

| DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE PSICÓTICO DURANTE EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA | |
|---|--|
| Investigador Principal: Jorge Iván Toro Bermúdez Rolando Salazar | Filiación Institucional: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS |
| Correo electrónico: jitoro@fucsalud.edu.co rsalazar@fucsalud.edu.co | Teléfono Celular 311 4543580 311 2171983 |
| Dirección de correspondencia: Cra 52 No. 67A – 71 Bogotá D.C., Colombia | |
| Co- Investigadores: Luisa Fernanda Rodríguez López Felipe Andrés Bravo Bolaños Omar Leonel Hernández Ceferino | |
| Dirección de correspondencia (Investigador Principal): Carrera 52 No. 67A - 71 Bogotá D.C., Colombia | |
| Nombres de Grupos de Investigación (GrupLAC) Psicología y salud en contextos | Total de Investigadores 5 |
| Semillero de Investigación que presenta la propuesta (Si la propuesta no vincula semilleros utilice la sigla N/A) SACLYPE | Total de semilleros vinculados. N/A |
| Líneas de Investigación Realidad psíquica – Ciencias cognitivas, Psicología Clínica y de la Salud. Cuidado a las personas. | |
| Facultad: Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas | |
| Asesor Metodológico: Por definir. | |

| |
|--|
| Área o Servicio: Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas. |
| Duración: |
| Costo Total: \$ 17.265.200,00 Desembolsable: \$ 16.865.200,00 No desembolsable: \$ 400.000,00 |
| El proyecto será presentado a convocatoria interna: Si <u>X</u> No__ |
| Descriptor / Palabras claves: Psicosis, psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, conciencia de enfermedad y niveles de conciencia. |
| Fecha de Radicación: |

Resumen

Introducción: La psicosis según Bleger, (2013), es un estado mental donde la personalidad del sujeto se desintegra o desordena, mostrando una separación con el mundo exterior; esta afecta al sujeto en sus diferentes áreas, como lo son la percepción de sí mismo y del mundo exterior. Colombia no está excepto de población con psicosis, ya que como se mencionará más adelante, datos de Colciencias y el ministerio de salud exponen que una gran parte de colombianos padecen de esta psicopatología. Por lo anterior cabe mencionar que un paciente psicótico puede o no, tener un nivel de conciencia de enfermedad entendido por Haro, Ochoa, & Cabrero, (2001), como la facultad de un sujeto para entender y aceptar que padece de una enfermedad.

Expuesto lo anterior se propone con el actual proyecto de investigación, describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico, esto durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica a través de tres pacientes psicóticos del hospital Santa Clara y San Blas en el año 2017. Este proyecto cuenta con un marco teórico el cual describe de manera clara conceptos que permitirán el entendimiento del enfoque psicoanalítico el cual será el utilizado para el desarrollo de este proyecto; psicosis y conciencia de enfermedad. Se cuenta con un estado del arte donde se consultaron diversas bases de datos, modelo de consentimiento informado y presupuesto.

Ya mencionado lo anterior, con este proyecto se dará respuesta a la pregunta ¿Cuáles son los niveles de conciencia de enfermedad observados en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica?

Objetivo: Describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica.

Metodología: El proyecto estará precedido por una investigación cualitativa de tipo descriptivo exploratorio de diseño de estudio de caso, se contará con tres pacientes mayores de edad diagnosticados con psicosis, en el hospital Santa Clara o San Blas. Estos pacientes

cumplirán con un mínimo de 10 sesiones de psicoterapia psicoanalítica a cargo de tres practicantes de psicología en los hospitales mencionados anteriormente. Estos estudiantes utilizarán como instrumento la entrevista clínica con un enfoque psicoanalítico. Estas sesiones serán consignadas a manera de protocolo de sesión, las cuales posteriormente serán analizadas en reuniones semanales por un grupo reflexivo conformado por dos docentes psicólogos y los tres practicantes de psicología.

Resultados esperados: Con esta investigación se espera el desarrollo de un artículo de revisión y un artículo original de resultados finales.

Palabras claves: Psicosis, psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, conciencia de enfermedad y niveles de conciencia.

1.1. Formulación del problema de investigación

La psicosis descrita por la American Psychiatric Association, (2013) y Sanjuan, (2011), mencionan que el padecer un tipo de psicosis, como en el caso de la esquizofrenia, impide en el sujeto que padece dicho trastorno, el desarrollo en su cognición y todo lo relacionado en procesos afectivos, independiente de los entornos en los que se encuentre. Según Bleger, (2013), la psicosis es un estado mental donde la personalidad del sujeto se desintegra o desordena, mostrando una separación con el mundo exterior; en el cual existe un proceso regresivo en el YO, que afecta al sujeto en sus diferentes áreas como lo son la percepción de sí mismo y del mundo exterior. Igualmente afecta sus emociones, pensamientos, lenguaje y conductas.

Por otra parte, y según lo consignado por Barlow, David & Durand (2013), para determinar que un sujeto padece algún tipo de psicosis se debe tener en cuenta algunos criterios como: delirios y alucinaciones, observando el tiempo de duración. A partir de allí se clasificaría en uno de los subtipos de psicosis. Por ejemplo: la esquizofrenia se caracteriza por los criterios ya mencionados, esta debe perdurar como mínimo por 6 meses o más sin el efecto de un medicamento o sustancia psicoactiva. Mientras que un episodio psicótico breve puede durar tan solo un día.

La psicosis tiene relación con otro tipo de psicopatologías como lo mencionan Frías-Ibáñez, Palma-Sevillano, & Farriols-Hernando (2014), los cuales mencionan que la psicosis

cuenta con una comorbilidad entre la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo, esto basados en los hallazgos en muestras comunitarias. Los mismos autores citando a Flick (1993) quien estudió a 352 pacientes ambulatorios, descubrió que dichos pacientes que asistían por diferentes cuadros ansiosos padecían también trastorno de personalidad evitativo y paranoide entre otros. Y qué, pacientes paranoides simpatizaban con los narcisistas.

Partiendo de este hecho es prudente, no solo mencionar subtipos o episodios psicóticos y sus características, sino también analizar parte de los estudios realizados por Kernberg, (2000) y González de Chávez & Capilla Roncero, (1993), donde revisan los beneficios frente al incremento de los niveles de conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos que lo presenten, evidenciando que a mayor nivel de conciencia de enfermedad por parte del individuo, mayores son las posibilidades de inclusión a la vida cotidiana.

Es evidente después de analizar todo lo mencionado anteriormente que la psicosis es un trastorno que afecta significativamente al sujeto que lo padece y por ello se debe buscar en ellos un nivel de conciencia de enfermedad ya que como lo mencionan los autores González de Chávez & Capilla Roncero, (1993), los sujetos al aumentar su nivel de conciencia de enfermedad, logran conseguir un empleo o continuar con sus estudios, convirtiéndose en personas totalmente productivas debido a su aumento en la funcionalidad; esto gracias a la intervención adecuada y oportuna la cual evita recaídas, ya que mejora las condiciones del paciente en momentos susceptibles que puedan inducir la psicopatología.

En el artículo de Gómez & González, (2010), hablan sobre las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis, donde comenta sobre las principales técnicas psicoterapéuticas y los beneficios que trae cada una. Por otra parte, González & Capilla, (1993), en su investigación sobre el autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos, revisan los beneficios frente al incremento de los niveles de conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos, evidenciando que, a mayor nivel de conciencia de enfermedad por parte del individuo, mayores son las posibilidades de inclusión a la vida cotidiana. Por lo cual se indagará más a fondo sobre la psicosis y la capacidad de conciencia de enfermedad en los pacientes diagnosticados. Mencionando que existen escasos trabajos experimentales sobre la descripción o análisis sobre el nivel de conciencia de enfermedad el paciente psicótico.

De acuerdo a lo anterior, se busca en el paciente psicótico el nivel de conciencia de

enfermedad, el cual según González & Capilla, (1993), es el grado de conocimiento que el enfermo tiene de padecer dicha enfermedad mental. Estos grados de conciencia de enfermedad son seis, iniciando en un Grado 0, el más bajo, y el Grado 5, el más alto.

Tabla1: Niveles de conciencia.

TABLA I

GRADOS DE INSIGHT EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

| | |
|---------|---|
| Grado 0 | <i>Ausencia de "insight". Insight psicótico. No conciencia de trastorno mental</i> Convicción de realidad de las experiencias psicóticas y negación de la psicopatología de las mismas. |
| Grado 1 | <i>Insight contradictorio</i> El paciente se debate en dudas, ambigüedades y ambivalencias sobre la realidad o irrealidad de sus experiencias psicóticas. |
| Grado 2 | <i>Insight de "paciente" psicótico. Conciencia de trastorno mental</i> Aceptación del carácter psicopatológico de las experiencias psicóticas vividas, sin apreciar los elementos que intervienen en las mismas. |
| Grado 3 | <i>Insight no psicológico de la psicosis</i> Aceptación del trastorno mental, con atribuciones causales no psicológicas, sino físicas, biológicas, generales o inespecíficas. |
| Grado 4 | <i>Insight psicológico de la psicosis</i> Aceptación del trastorno mental con apreciación de los factores psicológicos y biográficos que intervienen en el mismo. |
| Grado 5 | <i>Insight integrador de la psicosis</i> Integración del trastorno mental y su significado en la dinámica biográfica de la identidad del paciente y las dificultades que intenta resolver y superar. |

Fuente: Gonzalez & Capilla, (1993)

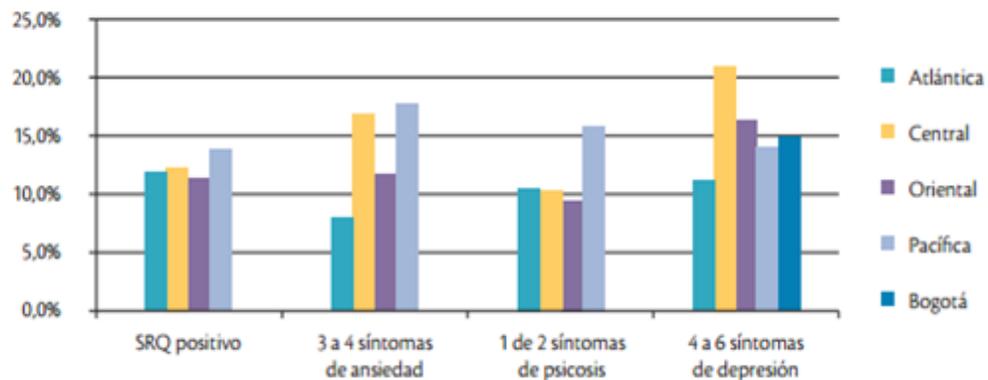
El mismo autor en el mismo artículo, menciona que los grados de conciencia no siempre tendrán un avance consecutivo en el paciente, al inicio de la terapia puede tener un grado de conciencia 2 y al finalizar la terapia tener un Grado 0 de conciencia de enfermedad, o iniciar con un grado 1 y finaliza con un grado 3.

