



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción
de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica.**

AUTORA:

Cabrera Alarcón, Paulina

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTOR:

Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

07 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cabrera Alarcón, Paulina**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica**.

TUTOR:

f. 

Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA:

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Cabrera Alarcón, Paulina

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica**, previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f. 

Cabrera Alarcón, Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Cabrera Alarcón, Paulina

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f. 

Cabrera Alarcón, Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica

AUTORA:

Cabrera Alarcón, Paulina

INFORME ELABORADO POR:

TUTOR

f. 

Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

Gracias a mis padres, que siempre han creído en mí, dándome la oportunidad de estudiar esta carrera.

Gracias a mis amigos incondicionales de la universidad, que me han sacado una sonrisa cuando más lo necesitaba y que nunca dudan en darme su apoyo.

Gracias a Carlos, que ha sido mi pilar durante años, incluyendo en esta etapa de mi vida, donde siempre estuvo presente, brindándome su apoyo cuando lo necesitaba.

Y gracias a mi tutor, Rodolfo, por creer en este trabajo de investigación y ayudarme en el proceso.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIA

A K, que inspiró toda esta investigación.

Y a todas las personas que se interesan por darle una posición en la sociedad a todos, sin prejuicios.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.
DECANA O DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCÍA, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ÁLVARO ANDRÉS RENDÓN CHASI, MGS.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema	3
Pregunta problema general	3
Preguntas problemas específicas.....	3
Objetivos	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
Justificación.....	4
ANTECEDENTES	7
CAPÍTULO 1	10
La psicosis	10
Estructura psíquica.....	10
La psicosis como estructura psíquica.....	13
Desencadenamiento	15
Fenómenos elementales.....	18
Fenómenos de automatismo mental.....	19
Fenómenos que conciernen al cuerpo.....	19
Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad	19
CAPÍTULO 2	21
Las relaciones sociales	21
El lenguaje.....	21
Significante.....	22
Significado	23
El lazo social	23
El Otro y el otro	26
El Otro	26

El otro.....	27
Las relaciones sociales	28
Capítulo 3	33
Los fenómenos elementales en las relaciones sociales del paciente psicótico	33
El fenómeno elemental como posibilitador de las relaciones sociales	33
El fenómeno elemental como barrera para la construcción de relaciones sociales	36
CAPÍTULO 4	39
Metodología	39
Enfoque.....	39
Paradigma	39
Método	40
Técnicas de recolección de información.....	40
Instrumentos.....	41
Población.....	41
CAPÍTULO 5	44
Presentación y análisis de resultados	44
Presentación de viñetas.....	44
Caso K.....	44
Seres de luz	44
Caso P.....	47
Lector de mentes	47
Caso L	48
Introvertido.....	48
Análisis de viñetas clínicas	51
Análisis de viñeta clínica: seres de luz	51
Análisis de viñeta clínica: lector de mentes	52
Análisis de la viñeta clínica: introvertido	53
Análisis de las tres viñetas clínicas.....	54
Presentación de resultados de entrevistas semiestructuradas	56
Análisis de resultados de entrevistas.....	68
Análisis General.....	77
CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de operalización de variables.....	41
Tabla 2 Análisis de resultados de viñetas.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1.....	11
Figura 2.....	16
Figura 3.....	28
Figura 4.....	31

RESUMEN

En el presente trabajo de titulación se apuntó a investigar sobre los fenómenos elementales y su incidencia en las relaciones sociales de los pacientes con estructura psicótica. Se tuvo como objetivo analizar la posibilidad de construcción de relaciones sociales desde los fenómenos elementales en pacientes con estructura psicótica, por medio de un enfoque cualitativo, como insumo para la orientación e intervenciones en pacientes psicóticos desencadenados, a partir de experiencias recogidas en el Hospital de Salud Mental. La metodología que se usó fue cualitativa, además se implementaron técnicas como las viñetas clínicas de pacientes psicóticos y las entrevistas semiestructuradas a psicólogos con diversas orientaciones psicológicas. A través de estas técnicas, se demostró que los fenómenos elementales pueden representar tanto una barrera como una posibilidad para construir relaciones sociales, teniendo en cuenta que esto dependió de distintas variables, como los tipos de fenómenos elementales y el otro con el que construye relaciones sociales. Durante el desarrollo de la investigación se notó no solo la importancia de los fenómenos elementales como método del psicótico para relacionarse con los demás, sino que también cómo las relaciones sociales a su vez benefician a los pacientes con estructura psicótica. Así mismo, a pesar de no haber sido un punto eje en el trabajo se expuso la relevancia de la apertura de otras formas de comunicación por parte de la otra persona que se ve envuelta en la relación social, para que el sujeto psicótico pueda construir relaciones.

