institución, la intervención se hace obligatoria en terapia individual. Dentro de la terapia de grupo los consultantes participan de manera voluntaria, y ésta se hace más evidente y más activa cuando el paciente reconoce el beneficio que genera su participación. Cuando el profesional vincula a la familia en los procesos terapéuticos, los pacientes muestran más motivación y participación.

Dentro de los criterios que se manejan para dar por terminado el tratamiento se tienen en cuenta la disminución en el malestar psicológico del paciente y las observaciones que se hagan por parte de los profesionales del equipo interdisciplinario en cuanto a la remisión de síntomas y el logro de los objetivos terapéuticos.

Al terminar el proceso terapéutico de intervención, en algunas instituciones se realiza *seguimiento psicológico* de la evolución del paciente a través del servicio de consulta externa con el fin de observar la evolución y emitir una valoración del paciente fuera de la institución. Los factores que determinan la realización del seguimiento son externos e internos. Un factor interno hace referencia al interés que reporte el paciente por continuar o no con el proceso.

Otro factor que determina la continuidad en el proceso es la situación económica y/o geográfica que caracteriza al paciente; cuando son remitidos por la EPS, ésta determina la duración del tratamiento; pero si el paciente desea continuar con un seguimiento que no se encuentra estipulado por la institución, el coste en todas sus manifestaciones es asumido por el consultante, debido a que se maneja una asesoría independiente que asume la relación del paciente con la institución de salud mental y no directamente con la EPS.

Los factores externos se relacionan con las solicitudes de la institución que remite al paciente; si se trata de un paciente en condición de inimputabilidad, las condiciones son de decisión jurídica por cualquier institución administradora de justicia. Se incluye también aquel seguimiento de caso para el paciente que pertenece a entes gubernamentales, lo que permite establecer la reincorporación a su actividad laboral.

El seguimiento se utiliza para determinar si el paciente debe volver a ser institucionalizado, si presenta reactivación de síntomas; para actualizar la historia clínica y evaluar su estado actual; para ofrecer estrategias alternativas de resolución frente a su problemática, potencialización del tratamiento e incremento del bienestar psicológico e integral; y para la determinación de los resultados de tratamiento.

Lo anterior permite identificar índices de funcionalidad y efectividad en la aplicación de los tratamientos, con el fin de evaluarlos y mejorar la calidad del servicio prestado. El seguimiento se maneja de acuerdo con las políticas de las instituciones. Existen procesos de seguimiento que se realizan con base en la información proporcionada por el grupo familiar quien emite el concepto de evolución y de recuperación del paciente.

El seguimiento mediante consulta externa se realiza con el grupo interdisciplinario quien realiza una entrevista mensual con el fin de actualizar la historia y evaluar la evolución del paciente. Adicionalmente se solicita a éste que durante su estancia fuera de la institución, a través de técnicas como el autorregistro y el contacto permanente por medio telefónico, se realice un monitoreo constante de la sintomatología del individuo. A partir de esta información se determina la necesidad, o no, del desplazamiento a la institución. De acuerdo con el concepto que se emite por parte de cada uno de los participantes del grupo interdisciplinario, se proponen diferentes alternativas de tratamiento y se hace un manejo institucional.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas y la información recolectada en la literatura acerca de las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis, se evidencia que las técnicas y procedimientos que utilizan los psicólogos en las instituciones sí tienen relación con la teoría acerca de la etiología y tratamiento de pacientes psicóticos, aunque las prácticas se ven afectadas por las políticas gubernamentales, institucionales y el juicio crítico del terapeuta que configura una parte importante del estilo terapéutico. Este juicio crítico está mediado por la experiencia del psicólogo y por el enfoque teórico bajo el cual orienta su actividad. Las decisiones en general se toman basadas en estos aspectos.

En la evaluación realizada a los pacientes psicóticos, como se mencionó en la operacionalización de esta categoría, se retoman las características generales del proceso de la evaluación psicológica, específicamente los planteamientos abordados por Bernstein y Nietzel (1998)



y Muñoz (2003) cuya finalidad es recaudar información relacionada con los factores psicológicos, biológicos, sociales y sus relaciones con una o varias personas, siendo pertinente para la toma de decisión que realiza el terapeuta con respecto a los trastornos psicológicos y su posible intervención. Esto se refleja en la práctica; algunos de los psicólogos entrevistados mencionaron que para la evaluación utilizaban protocolos generales implementados por las instituciones, los cuales se aplican a pacientes psicóticos o no.