La psicosis en la actualidad ha sido un tema de investigación como se ha evidenciado en los párrafos anteriores, otro estudio sobre la psicosis es el de Pedersen (2005), el cual menciona que las personas con psicosis tienen menos oportunidades laborales y educativas; Son considerados individuos no productivos y en algunos casos, son los causantes de una des-estructuración familiar por los cuidados que necesitan.

Al hablar sobre psicosis en Colombia se debe mencionar que según la encuesta nacional de salud mental (2015), las estadísticas demostraron que la psicosis afecta a un

10,1% de la población colombiana entre edades de 12 y 17 años, presentando algún síntoma de tipo psicótico. A su vez, muestra que la frecuencia de estos síntomas tiene mayor incidencia en la región pacífica con un 15,7% analizando los problemas de situación de pobreza Minsalud & Colciencias, (2015) p.146 - 155.

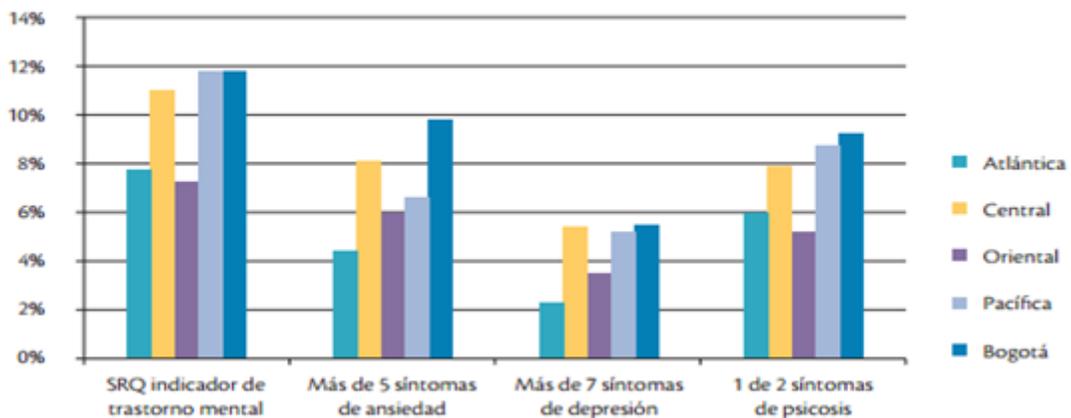
Gráfico1: Prevalencia de trastorno mental por regiones en personas entre 12 y 17 años



Fuente: Minsalud & Colciencias, (2015)

El 7,1% de la población que se encuentra entre los 18 y 44 años, presentan síntomas de algún tipo de psicosis. De igual manera, se muestra mayor frecuencia de estos síntomas en la ciudad de Bogotá con un 9.2% y la región oriental con un 8,7%.

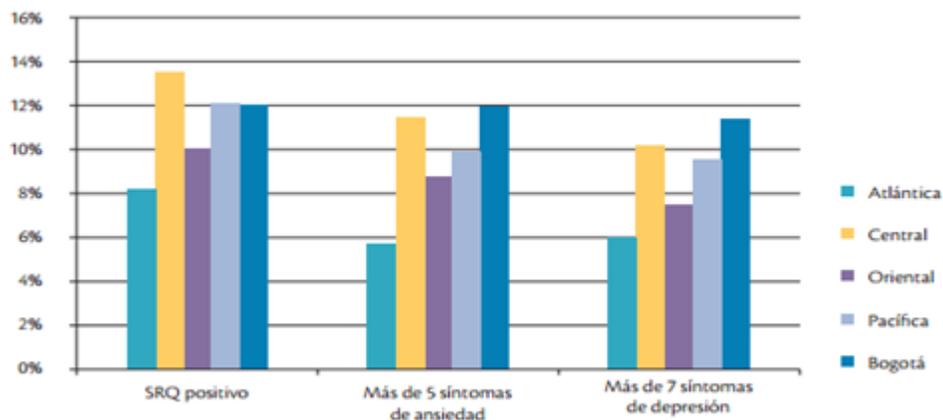
Gráfico 2: Prevalencia de trastorno mental por regiones en personas entre 18 y 44 años



fuente: Minsalud & Colciencias, (2015)

Por último, el 6.7% de la población que se encuentra entre adultos que pasan los 45 años, presentan síntomas positivos de psicosis y con mayor frecuencia se evidencia en la ciudad de Bogotá con un 9,2 %, mientras que en la región del pacífico 8,7 %.

Gráfico 3: Prevalencia de trastorno mental por regiones en personas mayores de 45 años



fuelle: Minsalud & Colciencias, (2015)

Basados en las estadísticas y descripciones mencionadas anteriormente, se busca por medio de la terapia psicoanalítica, dar cuenta del nivel de conciencia del paciente psicótico. Como lo menciona Kernberg, (2000), este tipo de psicoterapia es utilizado en pacientes con una psicopatología avanzada o de difícil tratamiento, como lo es un paciente psicótico; ya que por medio de la confrontación y clarificación se podría evaluar un avance o deterioro del nivel de conciencia de enfermedad del sujeto. Así se logrará resolver a la pregunta ¿Cuáles son los niveles de conciencia de enfermedad observados en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica?

1.2 Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de conciencia de enfermedad observados en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica?

Preguntas orientadoras

1. ¿Cuenta el paciente psicótico con la capacidad conciencia de enfermedad?

2. ¿Cuáles son los niveles de conciencia de enfermedad del paciente psicótico?
3. ¿Puede la psicoterapia psicoanalítica modificar el nivel de conciencia de enfermedad del paciente psicótico?

1.3 Marco Teórico

MARCO TEÓRICO

1.3.1 Aproximación al estado del arte

La base conceptual se desarrolla en dos apartados; primero se encontrarán los principales conceptos teóricos que corresponden al tema a estudiar. Seguido se presentará el proceso y hallazgos de la revisión del estado del arte.

Marco conceptual

A continuación, se definen los conceptos centrales de esta propuesta de investigación.

Psicosis

Descrito por Fonseca, Paino, & Fragua (2013), la psicosis es un grupo de trastornos mentales catastróficos que inhabilitan al sujeto, ya que deterioran las funciones mentales superiores. De este grupo hacen parte: la esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico debido a una enfermedad médica (American Psychiatric Association, 2013). De igual manera, en los hombres existe una mayor prevalencia de estos trastornos mentales, afectando en menor cantidad a las mujeres (4 hombres por cada mujer). Algunos de los síntomas que se evidencian en la psicosis, inician en la adolescencia o a inicios de la adultez; en muchas ocasiones puede tener un inicio poco notorio pero que irán aumentando hasta afectar completamente al sujeto que lo padece (Fonseca, Paino, & Fraguas, 2013).

Según mencionan Ordóñez et al. (2014), citando a van Os y Kapur, (2009), la psicosis

es el trastorno mental que genera una mayor inversión monetaria para un tratamiento, ya sea con atención individual o de una manera colectiva.

Van, Kenis & Rutten (2010) mencionan que la psicosis se encuentra conformada por cuatro dimensiones de la sintomatología que se interrelacionan entre sí, el primero de ellos es la desregulación afectiva, donde el sujeto presenta cambios repentinos en su afecto mostrándose en estados depresivos, ansiosos y maniacos. El segundo es llamado psicosis, el cual está compuesto por experiencias alucinatorias y pensamientos delirantes. El tercero es llamado negativa, cuyas características son la carencia de sentir placer físico y social, abolición y un estado de afecto plano. Y el último, cognitiva, donde se presentan dificultades para procesar la información, afectando la memoria, atención y las funciones ejecutivas.

Para poder realizar un diagnóstico de psicosis Castaño & Salazar (2012), citan a De Waelhens (1985), el cual indica que el psicólogo o psiquiatra evaluarán la sintomatología que pueda estar presentando el paciente, teniendo en cuenta el contenido de los delirios, alucinaciones y la invención de nuevas palabras o términos. Sin embargo Fink (2007), expresa que estos no son los únicos criterios, y que se deben añadir la trasgresión del lenguaje, el no poder crear metáforas y un bajo nivel de control sobre deseos del propio sujeto.

Desde la teoría psicoanalítica Castaño & Salazar (2012), retomaron el concepto de psicosis desde dos autores, con los cuales se explicará cómo el psicoanálisis observa la psicosis.

Freud (1992/1924), menciona que la psicosis es el fruto de una relación conflictiva entre el Yo y el mundo exterior, por lo cual el psicótico carece de una buena relación con la realidad y crea su propia realidad, esto se da ya que el psicótico al no descargar su libido en otras personas u objetos del mundo exterior, crea imágenes o realidades ficticias. En otras palabras, la libido está comprimida en el Yo del psicótico.