Palabras clave: Psicosis; Fenómenos Elementales; Relación Social; Significantes; El Otro; Sociedad.

ABSTRACT

In this thesis work it was investigated about the incidence of the elementary phenomena in the social relationships of the patients with psychotic structure. The objective that this thesis had was to analyze the possibility of social relationship construction from the elementary phenomena in patients with psychotic structure, through a qualitative focus, as an input for the orientation and interventions on the psychotic patients unchained, from experiences collected at the Hospital de Salud Mental. The qualitative methodology was used in this work, besides techniques like clinical vignette about psychotic patients and the semi structured interviews made to psychologists with different psychological orientations were implemented. Throughout these techniques it was demonstrated that the elementary phenomena can present a barrier, but also a possibility to build social relationships, given that it depended on different variables, like the types of elementary phenomena and the other with whom the social relationship is constructed. During the development of the investigation, it was noticed not only the importance of the elementary phenomena as a method of the psychotic to connect with others, but also how the social relationships can benefit the patients with psychotic structure. In addition, although it wasn't an axis point in the work, the relevance of the other person involved in the social relationship opening to other forms of communication so that the psychotic person can build relationships, was exposed.

Key words: Psychosis; Elementary Phenomena; Social Relationships; Significant; The Other; Society

INTRODUCCIÓN

Los fenómenos elementales son elementos claves para tener en cuenta cuando se trata de un paciente que se encuentra dentro de la estructura psicótica, puesto que esto va a permitir conocer cómo éste percibe la realidad, que es muy diferente a cómo un neurótico la percibe. Por esta razón, en este trabajo se trata de indagar los fenómenos elementales de los pacientes psicóticos que se encuentran en el Hospital de Salud Mental, y de qué manera esto incide en la construcción de las relaciones sociales que se mantienen dentro de la institución.

La presente investigación guarda correspondencia con el dominio 5: Educación, comunicación, arte, y subjetividad, el que abarca las relaciones de comunicación y la posición del sujeto. Este se encuentra vinculado a la línea de investigación de “problemas del sujeto y su relación en distintos entornos” (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [UCSG], s.f, párr. 8).

También, esta investigación se encuentra vinculada con el Eje Social, con el objetivo 5, que busca promover la inclusión social, tanto en la salud, disfrute de tiempo libre, entre otros (Secretaría Nacional de Planificación, 2021). Porque se busca por medio de esta investigación que las personas comprendan ciertos comportamientos propios de pacientes con psicosis y que de esta manera no se trate de hacerlos entrar a la norma. Sino que más bien se perciba que no es necesario que un paciente psicótico esté estable para que construya relaciones sociales.

Así mismo, se relaciona con el objetivo 10 “potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición” (Naciones Unidas, 2023, párr. 2). Dado que, se apunta a, como ya ha sido mencionado antes, que no se norme a los pacientes con psicosis, sino que más bien se invita a que se analice nuevas formas de orientar y abordar a pacientes psicóticos desencadenados.

Planteamiento del problema

Localmente se ha observado que, dentro del Hospital de Salud Mental en Guayaquil, las personas que se encuentran dentro de la estructura psicótica a veces suelen tener más problemas que los pacientes neuróticos, al tratar de construir relaciones sociales en la institución. Sin embargo, también se ha visto que existen pacientes que mientras se encuentran desencadenados igual pueden construir relaciones sociales con las personas que se encuentran dentro de la institución, a pesar de que no sea con todos.