Un aspecto importante que se menciona al inicio de la evaluación es el tipo de relación terapéutica que se establece con el consultante y que es utilizada de tal manera que no implique intrusión o molestia para el paciente y que cumpla el objetivo central que consiste en establecer empatía y confianza para iniciar un buen proceso de intervención. En este sentido, Gavino (2004) plantea cómo algunos terapeutas se preocupan mucho por la forma en que éstas se establecen, pues los primeros contactos resultan doblemente importantes, tanto para conocer la problemática del paciente como para generar confianza en él y así crear un vínculo con el proceso terapéutico de tal manera que “se anime a continuar acudiendo a las sesiones” (p. 53).

Parte del proceso que generalmente se realiza, independiente del modelo teórico del psicólogo, es una sesión psicoeducativa con características similares a las recomendadas por Caballo (1997) en la cual se trabaja con el paciente las causas de su malestar, a través de estrategias de enseñanza didácticas y dinámicas, que estimulen la expresión de las experiencias de los pacientes y de sus familiares.

Las investigaciones actuales dan cuenta de la efectividad de las técnicas que se desarrollan con pacientes que presentan sintomatología psicótica. Dentro de estas técnicas se encuentran las narrativas de vida, referenciadas dentro del estudio realizado por Lysaker y cols. (2003), quienes han trabajado sobre la transformación narrativa como resultado en la psicoterapia de la esquizofrenia, esto a la luz de la epistemología y el desempeño dentro de un enfoque “psicodinámico”. En el estudio realizado por Fernández y Lemos (2000) se resalta la eficacia de las intervenciones familiares educativas, el entrenamiento en habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales y los paquetes multimodales, siendo éstos últimos una recopilación de las intervenciones mencionadas anteriormente de forma estructurada; con respecto a las prácticas de atención que actualmente se realizan en las instituciones de salud seleccionadas que atienden pacientes psicóticos en Bogotá, se percibe que generalmente se

realizan las intervenciones comportamentales y cognitivas mencionadas por Fernández y Lemos (2000) pero no como las plantean los autores, sino que se aplican de una forma flexible y adaptada a las circunstancias específicas; en otras palabras, este tipo de tratamientos en estas instituciones se emplean de una forma general de acuerdo a las posturas básicas de cada enfoque, las políticas institucionales, gubernamentales y los criterios de cada terapeuta y no de acuerdo a los planteamientos propios de los autores que las han diseñado.

Este tipo de prácticas, si bien conservan el origen epistemológico de cada tipo de tratamiento, no conservan su metodología tal y como fueron diseñadas. El problema de tales acciones es que no son evaluados de forma sistemática los resultados de tales ajustes y cambios en el método, y determinar su eficacia para la intervención de las problemáticas que ellos atienden. Adicionalmente, al usar la técnica o estrategia terapéutica de otras formas, los constructos teóricos en los que se ha basado el autor original pueden perder validez al no ser usados y aplicados de la forma en que se habían propuesto inicialmente y como lo expresa Botello (2000) “pueden estar interviniendo en su aplicación sobre elementos clave no recogidos incluso en su propia teoría” (p.176). En este sentido, valdría la pena recuperar los cambios y ajustes realizados de tal forma que aporte al desarrollo de terapias más eficaces y que permitan fortalecer los marcos conceptuales desde los que se han formulado.