Para Lacan (1954), el psicótico piensa que el lenguaje se apodera de él por medio de un sujeto exterior, por ello se interpreta que un psicótico es un “imitador” de palabras, con lo que el psicótico al no encontrar algo totalmente satisfactorio en lo imaginario, sigue en este proceso de inventar y crear su mundo, por lo cual no se interesa en lo real.

El delirio anteriormente mencionado, descrito por Freud (1981), surge en cuanto el

psicótico trata de arreglar la relación del Yo con su mundo exterior. Lacan (1956), remota lo mencionado por Freud, declarando que este delirio, es el intento del sujeto por permanecer o entrar al mundo de lo real.

Uno de los subtipos de psicosis es la esquizofrenia en la cual Bello, de Freitas, & Correia (2012), explican que los síntomas más comunes pueden ser, positivos y/o negativos; los síntomas positivos son cuando el sujeto existen delirios, los cuales vienen acompañados de alucinaciones que modifican drásticamente la percepción del sujeto, haciéndole creer que ve, escucha, huele, saborea o siente estímulos inexistentes. Por otra parte, los síntomas negativos son la disminución de la expresión verbal o expresiva tanto emocional como comportamental, la capacidad de experimentar placer y sus capacidades voluntarias.

De igual forma en su artículo Bello, de Freitas, & Correia (2012), citan a la Clasificación Internacional de enfermedades mentales (CIE-10), donde se destaca que la percepción, la afectividad y el pensamiento son los más grandes afectados en la esquizofrenia; la OMS (2015), expresa que estos síntomas están acompañados de ambivalencias notorias en su comportamiento, las cuales son consecuencias de la evolución del paciente y un importante cambio afectivo.

Por otra parte, Geekie & Read (2013), describen la esquizofrenia como un fenómeno, en el cual se evidencian rupturas de la realidad, síntomas positivos, los cuales están acompañados de alteraciones cognitivas como lo son las alucinaciones, ideas delirantes o las alteraciones formales del pensamiento, y los síntomas negativos, que en varias ocasiones contienen comportamiento desorganizado. Mientras que Castaño & Salazar, (2012), señalan que la esquizofrenia está constituida por tres características, el delirio persecutorio, la erotomanía y, por último, los celos; los cuales son exteriorizados por medio de la proyección.

Otro subtipo de psicosis es el trastorno paranoide, que descrito por Naparstek, Mazzoni, & Arca (2013), cita a Lacan de la siguiente manera “*en tanto que un sujeto anuda de a tres, lo imaginario, lo simbólico y lo real, es soportado solo por su continuidad. Lo imaginario, lo simbólico y lo real son una sola y misma consistencia, y es en eso en que consiste la psicosis paranoica*” (pág. 153), a partir de lo mencionado por Lacan se debe afirmar que la psicosis paranoica, unifica y localiza el goce por medio de sus pensamientos

delirantes. Por el contrario en la esquizofrenia el sujeto se halla dentro del lenguaje, pero fuera de discurso, en defensa contra lo real, la forclusión impide la representación del sujeto en su carácter fijo y privilegiado.

Conciencia de enfermedad

Según Haro, Ochoa, & Cabrero (2001), la conciencia de enfermedad es la facultad de un sujeto para entender y aceptar que padece de una enfermedad. Un paciente psicótico carece de esta facultad por las características que componen su psicopatología, por lo cual se les dificulta el adherirse a un tratamiento, ya que, al no tener conciencia de enfermedad, no cuidan de sí mismos, ni siguen instrucciones del terapeuta.

Por otra parte, Navarro et al. (2006), menciona que el término introspección, se entiende como el estado mental donde de manera lingüística o comportamental el paciente da cuenta de su enfermedad. En mismo artículo citan a Karl Jaspers, quien afirmó que la introspección es la capacidad de un sujeto para dar certeza de lo que le sucede a medida que avanza su psicopatología, y con esta capacidad, da cuenta del porqué esta se desarrolla.

La falta de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico es mencionada por Ruiz et al. (2008), quien señala que la falta de conciencia del propio trastorno es algo esperado por parte de un paciente psicótico, ya que, en el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia de la OMS, se observó que el 97% de los pacientes presentaban déficit de conciencia. Esto fue contrastado con estudios realizados en pacientes esquizofrénicos, los cuales arrojaron resultados similares. En el caso de la psicosis, para que se evidencie una conciencia de enfermedad el sujeto debe saber y entender que necesita de un tratamiento, ya que padece de un trastorno mental y que esta enfermedad puede traer consecuencias en sus relaciones sociales. La terapia le ayudará a modificar los síntomas o al menos entender estos de una manera adecuada, puesto que, en la clínica se considera que la falta de conciencia es un síntoma estrechamente relacionado a la psicopatología conocida como psicosis.

Niveles de conciencias

Gonzalez & Capilla (1993), describen los niveles de conciencia de enfermedad de la siguiente manera: Grado 0: ausencia de “insight”, el cual se caracteriza porque el sujeto no

logra realizar introspección alguna sobre su psicopatología y niega padecer de una enfermedad. Grado 1 Insight contradictorio: El paciente se confronta a sí mismo permitiéndose dudar sobre lo que es irreal o real de acuerdo con sus vivencias. Grado 2 Insight del "paciente" psicótico: el sujeto entiende que padece de una psicopatología, pero, no interpreta que fomenta dicha psicopatología o síntomas. Grado 3 Insight no psicológico de la psicosis: el sujeto acepta que padece una enfermedad pero que esta está fomentada por problemas físicos, biológicos o las cuales no puede describir claramente. Grado 4 Insight psicológico de la psicosis: el sujeto entiende que padece de una psicopatología e incluye factores psicológicos y su historia de vida como causantes del problema. Grado 5 Insight: el sujeto entiende claramente de lo que padece, acepta que debe solucionarlo y confrontar aspectos propios para lograr un bienestar total de sí mismo.

Para Gonzalez & Capilla (1993), dichos grados de conciencia no se presentan en un específico en el paciente que acude a terapia, ya que los pacientes no siguen una secuencia exacta en la elaboración de su conciencia. Un paciente que se encuentre en un grado 3 de conciencia puede sufrir una crisis que hará que regrese a un grado 0. Igualmente, el paciente psicótico puede dar cuenta de que sabe que padece de la enfermedad, pero a su vez menciona que esta enfermedad la padece por una fuerza externa.

Terapia psicoanalítica

La terapia psicoanalítica según Kernberg (2000), tiene como base teórica los fundamentos expuestos por el psicoanálisis, en la cual se encuentran los conflictos inconscientes entre la libido y la agresión que se enfrentan ante las defensas. Esta misma teoría mencionan el impulso y la defensa, acompañados por los conflictos inconscientes desarrollados por las relaciones de objeto. Citando a Kernberg (1984); Kernberg et al. (1989) en el mismo artículo. La terapia psicoanalítica utiliza herramientas como la interpretación, clarificación, confrontación, los cuales permiten trabajar en el paciente sobre su actualidad y no específicamente sobre su pasado como lo hace el psicoanálisis.

En pacientes con una psicopatología severa, mencionado por Kernberg (2000), La psicoterapia psicoanalítica analiza la transferencia, basándose en las vivencias actuales del paciente, para ellos utiliza como herramienta principal la interpretación, ya que gracias a

dicha herramienta se logra trabajar con las defensas primitivas del paciente. El autor menciona que en la terapia psicoanalítica debe predominar como herramienta la neutralidad, pero que a su vez esta herramienta no se puede utilizar en su totalidad con pacientes severos, puesto que el acting out puede causar serios daños en la vida del paciente y por ello el psicoterapeuta debe establecer límites. Por lo anterior se debe establecer un contrato terapéutico inicial como lo es un consentimiento informado.

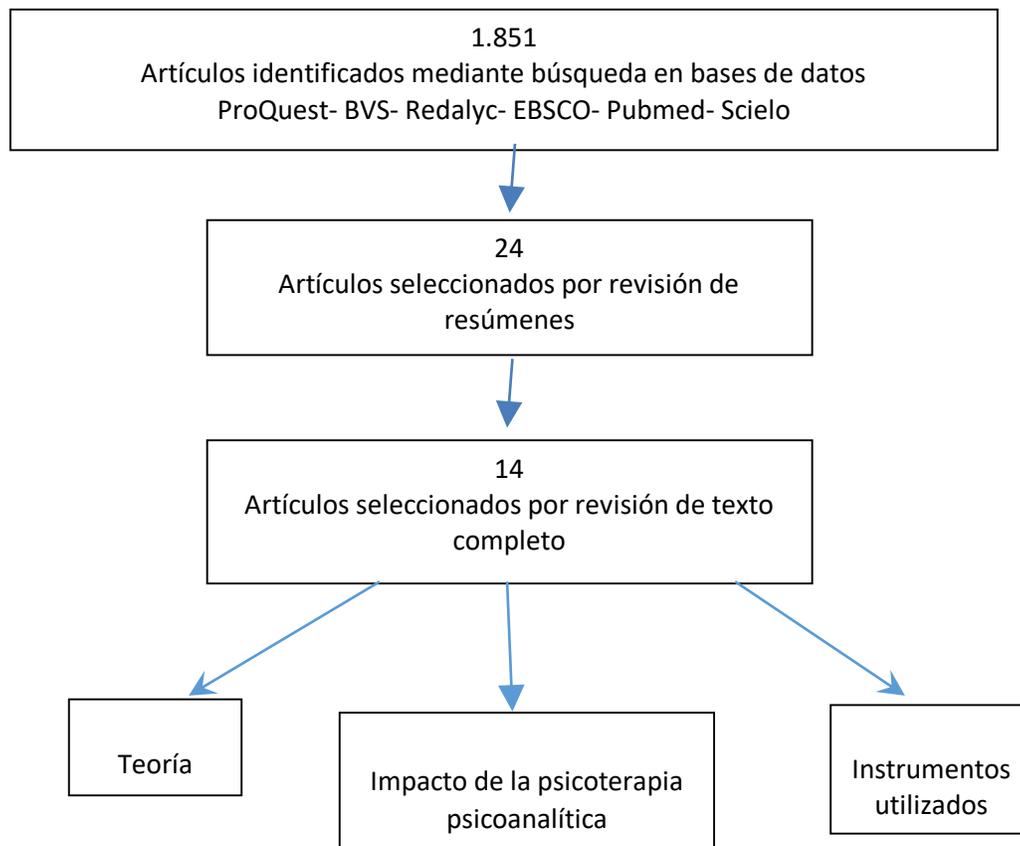
En cuanto a las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, Kernberg (2000), aclara que se deben realizar entre dos a cuatro sesiones por semana y no menos de dos; así se logrará examinar la vida diaria del paciente y como esta va modificando su realidad a través del fortalecimiento de la transferencia.