No comprender esta forma de relacionarse de los pacientes psicóticos puede llevar a intentar suprimir los fenómenos elementales, para que estos se acomoden a la realidad de los neuróticos. No obstante, adentrarlos a esta realidad puede terminar perjudicándolos, llevándolos incluso a un aislamiento. Pues, se reitera que los fenómenos elementales son un intento de anudar aquello que se encuentra suelto. Lo cual genera las siguientes preguntas:

Pregunta problema general

¿Cómo los fenómenos elementales inciden en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica en el Hospital de Salud Mental?

Preguntas problemas específicas

- ¿Qué son los fenómenos elementales?
- ¿Qué es la relación social?
- ¿Qué función cumplen los fenómenos elementales en la construcción de relaciones sociales en los pacientes con estructura psicótica?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la posibilidad de construcción de relaciones sociales desde los fenómenos elementales en pacientes con estructura psicótica, por medio de un enfoque cualitativo, como insumo para la orientación e intervenciones en pacientes psicóticos desencadenados, a partir de experiencias recogidas en el Hospital de Salud Mental.

Objetivos específicos

- Establecer la definición de fenómenos elementales por medio de fuentes bibliográficas.
- Establecer para el presente trabajo, la definición de relación social por medio de fuentes bibliográficas.
- Identificar cómo los sujetos psicóticos construyen relaciones sociales dentro del Hospital de Salud Mental, mediante: viñetas clínicas y entrevistas semiestructuradas a los profesionales que laboran en esta institución y pacientes.

Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022) 1 de cada 300 personas tienen esquizofrenia, es decir, existen aproximadamente 24 millones de personas con este tipo de trastorno. Además, otro dato proporcionado por la OMS es que, de manera aproximada se puede decir que el 50% de las personas ingresadas a hospitales de salud mental han sido diagnosticadas con esquizofrenia (2022). A partir de estas estadísticas se entiende que, aunque la esquizofrenia no sea un trastorno muy común dentro de la sociedad, cuando ingresan a hospitales son predominantes en esa comunidad, a nivel mundial. A pesar de que esta investigación tiene un enfoque psicoanalítico, se considera

pertinente tener datos que den cuenta del número de población estimado de personas con estructura psicótica, razón por la cual se usa una estadística bajo un diagnóstico correspondiente a manuales psiquiátricos.

Este trabajo investigativo es necesario porque se ha observado la manera en que los fenómenos elementales en ciertos casos permiten crear relaciones sociales con las demás personas. Dentro de las prácticas otorgadas por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Hospital de Salud Mental, se ha podido evidenciar que cuando un paciente con psicosis tiene un nuevo delirio le permite relacionarse con ciertos residentes o incluso personal del hospital, que se alineen con este delirio.

La investigación se realiza desde un enfoque cualitativo, desde el paradigma interpretativo y el método descriptivo. Mientras que, las técnicas empleadas para recolectar información son la entrevista semi estructurada y las viñetas clínicas. La población con la que se trabaja son los residentes psicóticos del área de psiquiatría del Hospital de Salud Mental, localizado en Guayaquil, Ecuador.

En el capítulo 1 se indaga la estructura psíquica, específicamente la estructura psicótica y los conceptos que se desprenden de esta, los cuales son: el desencadenamiento y los fenómenos elementales. Se hace énfasis en los diferentes fenómenos elementales: automatismo mental, que conciernen al cuerpo y que conciernen al sentido y a la verdad; dado que, es uno de los puntos focales en la investigación.

En el capítulo 2 se investiga acerca de las relaciones sociales. Se puntualizan otros temas como el lenguaje, el lazo social, el Otro y el otro. Los cuales van a ayudar a comprender el por qué no se habla del lazo social, que se encuentra vinculado al psicoanálisis. Sino que, se trabaja desde las relaciones sociales que pertenecen al punto de vista sociológico.

En el capítulo 3, se analiza al fenómeno elemental como un posibilitador y una barrera en las relaciones sociales, indagando diferentes aristas de por qué.

En el capítulo 4, se informa acerca de la metodología que se emplea en el trabajo de investigación, teniendo en cuenta el enfoque, paradigma, método, técnicas, instrumentos y la población con la que se trabaja.