Gran parte de las decisiones que se toman alrededor de la atención de los pacientes proviene de los terapeutas o de las instituciones. La participación del paciente en su proceso se limita al manejo de su estado motivacional y compromiso con la terapia pero no decide el tipo de procedimientos que se emplearían con él. Tal como lo menciona Gavino (2004), los terapeutas toman decisiones de acuerdo con las características personales de los pacientes, y su atribución causal de los resultados obtenidos también se relaciona con éstas. Para esta autora, de acuerdo con un estudio realizado en Málaga, España, por Postigo, Moreno y Díaz (1998), el 92% de los terapeutas usa como criterio para valorar los resultados obtenidos en el tratamiento la valoración previa del consultante y los hallazgos en ésta, y el 91% usa como criterio para elegir las técnicas de intervención, aun cuando varias técnicas pudiesen ser útiles, las características del paciente. Esto refleja la importancia de la experiencia del terapeuta para tomar decisiones, más que en referentes bibliográficos o publicaciones científicas (Gavino, 2004). Los estudios de resultados en las terapias psicológicas carecen de referentes amplios como lo refiere Botella (2000), y son pocos los

estudios que reportan la efectividad de los procedimientos ajustados de acuerdo con la experticia del terapeuta. Sin embargo, de acuerdo con Strupp (1982), la experiencia del terapeuta suele reconocerse como uno de los factores de mayor peso para predecir el éxito terapéutico y debe concederse importancia a este aspecto, nada trivial, como uno de los factores que podría fortalecer el desarrollo del proceso con el paciente.

Aunque existan criterios temporales de duración de las psicoterapias en la literatura, e independientemente del enfoque teórico del psicólogo, la estancia de los pacientes dentro de las instituciones es breve debido a políticas gubernamentales, lo cual lleva a que los psicólogos tengan que modificar técnicas o procedimientos descritos en la literatura para desarrollar en un tiempo menor una terapia efectiva.

En este sentido, gran parte de los profesionales que participaron expresaron cómo muchas de las técnicas que se encuentran en textos son modificadas con frecuencia por el profesional en el quehacer de la práctica clínica y de ahí, que su validación, tal y como es formulada por el autor de la misma sea casi imposible. Solamente sería posible mostrar la eficacia de acuerdo con las variaciones específicas realizadas a la técnica y dependiendo del tipo de consultantes abordados con ellas, lo que por supuesto crea problemas de generalización. Lo que sí es claro es que cada terapeuta generalmente se basa en su modelo o enfoque teórico para desarrollar sus estrategias de intervención, aunque en ocasiones deba tomar elementos o terapias propias de otros enfoques pero con objetivos distintos.

En síntesis, las prácticas de atención psicológicas realizadas en las instituciones que se consultaron están fundamentadas en los procedimientos de intervención encontrados en la literatura; sin embargo, los psicólogos hacen variaciones a estas estrategias y refieren buenos resultados en el logro de algunos de los objetivos terapéuticos. Estas variaciones se hacen a partir de: a) las políticas de salud mental a nivel nacional, b) las políticas de cada institución, c) las condiciones económicas de los pacientes, d) las diferentes circunstancias en las que se encuentran los pacientes, e) Los modelos teóricos y f) los estilos y experiencia del terapeuta. Este aspecto puede representar problemas de validez de las prácticas empleadas al no contar con referentes empíricos para sus ajustes y modificaciones.

A pesar de encontrar indicios de procesos de seguimiento dentro de estas instituciones, aún no se ha estructurado un auténtico proceso de seguimiento del área de psicología, siendo éste un componente importante dentro

de todo el proceso terapéutico con este tipo de pacientes. Así, la decisión de llevar a cabo el seguimiento está dado por la iniciativa del psicólogo responsable del caso y no guiado por políticas institucionales claras.

No se reportaron unos lineamientos y soportes teóricos amplios o concretos en cuanto al establecimiento de una relación empática con los pacientes, a pesar de que en la literatura se plantean varios supuestos.

Con respecto a esto, es importante que los psicólogos clarifiquen y tengan una mirada sistemática de los elementos que se debe tener en cuenta para establecer la relación terapéutica, dada su importancia dentro del proceso terapéutico.

En el trabajo interdisciplinario que se maneja en estas instituciones de salud mental en Bogotá, la labor del psicólogo es fundamental para realizar un proceso de evaluación; sin embargo, el diagnóstico es dado en la mayoría de los casos por el psiquiatra o médico responsable de psiquiatría, razón por la que se evidencia que inicialmente un proceso de intervención psicológica está supeditado al diagnóstico psiquiátrico.