En la psicoterapia psicoanalítica el terapeuta y el paciente se ven cara a cara, esto con el objetivo de que el psicoterapeuta pueda tomar notas sobre el paciente acerca de su comportamiento no verbal, por lo anterior el psicoterapeuta utiliza la atención sobre el paciente acerca de sus experiencias subjetivas a través de la asociación, entendimiento e interpretación de sus comportamientos no verbales y el análisis de la contratransferencia del terapeuta.

Estado del arte

Con el objetivo de conocer el estado actual de la investigación de esta área y para nutrir esta propuesta, se llevó a cabo una revisión de tema en seis bases de datos, ProQuest, Scielo, BVS, Redalyc, EBSCO, Pubmed. Se establecieron los siguientes criterios de búsqueda: artículos en inglés, español o portugués, publicadas entre el 2011 y el 2016, que se relacionara con la psicosis y el psicoanálisis.

Fueron identificados en un primer momento mil ochocientos cincuenta y un (1851) artículos, se realizó una selección por resumen, donde quedaron veinticuatro (24) artículos, los cuales fueron revisados con una lectura exhaustiva y escogiendo los que cumplieran con apartados de teoría, instrumentos utilizados e impacto en la psicoterapia psicoanalítica, de los cuales quedaron catorce (14) artículos. (Ver esquema 1)



A continuación se muestran los resultados de esta revisión inicial.

Inicialmente se presentan las principales teorías expuestas en los artículos seleccionados.

Según el artículo de Tomé & Fontenele (2015) trabajan principalmente la teoría Freudiana y Lacaniana como se expondrá a continuación.

Freud en su obra *Manuscrito H. Paranoia* (1895), citado por Tomé & Fontenele (2015), decía que la paranoia es una psicosis obsesiva, puesto que evidencia cómo el sujeto fracasa en un proceso de proyección y no logra realizar una representación con otro. Posteriormente, Freud en su obra *Introducción del narcisismo* (1914) citado por Tomé &

Fontenele (2015), evidencia tres etapas en la que se desarrolla la psicosis; la primera: Muestras claras de que el sujeto aún cuenta con una gran cantidad de neurosis, segundo: el sujeto manifiesta su enfermedad por medio de delirios, hipocondría, comienza a retirar su libido de los objetos; por último, la tercera etapa es en la que el sujeto intenta realizar regresiones.

Más tarde, Freud en su obra *Lo inconsciente* (1915) citado por Tomé & Fontenele (2015), menciona que el sujeto psicótico cuenta con una gran capacidad para representar las palabras, pero que carecen de capacidad para representar las cosas.

Freud en su obra *Neurosis y psicosis* (1924), citado por Tomé & Fontenele (2015), describe como la psicosis se evidencia por una falla entre el yo y el mundo exterior. Este proceso se cumple en dos pasos, donde el sujeto se aleja de la realidad que considera falsa y recrea su propia realidad de manera autónoma y radical, además hace que el sujeto no esté con el objetivo de mejorar debido a una herida sufrida en su realidad, simplemente es una manera de bloquear o restringir la realidad a donde pertenecía.

Por su parte, Lacan en su escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (1958), citado por Tomé & Fontenele (2015), menciona que la psicosis se desarrolla porque el sujeto no cuenta con una representación subjetiva del padre (nombre del padre), el cual debía romper el vínculo entre el sujeto y la madre, en cuanto no se rompe este vínculo, el sujeto desea a la madre, por ello se desarrolla la psicosis como alternativa para escapar de esa realidad que lo lastima y creando un mundo propio donde se evidencia la falta del padre. Por lo cual, debe tenerse en cuenta el lenguaje del psicótico para lograr establecer un diagnóstico asertivo, ya que el paciente usará metáforas o cadenas de significantes, así ayudándolo a llenar la falta simbólica y herida dejada por la ausencia del padre.

En el artículo de Coelho & Garcia (2012), mencionan que una diferencia notoria en los síntomas psicóticos, especialmente en los paranoicos es que expresan lo que un neurótico no se atrevería a contar. De igual forma el paciente psicótico no asume una identidad sexual fija, por lo cual no menciona tener o carecer del falo; de esta manera libera su energía libidinal en otra clase de objetos.

Según, Poli & Grandra (2014), después de que Freud analiza la autobiografía de Schreber, propone que la paranoia evidencia una defensa por parte del sujeto ya que no

afronta su libido homosexual.

Por otro lado, Obando (2012), basándose en escritos de Winnicott, dice que la psicosis interviene con la continuidad del sujeto ya que como él mismo lo describe se crea un agujero negro; pero el niño en su confrontación contra este desarrolla mecanismos antiguos de comportamiento, acompañados de identificaciones por medio de la proyección. Esto hace que el niño no acepte cualquier desvinculación con la realidad, ya que esto le permite sentirse como una parte de algo que continúa haciendo parte del medio.

Obando (2012), describe el inicio de la psicosis infantil en la relación conflictiva del niño con la madre, puesto que no se adapta fácilmente en que sea mutuo un tipo de comportamiento amoroso, esto siente el niño puesto que vive en una constante desilusión sobre su madre.

Gonçalves & Ribeiro (2015), dicen que cuando el sujeto pasa por el Edipo, crea la psicosis, la cual es entendida como un pensamiento subjetivo acerca de la representación del nombre del padre, y aparecerá en el momento que esta representación falle o no tenga representación alguna de éste, puesto que el sujeto necesita de la representación o metáfora paterna. Esto quiere decir que el sujeto necesita de un ente que le represente el seguimiento de leyes.

El mismo autor, utiliza el término, expresado por Lacan, forclusión que significa exclusión; esta palabra utilizada de manera jurídica, se entiende como el hecho de que una persona no cumplió cierta actividad en un plazo, por lo cual no podrá solicitar un nuevo tiempo para desarrollar lo que debía. Lacan se basa en este significado para usar la palabra forclusión y describir lo que él llama el nombre del padre y así explicar la psicosis; mostrando a un sujeto que no cumple con leyes simbólicas debido a su ausencia y el otro sujeto no logra encontrarle una descripción a su falo; este sujeto que debió dar estas herramientas, función paterna, al psicótico para elaborar una metáfora fálica, ya no podrá hacerlo en el proceso de la etapa Edípica.

Por lo tanto, Ferraz (2014), expresa que el niño necesita de un conflicto Edípico en el cual se vea enfrentado al padre, puesto que, al presentarse este enfrentamiento con la figura paterna, el niño romperá la unión amorosa hacia la madre, si no se realiza el corte de dicha relación, el niño no dará un significado a su falo y entrará en un estado psicótico.

En el mismo artículo menciona que Freud habla sobre el rechazo del padre hacia el

hijo, como en el caso de la esquizofrenia, un ejemplo de psicosis la cual deriva de la forclusión del nombre del padre, en la cual se encuentra una organización frente al significante. A lo cual no cabe duda que el psicótico no tiene duda alguna sobre lo que alucina y lo toma como real, por ello no dudan en el momento de expresar su “realidad”.

Según Roa (2012), algunas de las características para diagnosticar a un paciente con psicosis según Lacan, son, a) presencia de forclusión, b) que el sujeto carezca de la representación simbólica del padre, por lo cual busca reemplazar dicha representación, c) al querer reemplazar dicha representación el sujeto lo haga desde lo real o por medio del delirio. d) debe presentar trastornos en el lenguaje. El paciente psicótico no tiene miedo a una castración, por lo cual no acepta que esto se pueda dar; cabe aclarar que no teme a una castración puesto que no se desarrolló una relación con el padre, el cual debía cumplir este rol. Así mismo, el mismo autor, menciona que un psicótico entenderá el lenguaje como algo completamente real, debido a que no cuenta con una estructura que le ayude a ordenar u organizar la información que se le brinde y logre entenderla.

Lacan (1984) citado por Roa (2012), dice que una alucinación es una desvinculación entre la estructura yoica del sujeto y el sujeto, esto conlleva a que el sujeto tome la alucinación como algo real y la pueda exteriorizar, cuando debería quedar simplemente en su pensamiento. Por lo tanto, cuando el sujeto exagera las pulsiones, se crean delirios, los cuales son un invento por parte del psicótico que expresa un deseo por la falta del padre, al carecer de la imagen paterna, el placer absorbe totalmente al sujeto y solamente se expresa en lo real.

Continuando con el apartado de teoría, Leite (2016), menciona que Freud nos enseña que en el momento de querer saber si para el paciente algo es real o no, no se debe tener en cuenta como lo percibe, se debe indagar y el sujeto debe dar cuenta de que el objeto además de ser real, se encuentra en un sitio real.

Por su parte Amaral (2016), menciona que la psicosis aparece cuando el sujeto se desvincula de lo real.

Además, Briggs & Rinaldi (2014), que según Freud el delirio cumple la labor de intentar curar, ubicando al sujeto en un mundo, aunque este no sea real o compartido con otros. Por ello el delirio brinda una representación con firmeza y seguridad por parte del paciente. Los mismos autores citan a Freud (1915), mencionando que un esquizofrénico elabora una construcción libidinal por medio de palabras, pero carece de la capacidad de

realizar esto con un objeto.