Finalmente, en el capítulo 5, se presentan y se analizan los resultados obtenidos en la investigación a través de viñetas clínicas y entrevistas semiestructuradas a profesionales especializados en el área, acerca de la manera en que los fenómenos elementales inciden en las relaciones sociales de los pacientes psicóticos.

ANTECEDENTES

En total se recolectan ocho documentos relacionados con el tema de investigación: los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica. No obstante, ninguno se asemeja al tema planteado.

Dentro de las investigaciones internacionales se encuentra Green et al. (2018), se ha encontrado que la esquizofrenia en torno al discurso psiquiátrico es considerada como uno de los trastornos que tiene más dificultad respecto a las habilidades sociales, aun cuando se ha seguido un tratamiento con antipsicóticos. Y señalan como los principales factores de la inhabilidad social en la esquizofrenia a: la motivación de querer entablar una relación social con alguien; la cognición social, como inferir los pensamientos y emociones de otras personas; y la cognición no social, como la memoria, resolución de problemas, atención.

Por otro lado, Sánchez (2019), postula que las psicosis se encuentran más allá del sentido común, lo cual enseña diversas maneras de ser y estar en el lazo social. Además de identificarse y el no identificarse. Por lo cual propone que en la psicosis no existe nada predeterminado para comprenderla.

En otra investigación dirigida por Degnan et al. (2018), se considera que en el desarrollo de psicosis las redes de apoyo social, así como la satisfacción hacia las mismas se deterioran. Además, se encontró que con la evolución de los síntomas de estos tipos de trastornos se reduce la cantidad de personas que caen dentro de la descripción de amistad. Así mismo, se ve reducida la motivación para construir relaciones y las habilidades sociales de las personas con trastornos psicóticos.

En las investigaciones regionales se encuentra una realizada por De Battista et al. (2020), se consideran formas de lazo social que no son discursivas, pero que impactan en los discursos, sin ser parte de ellos. Aunque, también se puntualiza que varios sujetos psicóticos transforman su realidad a través de

tramas delirantes que no logran resonar en la libido colectiva. En otras palabras, estos autores proponen que existe una eficacia social en la psicosis, que fundamenta que es a causa del armado sintomático realizado solo por ciertos pacientes psicóticos.

Por otro lado, Argüello (2016), habla de una integración del medio social en la paranoia, y además menciona que es un elemento principal para que el sujeto se incluya dentro de la estructura de la paranoia. Se fundamenta en Lacan para indicar que la metáfora delirante, como método de estabilización, ayuda a restituir las relaciones del sujeto con el mundo y con el Otro.

Otra investigación realizada por López (2019), indica que en todo tipo de relación social existe la transferencia, incluso surge de manera natural en la estructura neurótica. Sin embargo, el autor plantea que el paranoico a medida que se acantona en su sistema de certezas la transferencia se ve comprometida. El autor se ampara ante la idea de Fromm-Reichman para decir que el psicótico es capaz de formar relaciones sin ningún tipo de problema.

Por último, están las investigaciones locales, un estudio realizado por Andrade-Vera et al. (2018), recogió información que indica que cuando los pacientes con esquizofrenia poseen relaciones sociales de apoyo tienen mejores condiciones de vida. Mientras que, los que no poseen vínculos sociales tienden a no completar el tratamiento, aumenta su riesgo suicida y disminuye su calidad de vida.

Otra investigación hecha por Villacrés et al. (2020), indica que la esquizofrenia implica dificultades en las relaciones interpersonales y existe una tendencia al aislamiento. Incluso, están vinculados a mayores tasas de divorcio y separación. Además, pone como probable causa de falta de relaciones la no aceptación de las personas con esquizofrenia.

Los autores que van del lado de la psiquiatría proponen que de manera casi orgánica los pacientes esquizofrénicos tienen problemas en formar relaciones sociales. No obstante, los que tienen otra mirada dicen que los

psicóticos si forman relaciones, solo que de otra forma y si es que no lo hacen puede ser por un estigma social que existe en torno a ellos.