Con los anteriores elementos y los datos recolectados, se podrían estructurar lineamientos y adaptaciones a los procedimientos ya encontrados en la literatura, que exceden el objetivo de esta investigación pero que se podrían constituir en el punto de inicio de otros estudios que profundicen en cada estrategia particular y se establezcan convergencias y divergencias con lo que la literatura describe, buscando con esto adecuar el tiempo del tratamiento lo suficiente para suplir las necesidades de los pacientes, tener presentes las circunstancias y las necesidades de los pacientes, para poder efectuar la intervención en términos reales y a partir de los lineamientos de las políticas de salud, los modelos de intervención y las variaciones que se han realizado anteriormente y que han tenido éxito, se pueden estructurar protocolos de intervención del mismo modo como se hizo con la evaluación.

Finalmente, es importante que los profesionales de la psicología emprendan la labor de registro, escritura y socialización de las acciones de atención con esta población, ya que se constituye en una herramienta con referentes empíricos altamente significativos y útiles para muchos profesionales de esta disciplina que abordan pacientes con este tipo de sintomatología.

Se requiere ampliar el campo de acción y aportes de los profesionales de la psicología en el trabajo con estos pacientes y generar la inquietud y el interés investigativo para estar a la vanguardia en estos procesos a nivel institucional.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. V. 2. España: Mc Graw Hill.
- Bernstein, A. & Nietzel, M. (1998) *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Birchwood, M. & Tarrrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Bonilla-Castro, E & Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales*. Colombia: Norma.
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema*, 12, 2, 176-179
- Caballo, V (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* Vol. 1, Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Barcelona: Siglo XXI .
- Cuevas, C., Perona, S., & Martínez, M. J. (2003) Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15, 1, 120-126.
- Fernández, O. & Lemos, S. (2000) Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 3, 345-364
- Galletero J., Gonzalo A., Mendivil J., Puente Y., Segura A & Artaso L. (2002) La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Psiquiatría*, 4, 9. Recuperado el 04 de junio de 2006, disponible en: [www.psiquiatria.com/boletin/revista/98/8605/?++interactivo](http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/98/8605/?++interactivo).
- Gavino, A. (2004) *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Halgin, R. (2004) *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: Mc Graw Hill.
- Hyman, S (1996) *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson
- Lysaker, P., Lancaster, R. & Lysaker, J. (2003) Transformación narrativa como resultado en la psicoterapia de la esquizofrenia. *Psychology and Psychotherapy*, 7, 285-299
- Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F.(Eds). (2000). *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. Londres: Gaskell
- Moriana, J., Alarcón, E. & Herruzo, J. (2004) Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16, 3, 436-441.
- Muñoz, M. (2003) *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, F. J. & Ruiz, S. L. (2007). Terapia Cognitivo-Conductual en la Esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 1, 98-110
- Navarro, F., Holguín, J., Cano, J., Cardeno, C., Gómez, J., Jiménez, K., Palacio, C., Aguirre, B. & García, J. (2008). Validación de la versión para Colombia de la Escala de Evaluación de Introspección Expandida (SAI-E) en sujetos con trastornos afectivos y psicóticos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 3, 330-343
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S. (1998). *Los juegos psicóticos en la familia*. Madrid: Paidós
- Penn, D., Mueser, K., Tarnier, N. & Glolege, A (2004). Terapia de apoyo para la esquizofrenia: Mecanismos e implicaciones posibles para los tratamientos psicosociales. *Schizophrenia Bulletin*: 30, 1.
- Phares, J. (1992). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y prácticas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, R. & Rodríguez, J. (2003). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica Entrevista, Semiología, Síndromes, Terapéutica*. Bogotá: Sánchez Rodríguez-Losada Editores.
- Sarason, I & Sarason, B. (2006). *Psicopatología*. México: Pearson
- Strupp, H. H. (1982). The outcome problem in psychotherapy: contemporary perspectives. En J. H. Harvey y M. M. Parks (Eds.). *Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 39-71). Washington: American Psychological Association.
- Toro R. & Yepes, L. (2004). *Psiquiatría*. Cuarta edición. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biológicas.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*.
- Valiente, C. (2003) *Alucinaciones y delirios*. España: Síntesis.
- Vallejo, J. (2006). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. España: Elsevier.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos Clínicos*. En: Belloch, A., Sandin, B y Ramos, F. *Manual de Psicopatología*. V. 2. Barcelona: Mc Graw Hill