De tal manera, Knafo (2016), dice que para Lacan una estructura delirante, resalta notoriamente puesto que muestra la imagen de cómo es el sujeto e intenta formar una imagen ideal, la cual se desarrolla en un brote psicótico.

Por lo otro lado, Miranda & Campos (2012), mencionan que la neurosis se caracteriza por la angustia frente a la castración, mientras que en el caso de la psicosis es la falla en el establecimiento de un yo unitario. Según Winnicott (1994) citado por Miranda & Campos (2012) este Yo no se unifica puesto que el sujeto a muy temprana edad no cuenta con las herramientas para elaborar una unificación psicósomática.

Por último Poli & Grandra (2014), cita uno de los seminarios Lacanianos, donde dice que el sujeto psicótico debe ser analizado como un sujeto neurótico, permitiéndole expresar su opinión sobre lo que es real, sobre su significancia hacia los símbolos; lo cual permitirá llevar un registro del paciente.

Continuamos con los instrumentos utilizados desde la psicoterapia psicoanalítica con paciente psicótico evidenciados en los artículos.

Ferraz (2014), nos dice que al realizar un tratamiento con un paciente psicótico se debe tener en cuenta el principio de placer, el analista debe intentar convertir este principio, ya que la carencia del corte del deseo hacia la madre es el problema que debe resolver.

Para Miranda & Campos (2012), el paciente psicótico logra una gran narrativa y puede ser examinada, el analista debe crear una óptima relación terapeuta/paciente, la cual se basará y desarrollará en la confianza. Esto implica que el terapeuta logre posicionarse como un objeto subjetivo, Winnicott (1983). Por lo cual no será tomado en cuenta por el paciente como un objeto con características individuales y fuera de su mundo subjetivo.

Según Roa (2012), al intervenir con pacientes psicóticos, la clínica debe ser sorpresiva, puesto que debe guiar al paciente hacia la duda frente al encuentro con un significante. En el mismo artículo se cita a Hanze (2007), el cual menciona que se debe brindar al sujeto un espacio donde pueda ser escuchado, donde no se le juzgue por lo que dice para que este no se sienta excluido en ningún momento. Además Dragonetti (2007), citado Roa (2012), expresa que por para describir qué se debe brindar la escucha, lo cual es

propio de la terapia psicoanalítica, con ello se logrará establecer una unión que separará lo simbólico de lo imaginario.

Por su parte Briggs & Rinaldi (2014), citan a Lacan, mencionando que el sujeto psicótico debe ser muy bien escuchado, ya que por medio de su discurso comentará lo que le afecta.

De la misma manera, Garrett (2016), propone algunas herramientas que ayudan al terapeuta para evaluar a un paciente esquizofrénico, una de ellas es colaborando al paciente para que logre verbalizar su vida mental. Otra técnica es que el terapeuta sea realmente atento para que logre definir e interpretar las relaciones que tendrá o construirá con el paciente, por otra parte, cuando el paciente realice silencios o no quiera hablar, representa resistencias al tratamiento.

Finalmente, Radley (2012), resalta la gran importancia que tiene la relación del paciente con el terapeuta, la cual es una generadora de cambio. Pero para generar un cambio se debe llevar al psicótico al punto donde su pensamiento dejó de avanzar y trabajar sobre el suceso que causó el trauma.

Por último se tratará el impacto que tiene la psicoterapia psicoanalítica desde los artículos seleccionados.

Para Coelho & García (2012), Freud menciona que *“es inaccesible a la influencia del psicoanálisis y no se pueden curar por nuestros esfuerzos”*, donde expresa que el psicótico no se relaciona ni le interesa relacionarse con el mundo exterior, por lo tanto es imposible realizar un tratamiento a estos pacientes.

Por otra parte Lacan (1959-1960/1988), citado por Leite (2016), expresa que una novedad del psicoanálisis para el estudio e intervención del paciente psicótico, a diferencia de otras ciencias, es que el psicoanálisis enseña y muestra la diferencia entre una realidad psíquica y lo real.

Igualmente, Lacan menciona que es importante que los estudiosos en el área clínica brinden a los pacientes psicóticos, sitios apropiados para el desarrollo de su lenguaje y que ayuden a crear vínculos sociales (Leite, 2016).

2. Objetivos

2.1 General

Describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica.

2.2 Específicos

1. Observar a través del relato del paciente durante el proceso de psicoterapia psicoanalítica, si presenta o no conciencia de enfermedad.
2. Revisar la literatura científica sobre la capacidad de conciencia de enfermedad en paciente psicótico.
3. Verificar en la práctica clínica lo exhibido en la literatura científica acerca del empleo de la psicoterapia psicoanalítica en paciente psicótico.

3. Metodología Propuesta

3.1 Enfoque

El proyecto estará precedido por una investigación cualitativa de tipo descriptivo exploratorio de estudio de caso que, de acuerdo a Murillo, J. (2010) refiere que este tipo de investigación lo que busca es producir hipótesis para investigaciones posteriores de igual manera se busca una contextualización a través de la descripción de todas las variables que componen la investigación

De acuerdo a lo anterior mencionado en cuanto a el análisis cualitativo en los resultados se verificarán a los estudios de caso aplicados, como afirman Flores y Benítez, (2012) se puede registrar y medir el comportamiento de las personas que se ven involucradas en el estudio. Además para Martínez, (2006), la investigación se convierte en una estrategia dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, utilizando diferentes métodos que permitan recoger la información.

Descripción del proceso previo a la investigación

- Los estudiantes inician su práctica clínica.
- Se obtiene aprobación del Comité de Prácticas de la Facultad y de la División de Investigaciones a través de su Comité de Ética para el desarrollo del proyecto.
- Se informa y se obtiene la aprobación de las instituciones de prácticas para desarrollar la investigación.
- Los estudiantes dentro del marco de su práctica clínica desarrollan la atención a pacientes, lo cual implica que:
 - Son supervisados por los profesionales que coordinan su trabajo dentro del lugar de prácticas.
 - Son supervisados semanalmente por un docente del programa de psicología.
 - Se someten a los reglamentos de los lugares de prácticas.
 - Se someten al reglamento de prácticas profesionales de la FUCS.
 - Atienden los eventos adversos según las normativas de la institución de prácticas y los lineamientos de sus supervisores.
 - Atienden las exigencias éticas siguiendo las normativas de la institución de prácticas y los lineamientos de sus supervisores.
- Cada estudiante escoge uno o dos pacientes, que cumplieran con los criterios de inclusión de la presente investigación y con los cuales haya tenido como mínimo 10 sesiones de psicoterapia orientada psicoanalíticamente.

Descripción del proceso de investigación

- Los estudiantes ponen los casos clínicos en consideración del grupo de investigación.
- El grupo elige los casos adecuados para la investigación.
- El estudiante, con el previo permiso de la institución de prácticas y de sus supervisores, le explica al paciente el objeto de la investigación y solicita su consentimiento informado.
- Si el paciente da su consentimiento informado iniciaría el análisis grupal de cada uno de los protocolos de sesión.
- Se da inicio al estudio de los diferentes protocolos de sesión comparándolo con la teoría obtenida en la recolección de información para ser añadidos a la investigación.

- Se reunirá el grupo de investigación cada 8 días para realizar el análisis de los protocolos de sesión.

3.2 Población de estudio

La población de estudio para esta investigación son los pacientes que recibieron psicoterapia psicoanalítica del Hospitales San Blas y Santa Clara en la Ciudad de Bogotá, los cuales fueron diagnosticados con algún tipo de psicosis.

A demás se utilizan algunos criterios como:

Criterios de inclusión:

- Que el paciente quiera y decida voluntariamente participar.
- Que cumpla con los criterios de algún tipo de psicosis esquizofrenia y delirantes según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión 5,
- Ser mayor de edad.
- Haber tenido como mínimo 10 sesiones de psicoterapia psicoanalítica.

Criterios de Exclusión:

- Paciente que tenga algún otro tipo de trastorno mental diferente a la psicosis.
- Paciente psicótico con compromiso orgánico.
- Paciente con procesos legales vigente.

3.3 Estrategia de muestreo

Inicialmente se debe tomar en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, para poder iniciar con las en el hospital San Blas, seguidamente se hará el proceso de psicoterapia psicoanalítica con el participante escogido por practicante. Por otro lado, en el hospital Santa Clara el practicante de psicología escoge a su participante de las personas que se encuentran internadas en el área de salud mental. Todo este proceso enmarcado bajo el secreto profesional. Finalizando el proceso de psicoterapia psicoanalítica se pedirá el consentimiento por parte del participante o tutor legal para el acceso a los protocolos de sesión.

Para la selección de la muestra se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por

conveniencia y disponibilidad que según Sampieri, R. (2006) se refiere a este tipo de muestreo no probabilístico como el proceso por el cual no se ofrece la oportunidad de ser seleccionados todos los participantes de la población, donde a su vez se divide en muestreo por conveniencia y disponibilidad el cual es el más usual ya que la muestra es accesible para el investigador, claro está que debe ser de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión establecidos en el proyecto

3.4 Tamaño de la muestra

Tres participantes del hospital San Blas y Santa Clara, donde los participantes serán atendidos por los practicantes de psicología para desarrollar el caso clínico con 10 sesiones como mínimo de psicoterapia.

3.5 Proceso de recolección y análisis de la información.

Entrevista clínica:

Es una herramienta que permite generar una comunicación entre el paciente y el psicoterapeuta, además es la principal herramienta de la psicoterapia psicoanalítica; permitiendo llegar al objetivo que según Coderch, (1987) es tener un diagnóstico psicodinámico del paciente. Las dos primeras sesiones de psicoterapia psicoanalítica, se utilizan para recabar información y conseguir una lectura psíquica del paciente.