De acuerdo con las referencias bibliográficas encontradas se puede establecer que es importante para el desarrollo de esta investigación tener en cuenta que, lo social dentro de la psicosis es un tema poco abordado en los trabajos, y por lo tanto poco estudiado.

Se identifican vacíos en torno a cómo los fenómenos elementales impactan en las relaciones sociales. Especialmente porque existen pocas investigaciones desde la orientación psicoanalítica en torno a esta arista de la psicosis, más bien abundan los trabajos psiquiátricos. Es por esta razón que, en esta investigación se pretende aportar al área de la psicología con el conocimiento de cómo afectan los fenómenos elementales la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica.

CAPÍTULO 1

La psicosis

En este capítulo se hablará sobre la estructura psíquica, como antecedente necesario para poder entender mejor sobre cómo se forma una estructura psicótica. También, se explicará la psicosis como estructura psíquica para entender las bases en las que se dan los temas afines como el desencadenamiento y los fenómenos elementales. El último tema mencionado es un concepto clave en esta investigación, razón por la cual se considera importante entender de dónde vienen y por qué se forman los fenómenos elementales.

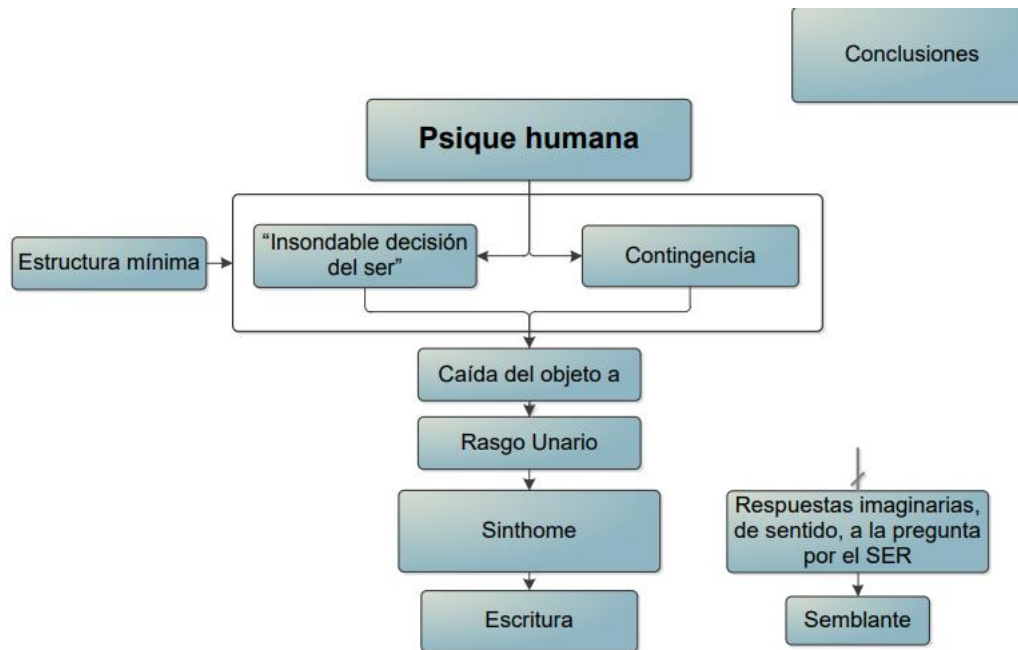
Estructura psíquica

La estructura psíquica es un concepto base en el psicoanálisis, pues a partir de esto se podrá vislumbrar a grandes rasgos de qué manera funciona el sujeto y esto orientará la dirección de su tratamiento.

El psicoanálisis propone tres estructuras para el sujeto: neurosis, psicosis y perversión. La pregunta desde que se plantearon ha sido ¿cómo se forman estas estructuras?, pues bien, a través del tiempo se ha formulado de que se puede hablar especialmente de dos aristas muy importantes: la insondable decisión del ser y la contingencia (mirar Figura 1). Donde cómo se indica en la Figura 1 se va a distinguir en el sujeto la estructura mínima, es decir, las tres primeras que mencionamos. Teniendo en cuenta que cada una de estas tiene diferentes categorías, no obstante, para este trabajo de investigación solo se hablará de las estructuras mínimas.