Al finalizar la primera sesión se debe fijar un contrato terapéutico, el cual contiene las fechas y horario de atención (se sugiere como mínimo una vez por semana). De igual manera es importante establecer un encuadre para fortalecer la alianza terapéutica. (pág. 152)

De igual manera Mejía, J. (2002) menciona que las estrategias para el estudio de caso son el manejo de diferentes técnicas cualitativas como lo es la observación directa con el paciente recolectando a través de los protocolos de sesión que según Torres, N. (2012) es el material con los elementos recolectados en las sesiones y haciendo una verificación con el soporte teórico psicoanalítico en el análisis de la información.

Los encuentros serán realizados en el área de salud mental del hospital Santa Clara y CAD del hospital San Blas, en los consultorios respectivos para el área de psicología.

Así mismo, se realizará un protocolo de sesión al finalizar cada encuentro con el paciente, este será diligenciado por los practicantes participantes de esta investigación. Cada sesión tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente.

Análisis de la información: Según Mejía, J, (2002) menciona que el análisis de la información es la herramienta principal en la investigación cualitativa, que a través del análisis se muestran diferentes procesos relevantes para la investigación como una práctica significativa desde el discurso del participante.

De igual manera Domínguez, Y. (2007) refiere que el análisis de la información inicia desde una recopilación de lo que es en este caso son los protocolos de sesión, hasta una interpretación de dicha información, que debe ser registrado en un lenguaje sencillo y claro de todo lo que se registre en el análisis.

De acuerdo a lo anterior mencionado se realizará una reunión cada ocho días con los investigadores y co-investigadores de este proyecto, donde se llevará a cabo una revisión de los protocolos por cada sesión, de acuerdo a los pacientes asignados por practicante. Ya hechas estas revisiones, se contrastarán con fuentes bibliográficas que se establecieron en la investigación.

Se trabajará desde un análisis cualitativo, con un enfoque psicoanalítico, desde el análisis de caso, contrastado desde las siguientes categorías: Material clínico, conciencia de enfermedad, funcionamiento psicótico, logros, estas categorías serán apoyados desde la siguiente matriz.

| Material Clínico | Conciencia de enfermedad | Funcionamiento psicótico | Logros |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | | | |
| | | | |

Se realizará un acta por cada reunión, en estas estarán consignados los temas

tratados en cada reunión realizada por el grupo de discusión.

3.6 Criterios de rigor metodológico

Para evaluar la calidad de la investigación cualitativa es importante mencionar algunos de los criterios metodológicos consignados por Salgado, (2007) puesto que estos son pertinentes para la investigación:

Credibilidad: Se refiere a la autenticidad de los resultados del estudio tanto para los participantes de la misma como para las personas que han estado en contacto, ya sea de manera directa o indirecta con el fenómeno estudiado.

Audibilidad:

Evidenciar la capacidad de los investigadores para interpretar los datos que son recolectados por parte de otro investigador.

Por otro lado se encuentra Hernández Fernández y Baptista (2006) que mencionan otro criterio de rigor metodológico el cual es:

Dependencia: Se refiere al nivel en que varios investigadores que reúnen datos semejantes ejecuten análisis iguales con resultados parecidos.

3.7 Consideraciones Éticas

En esta investigación se van a tener criterios éticos que plantea la resolución N°008430 del Ministerio de Salud, (1993), la cual insta los requisitos y normas que se necesitan en la investigación en salud. Por otro lado, la resolución en el Título II, capítulo 1, artículo 11, el estudio que se va a desarrollar es una investigación sin riesgo, esto debido a que las técnicas y métodos que se utilizarán son de tipo documental retrospectivos, revisión de historias clínicas, entrevistas, y en los cuales no se producirá alguna intervención o cambio premeditado tanto biológica, fisiológica, psicológica o social de los sujetos que participen en el estudio.

Por lo tanto, los principios éticos que se tendrán en cuenta en esta investigación, el tipo de estudio y normatividad, serán:

Según el ministerio de salud, (1993)

En el Título II, Capítulo 1, Artículo 6, Literales:

donde se le mencionara los riesgos, los cuales no deben contradecir lo dicho ya en el Artículo 11 de igual manera deberá prevalecer la seguridad de los sujetos., la investigación deberá contar con un consentimiento informado por escrito, el cual será entregado al sujeto o a su representante legal. F, en el cual se especifica que la investigación será llevada por profesionales con experiencia para velar por la integridad del ser humano, se expresa que la investigación solo podrá ser llevada a cabo cuando se obtenga la autorización de los representantes legales de la institución investigadora y de la institución donde se va a desarrollar la investigación; así como el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la institución.

En el Título II, Capítulo 1, Artículo 8, plantea que en la investigación se garantizará la privacidad del sujeto, la cual solo será revelada cuando los resultados lo requieran y el sujeto lo autorice.

De igual manera, se tendrán en cuenta los principios de primer orden como lo son no-maleficencia, lealtad y fidelidad, totalidad, justicia, solidaridad y los de segundo orden los cuales son autonomía y beneficencia que se encuentran en el manual deontológico y ético del psicólogo Colegio Colombiano de Psicólogos, (2016).

Se tendrá en cuenta el no realizar algún tipo de práctica que pueda ocasionar un daño en la integridad del sujeto, buscando siempre el bienestar para el sujeto; el sujeto reconozca libremente su participación en la investigación.

También, el manual deontológico y ético del psicólogo Colegio Colombiano de Psicólogos, (2016) y la doctrina N°2 Colegio Colombiano de Psicólogos, (2015) expresan que el secreto profesional es proteger la información obtenida de los pacientes durante el desarrollo del trabajo como psicólogo, sin dañar la intimidad y buen nombre del paciente; “según el Artículo 74 de la Constitución Nacional, el secreto profesional es *inviolable*”. Se podría revelar dicha información recogida cuando:

- El paciente haya autorizado a que se revele dicha información y solo se podría manifestar la información dentro de dicha autorización
- Cuando la evaluación haya sido solicitada por autoridades judiciales, padres, empleadores, etc. Cuando esta información atente contra la integridad y derechos del sujeto, su familia o la sociedad, queda sujeta a la confidencialidad del solicitante y solo podrá ser usada para lo que fue solicitada.

4. Resultados, productos esperados y potenciales beneficiarios

4.1 Relacionados con la generación de conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos.

- Como resultado se obtendrá un artículo de revisión del estado del arte
- Un artículo de resultados finales.
- La divulgación de resultados de investigación en eventos académicos.

4.2 Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional

- Socialización de los resultados con los profesionales de la Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas para la inclusión de los aportes de estos en los programas de las asignaturas correspondientes.
- Aportes para la consolidación del grupo de investigación institucional “Psicología y salud en contextos” en la construcción teórica de las líneas de investigación y en la publicación y socialización de resultados de investigación.
- Socialización de los resultados con las asociaciones gremiales de Psicología y Psicoanálisis interesadas en el tema.
- Formación en métodos cualitativos para el desarrollo de la investigación

4.3 Dirigidos a la apropiación social del conocimiento.

Artículo de resultados finales sometido a revista con indexación en A1.

Ponencia de resultados finales en congreso internacional.

4.4 Impactos esperados a partir del uso de los resultados:

- Ampliar el conocimiento y la comprensión acerca de los logros que alcanzan los pacientes psicóticos en cuanto a su conciencia de enfermedad gracias al tratamiento por medio de terapia psicoanalítica.

- Los resultados se convertirán en insumos para el continuo mejoramiento de la calidad en la atención de consulta externa y personas internadas en un medio hospitalario o de cuidado.
- Continuar la formación de recurso humano en investigación al interior del grupo de investigación mediante la formación de dos estudiantes de pregrado en técnica cualitativo de la investigación.
- Aportar elementos conceptuales para la retroalimentación en el tema del currículo de pregrado de Psicología.

5. Grupo y línea de investigación al que se adscribe la propuesta y hojas de vida de los investigadores

Grupo de investigación “Psicología y salud en contextos”

Realidad Psíquica – Psicología clínica, de la salud y ciencias cognitivas.

Líder del grupo: Erika Buchell

Investigadores: Jorge Iván Toro Bermúdez y Rolando Salazar Sarmiento.

5.1 Cronogramas de actividades

Ver anexo

5.2 Presupuesto

Ver anexo

5.2.1 Presupuesto Global

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

Título del trabajo: “Descripción de los niveles de conciencia de enfermedad del paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica” (Bogotá 2017).

Se realizará (lugar): Hospital Santa Clara

Investigador principal: Jorge Iván Toro Bermúdez y Rolando Salazar Sarmiento.

Tiempo del estudio: Cuatro (04) meses.

Estimada (o) paciente:

La estamos invitando a participar en la investigación: “Descripción de los niveles de conciencia de enfermedad del paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica” (Bogotá

2017).

El objetivo de la investigación es describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica en el Hospital Santa Clara en Bogotá del año 2017.

Procedimiento

A través de este documento se solicita su colaboración en la investigación, de igual manera, informar algunos puntos que como participante de la investigación debe saber.

El participante fue escogido para la investigación por los criterios establecidos.

Luego de tener el consentimiento la psicoterapeuta _____ tendrá la autorización de utilizar los datos recolectados durante las sesiones de la psicoterapia psicoanalítica.

En cada sesión, al finalizar realizo un protocolo de sesión que constaba de una memoria acerca de lo hablado (durante la sesión no se hará ningún registro escrito, grabaciones o video).

El proceso de psicoterapia individual no tendrá ningún cambio a razón de participar en esta investigación.

Las sesiones de psicoterapia se realizaran en Hospital Santa Clara en el horario destinado para el servicio de psicología

El psicoterapeuta es responsable de guardar en secreto profesional todo aquello que se encuentre dentro del ejercicio profesional, por lo cual será eliminada toda información que llegue afectar su identificación

Durante la investigación tiene la libertad de preguntar acerca de la investigación, los procedimientos, riesgos y beneficios, garantizando su respuesta oportuna.

El paciente tendrá la libertad de dar fin al consentimiento informado y finalizar la investigación en cualquier momento sin tener ninguna repercusión con relación al proceso que lleva en la institución.

Beneficios

Su participación es muy importante ya que sin ella sería imposible la realización del estudio. Asimismo, los resultados permitirán:

Cumplir con el objetivo pactado en el proyecto de investigación el cual es Describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la

psicoterapia psicoanalítica. Así mismo se puede llegar a lograr una conciencia de su enfermedad.

Dejar un aporte teórico gracias al estudio de caso

Aportar a su psicoterapeuta una mayor comprensión de su caso particular.

Contribuir en el proceso de una mejor calidad en cuanto al servicio de psicología

Riesgos

Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud.

Costos

Su participación en este proyecto no implica costos económicos para usted. . En caso tal que se genere algún costo, será cubierto por parte del presupuesto de la investigación e institución responsable.

Confidencialidad

- Su nombre y datos personales no aparecerán en ningún documento de la investigación
- El protocolo de sesión estará registrado por medio de un código con el fin de proteger la confidencialidad del paciente
- La información que usted brinde sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, será destruida.
- Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Sin embargo, en ningún momento se darán a conocer su nombre ni datos personales.

Este trabajo ha sido aprobado por:

COMITÉ DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ-FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SANTA CLARA.

FECHA:

ACTA:

EN CASO DE TENER INQUIETUDES COMO SUJETO PARTICIPANTE EN INVESTIGACIONES COMUNICARSE CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS.
TELÉFONO 3538100 Extensión 3621

He leído (me han leído con claridad) y he comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. Autorizo utilizar todos los datos para publicaciones científicas.

He recibido una copia de este consentimiento informado. Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi relación laboral con la Institución.

| |
|----------------------------|
| NOMBRE PARTICIPANTE |
| C.C.: |
| FIRMA: |
| TEL: |
| FECHA: |

| | |
|--|---------------|
| INVESTIGADORES PRINCIPALES: | |
| Jorge Iván Toro Bermúdez C.C.: 80.041.741 de Bogotá | FIRMA: |
| Rolando Salazar Sarmiento C.C.: | FIRMA |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: 4375400 Ext. 5121-5142 3538100 Extensión No. 3651 y 3652 | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

Título del trabajo: “Descripción de los niveles de conciencia de enfermedad del paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica” (Bogotá 2017).

Se realizará (lugar): Hospital San Blas

Investigador principal: Jorge Iván Toro Bermúdez y Rolando Salazar Sarmiento.

Tiempo del estudio: Cuatro (04) meses.

Actuando en calidad de representante legal:

Lo estamos invitando a participar junto con el paciente en la investigación: “Descripción de los niveles de conciencia de enfermedad del paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica” (Bogotá 2017).

El objetivo de la investigación es describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica en el Hospital San Blas en Bogotá del año 2017.

Procedimiento

A través de este documento se solicita la autorización del representante legal para la colaboración del participante en la investigación, de igual manera, informar algunos puntos que en autoridad de representante legal de la investigación debe saber.

El participante fue escogido para la investigación por los criterios establecidos.

Luego de tener el consentimiento la psicoterapeuta _____ tendrá la autorización de utilizar los datos recolectados durante las sesiones de la psicoterapia psicoanalítica.

En cada sesión, al finalizar realizo un protocolo de sesión que constaba de una memoria acerca de lo hablado (durante la sesión no se hará ningún registro escrito, grabaciones o video).

El proceso de psicoterapia individual no tendrá ningún cambio a razón de participar en esta investigación.

Las sesiones de psicoterapia se realizaran en Hospital San Blas en el horario destinado para el servicio de psicología

El psicoterapeuta es responsable de guardar en secreto profesional todo aquello que se encuentre dentro del ejercicio profesional, por lo cual será eliminada toda información que llegue afectar su identificación

Durante la investigación tiene la libertad de preguntar acerca de la investigación, los procedimientos, riesgos y beneficios, garantizando su respuesta oportuna.

El representante legal tendrá la libertad de dar fin al consentimiento informado y finalizar la investigación en cualquier momento sin tener ninguna repercusión con relación al proceso que lleva en la institución.

Beneficios

El participante es de gran importancia ya que sin ello sería imposible la realización del estudio. Asimismo, los resultados permitirán:

Cumplir con el objetivo pactado en el proyecto de investigación el cual es Describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica. Así mismo se puede llegar a lograr una conciencia de su enfermedad.

Dejar un aporte teórico gracias al estudio de caso

Aportar a su psicoterapeuta una mayor comprensión de su caso particular.

Contribuir en el proceso de una mejor calidad en cuanto al servicio de psicología

Riesgos

Esta investigación no implica ningún riesgo para la salud del participante.

Costos

La participación del paciente en este proyecto no implica costos económicos. En caso tal que se genere algún costo, será cubierto por parte del presupuesto de la investigación e institución responsable.

Confidencialidad

- El nombre y datos personales no aparecerán en ningún documento de la investigación
- El protocolo de sesión estará registrado por medio de un código con el fin de proteger la confidencialidad del paciente
- La información que el participante brinde sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, será destruida.
- Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Sin embargo, en ningún momento se darán a conocer su nombre ni datos personales.

Este trabajo ha sido aprobado por:

COMITÉ DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ-FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SANTA CLARA.

FECHA:

ACTA:

EN CASO DE TENER INQUIETUDES COMO SUJETO PARTICIPANTE EN INVESTIGACIONES COMUNICARSE CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS.

TELÉFONO 3538100 Extensión 3621

Actuando en calidad de representante legal del participante en esta investigación, He leído (me han leído con claridad) y he comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. Autorizo utilizar todos los datos para publicaciones científicas. He recibido una copia de este consentimiento informado. Como representante legal tengo la autoridad de retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi relación laboral con la Institución.

NOMBRE: _____ C.C.: _____

FECHA _____ DE H.C.: _____

NACIMIENTO: _____

FECHA: _____ HORA: _____

Yo _____, identificado(a) con cédula ciudadanía C.C. No. _____ de la ciudad de _____, certifico ser el representante legal del paciente _____, identificado con cedula de ciudadanía _____ de la ciudad de _____.

| | |
|--|---------------|
| INVESTIGADORES PRINCIPALES: | |
| Jorge Iván Toro Bermúdez C.C.: 80.041.741 de Bogotá | FIRMA: |
| Rolando Salazar Sarmiento C.C.: | FIRMA |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: 4375400 Ext. 5121-5142 3538100 Extensión No. 3651 y 3652 | |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTUDIO DE CASO**

FECHA: _____

Título del trabajo: “Descripción de los niveles de conciencia de enfermedad del paciente

psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica” (Bogotá 2017).

Se realizará (lugar): Hospital San Blas y Hospital Santa Clara

Investigador principal: Jorge Iván Toro Bermúdez y Rolando Salazar Sarmiento.

Tiempo del estudio: Cuatro (04) meses.

Estimada (o) paciente:

La estamos invitando a participar en el estudio: “Descripción de los niveles de conciencia de enfermedad del paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica” (Bogotá 2017).

El objetivo del artículo de estudio de caso es describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica en el Hospital San Blas y Santa Clara en Bogotá del año 2017.

Procedimiento

A través de este documento se dará a conocer los aspectos de interés para usted como participante en el estudio de caso.

Mediante este documento el sujeto artículo de estudio de caso o su acudiente autoriza la participación de hacer uso de los datos recolectados en las sesiones de psicoterapia con el completo conocimiento de los procedimientos, beneficios y riesgos al cual se someterá, con la capacidad de libre elección.

Agradeciendo su participación la cual es totalmente voluntaria y al no querer participar en el artículo del caso, esto no traerá repercusiones con los servicios que le ofrece el hospital.

El proceso de psicoterapia individual no tendrá ningún cambio a razón de participar en esta investigación.

Al tener el consentimiento informado el participante hará parte de la investigación gracias a su asistencia a psicoterapia y sus datos recolectados junto con el soporte teórico investigado.

Los datos son recolectados durante la psicoterapia por lo cual el objetivo de este consentimiento es dar autorización a que estos datos sean utilizados en el estudio de caso.

Las sesiones de psicoterapia se realizaran en Hospital San Blas y Santa Clara en el horario destinado para el servicio de psicología

El psicoterapeuta es responsable de guardar en secreto profesional todo aquello que se encuentre dentro del ejercicio profesional, por lo cual será eliminada toda información que llegue afectar su identificación

Durante el artículo de estudio de caso el participante tiene la libertad de preguntar acerca de

la investigación, los procedimientos, riesgos y beneficios, garantizando su respuesta oportuna.

El paciente tendrá la libertad de dar fin al consentimiento informado y finalizar la investigación en cualquier momento sin tener ninguna repercusión con relación al proceso que lleva en la institución.

Beneficios

Su participación es muy importante ya que sin ella sería imposible la realización del artículo. Asimismo, los resultados permitirán:

Cumplir con el objetivo pactado en el proyecto de investigación el cual es Describir los niveles de conciencia de enfermedad en el paciente psicótico durante el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica. Así mismo se puede llegar a lograr una conciencia de su enfermedad.

Dejar un aporte teórico gracias al artículo de estudio de caso

Aportar a su psicoterapeuta una mayor comprensión de su caso particular.

Contribuir en el proceso de una mejor calidad en cuanto al servicio de psicología

Riesgos

Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud.

Costos

Su participación en este proyecto no implica costos económicos para usted. En caso tal que se genere algún costo, será cubierto por parte del presupuesto de la investigación e institución responsable.

Confidencialidad

Sus datos personales no se encontraran en ningún documento del estudio de caso

Los datos recolectados que fueron recolectados serán utilizados solo con fines del estudio de caso, una vez concluida será destruida.

El estudio de caso será presentado en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Aunque, no se revelara ningún dato que llegue afectar la identidad del participante.

Este trabajo ha sido aprobado por:

COMITÉ DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ-FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SAN BLAS

FECHA:

ACTA:

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS DEL HOSPITAL SANTA CLARA.

FECHA:

ACTA:

EN CASO DE TENER INQUIETUDES COMO SUJETO PARTICIPANTE EN INVESTIGACIONES COMUNICARSE CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS.

TELÉFONO 3538100 Extensión 3621

He leído (me han leído con claridad) y he entendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. Autorizo manejar todos los datos para publicaciones científicas.

He recibido una copia de este consentimiento informado. Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi relación laboral con la Institución.

| |
|----------------------------|
| NOMBRE PARTICIPANTE |
| C.C.: |
| FIRMA: |
| TEL: |
| FECHA: |

| |
|---|
| INVESTIGADORES PRINCIPALES: |
| Jorge Iván Toro Bermúdez FIRMA: |
| C.C.: 80.041.741 de Bogotá |
| Rolando Salazar Sarmiento FIRMA |
| C.C.: |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: |

Bibliografía

- Adriana Jiménez-Muro Franco. (18/09/2012). LA COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 8.
- Amaral, L. F. (2016). Trechos seleccionados da aula Anti-Édipo e outras reflexões. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 160–169. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100160&lang=pt
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (Asociación). Arlington: 2013.
- Barlow, David & Durand, M. (2013). *Abnormal Psychology an Integrative Approach 7th Edition*.
- Barrio, I., Gonzalez, J., Padín, L., Peral, P., Sánchez, I., & Tarín, E. (2011). Estudio de casos. In *Metodos de investigacion educativa* (pp. 1–16). Retrieved from https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf
- Bello, Y. C.; de Freitas; J., de Vasconcelos, & Correia, A. F. (2012). Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia. *Arteterapia*, 7, 207–222. Retrieved from <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2103/docview/1432643905/3F869AD0681946E0PQ/12?accountid=107581>
- Bleger, J. (2013). El concepto de psicosis, (c), 1–51.
- Briggs, R., & Rinaldi, D. (2014). O sujeito psicótico e a função do delírio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 416–430.

<http://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100018>

- Castaño, D. M., & Salazar, P. L. (2012). De la diferencia en los mecanismos estructurales de la neurosis, la psicosis y la perversión. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 127–148. Retrieved from <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2103/docview/1425867624/3F869AD0681946E0PQ/3?accountid=107581>
- Coderch J. (1987). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder; 1987.
- Coelho dos Santos, T., & Garcia de Oliveira, F. L. (2012). Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. *Psicologia Em Estudo*, 17(1), 73–82. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100009>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2015). Doctrina N°2. *Tribunal Nacional Deontológico Y Bioético de Psicología*, (2), 1–15.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2016). Manual deontológico y bioético del Psicólogo (4ta edición). *Manual Deontológico Y Bioético Del Psicólogo (4ta Edición)*, 15, 1–55. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapeutica: Historia, investigacion y evaluacion / Therapeutic alliance: History, research and assessment. *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221.
- Domínguez, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Rev Cubana Salud Pública*, 33. Retrieved from http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu20207.htm
- Ferraz do Amaral, V. (2014). Esquizofrenia: da dementia praecox às considerações contemporâneas. *Vínculo*, 11, 19–30. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v11n2/n2a04.pdf>
- Flores, S., Benítez, L., (2012) Formación Profesional en las ciencias sociales. Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Fonseca-Pedrero, Eduardo; Paino, Mercedes & Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA? *Papeles Del Psicólogo*, 34. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/778/77828443004.pdf>
- Frías-Ibáñez, Á., Palma-Sevillano, C., & Farriols-Hernando, N. (2014). Comorbilidad entre

trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(1), 28–38. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=94324038&lang=es&site=ehost-live>

Freud, S. Manuscrito H. Paranoia (1895). In *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)* (Ammorrtu). Buenos Aires: 1992. p. 246-253.

Freud, S. Introducción del narcisismo (1914). In *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*. (Ammorrtu). Buenos Aires: 1992. p. 65-99.

Freud, S. Lo inconsciente (1915). In *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*. (Ammorrtu). Buenos Aires: 1992. p. 153-215.

Freud, S. Neurosis y psicosis (1922/1924). In *El yo y el ello y otras obras* (Ammorrtu). Buenos Aires: 1992. p. 151-161.

Garrett, M. (2016). Introduction: Psychotherapy for psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 70(1), 1–4. Retrieved from <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2103/docview/1806556952/90C0CDEC1B814DE4PQ/2?accountid=107581>

Geekie, J. Read, J. (2013). El sentido de la locura. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 18(2012), 290–293. Retrieved from <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2103/docview/1662444739/3F869AD0681946E0PQ/2?accountid=107581>

Gómez González, M. L. (2010). Estudio descriptivo sobre las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis tratados en instituciones de salud mental de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 43–53.

Gonçalves, S. de F., & Ribeiro Teixeira, A. M. (2015). Da Paranoia do Conhecimento à Psicose: Uma Travessia teórica no texto de Lacan. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 18(1), 101–113. <http://doi.org/10.1590/S1516-14982015000100008>

González de Chávez, M., & Capilla Roncero, T. (1993). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de al grupo con pacientes esquizofrénicos (1). *Revista de*

- La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 13(45), 103–112. Retrieved from <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15318/15179>
- Haro, M. J., Ochoa, S., & Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios. *Actas Españolas De Psiquiatría.*, 29(2)(March), 103–108. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Susana_Ochoa2/publication/12002032_Insight_and_use_of_health_resources_in_patients_with_schizophrenia/links/004635188c8049bca7000000.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. Mexico.* McGRAWHILLIINTERAMERICMA EDITORES, SA. <http://doi.org/10.6018/turismo.36.231041>
- Kernberg, O. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. *Rev. Psiquiatría Del Uruguay*, XXIII, 336–352. Retrieved from <https://goo.gl/TMieZM>
- Knafo, D. (2016). Going Blind To See: The Psychoanalytic Treatment of Trauma, Regression and Psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 70(1), 79–100. Retrieved from <http://catalogo.fucsalud.edu.co:2103/docview/1806556989/EBFAC714A8D34958PQ/1?accountid=107581>
- Lacan, J. (1954). Seminario 1 Los Escritos técnicos de Freud. (Paidós). Buenos Aires.
- Lacan, J. (1956). Seminario 3. Las psicosis. (Paidós). Buenos Aires.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. *Escritos II.* (Paidós). Buenos Aires.
- Leite, S. (2016). Habitar, construir, existir: algunas consideraciones sobre el cuerpo en las psicosis. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 19(2), 214–224. <http://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n2p214.2>
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento Y Gestión: Revista de La División de Ciencias Administrativas de La Universidad Del Norte*, 20, 165–193. <http://doi.org/10.1055/s-0029-1217568>
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 de 1993. *República de Colombia Ministerio de Salud*, 1–12. <http://doi.org/10.2353/jmoldx.2008.080023>
- Minsalud & Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.* Colombia.

- Miranda, L., & Campos, R. O. (2012). Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 519–529. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000400007
- Murillo, J., Madera, A., Monasterio, I., Jaraiz, A., Cantador, R., Sánchez, J., & Varas, R. (2010). Estudio de casos. *Métodos de La Investigación Educativa. Universidad Autónoma de Madrid*, 1–14. Retrieved from http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EstCasos_Trabajo.pdf
- Naparstek, F., Mazzoni, Y., & Arca, G. (2013). La especificidad de la operación toxicómana en la psicosis: Diferencias entre paranoia y esquizofrenia a partir de un abordaje nodal. *Anuario de Investigaciones*, XX, 151–156. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949029.pdf>
- Navarrete, J. (2002). Perspectiva de la Investigación Social de Segundo Orden. *Cinta Moebio*, 14, 200–225. Retrieved from www.moebio.uchile.cl/14/mejia.htm
- Navarro Marún, F., Cardeño, C., Cano, J., Gómez, J., Jiménez, K., Palacio, C., & García, J. (2006). Introspección en pacientes con psicosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(1), 61–70. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a06.pdf>
- Obando Cuellar, A. (2012). Un caso de psicosis infantil. *Tesis Psicológica*, 7, 125–130. Retrieved from <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=139026418010>
- OMS. (2015). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ma revisión) CIE 10. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10*, (554), F00-F99. Retrieved from <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Ordóñez-Cambolor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas. *Anuario de Psicología*, 44, 283–294. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/970/97036176001.pdf>
- Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusion social en la enfermedad mental: apuntes para el analisis e investigacion. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental Hermilio Valdizan*,

VI(September), 3–14.

Poli, M. C., & Grandra Mesquita, D. B. (2014). Arte & Psicose: A Obra de Arthur Bispo do Rosário. *Psicologia: Ciência E Profissão*, *10*(2), 612–624.

Radley, E. (2012). Where is Donnie? Psychosis and agency in Richard Kelly's Donnie Darko. *Psychoanalysis, Culture & Society*, *17*(4), 392–409.

<https://catalogo.fucsulud.edu.co:2949/docview/1179085583/913C92B8A03345DAPQ/1?accountid=107581>

Roa Bernal, H. C. (2012). Análisis de caso de una psicosis paranoica (caso Ela). *Mental*, *10*, 129–164. Retrieved from

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n18/a08v10n18.pdf>

Ruiz, A., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J., Cuppa, S., & Garcia-Ribera, C. (2008).

Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *36*(2), 111–119. Retrieved from

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ESP/9-50-ESP-111-119-132431.pdf>

Sanjuan, A. M. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, *13*(2), 7–17.

Retrieved from

<http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.816>

Salgado, A (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Retrieved from

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

Tomé Adeodato, T. R., & Fontenele, L. (2015). De Freud a Lacan: uma leitura da

estabilização nas psicoses. *Reverso . Belo Horizonte*, *37*(70), 81–88. Retrieved from

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v37n70/v37n70a11.pdf>

Van, J; Kenis, G & Rutten, B. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*. 468, 203–212. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21068828>