Figura 1

Cuadro de estructura psíquica



Nota. Elaborado por Rodolfo Rojas y Ana Durán en *El estructuralismo de Lacan: aportes para la comprensión de la relación entre Estructuralismo y psicoanálisis*

Respecto a la Figura 1 nos centraremos ahora en las dos partes que hacen la estructura mínima. Por un lado, se encuentra la insondable decisión del ser, la cual es aquello que va a estar incluso antes del sujeto. Lacan (2009) respecto a esto va a decir que:

Con el desplazamiento de la causalidad de la locura hacia esa insondable decisión del ser en la que éste comprende o desconoce su liberación, hacia esa trampa del destino que lo engaña respecto de una libertad que no ha conquistado, no formulo nada más que la ley de nuestro devenir. (p. 175)

Lacan intenta hacer entender que no existe *la libertad* porque existe algo previo, que no sabemos que es, que indetermina quienes vamos a hacer. Por esta razón es que se habla de lo *insondable*, que es lo “que no se puede averiguar, sondear o saber a fondo” (Real Academia Española [RAE], s.f, definición 2). Por lo tanto, se habla de algo que juega un papel importante en

determinar quiénes somos, sin embargo, como va más allá del sujeto, es algo que no se puede completamente explicar qué es ni cómo se da.

No obstante, a pesar de que no hay manera de saber específicamente lo que es la insondable decisión del ser se sabe que hay dos fuerzas que forman parte de esta: *verneinung* y *bejahung*. Por un lado, está *verneinung* “la negación del enunciado, negación de la posición de la enunciación” (Schejtman, 2012, p. 16). Y por otro lado, se encuentra *bejahung* que es “una afirmación primordial” (Schejtman, 2012, p. 17). Es decir, vamos a tener dos fuerzas opuestas, que va a caracterizarse porque una rechaza algo y lo deja fuera del aparato psíquico, mientras que la otra acepta y por lo tanto, se queda en el aparato psíquico.

Además, es importante destacar una idea que nos deja el texto de Schetjman (2012): “aquello que es negado tuvo que ser afirmado en un tiempo anterior. Esto es, que solamente es posible negar aquello que ha entrado en el que ha sido afirmado” (p. 18). Entonces, por ejemplo, en tanto existe el Nombre del Padre en el aparato psíquico el sujeto puede rechazarlo, sin embargo, si este no existe no habrá forclusión.

Por otro lado, se encuentra la contingencia, la cual Evans (2007) define como: “el azar, en el sentido de pura contingencia” (p. 41), es decir, es un puede pasar como no puede pasar. Esto se va a ver determinado a partir del entorno. Por ejemplo “el NdelP es pues una contingencia” (Rojas & Durán, 2017, p. 78). Es decir, la existencia o la no existencia del Nombre del Padre también va a demarcar la estructura psíquica del sujeto.

Así mismo, si se adopta o no el lenguaje, va a determinar en qué estructura psíquica está el sujeto. Pues como dice Milner citado por Rojas y Durán (2017) “resultan de una contingencia absoluta: la estructura de una lengua particular” (p. 107). Al momento de hablar de la lengua, se topan también las normas a las cuales el sujeto se puede o no adaptar.

La contingencia entonces es todo aquello que se puede presentar como no al sujeto en su medio y por lo cual es posible que lo tome o no. Y esta sería la forma en que se define la estructura de un sujeto.

Por lo tanto, la insondable decisión del ser y la contingencia, las dos en conjunto, en un proceso en los primeros años de interrelación, determinan la estructura de un sujeto, que termina en “la caída del objeto a, como consecuencia de interiorizar el lenguaje, identificarse a un rasgo del Otro . . . que por metáfora pasará a producir sustituciones formando el Sinthome” (Rojas & Durán, 2017, p. 115). Y la forma en que esto sucede, va a determinar una de las tres estructuras psíquicas en el sujeto: neurosis, psicosis o perversión.

Por último, es importante destacar que la insondable decisión del ser puede llevar a un sujeto que tal vez sea parte de una estructura, pero también hay que tener en cuenta la contingencia.

La psicosis como estructura psíquica

Este punto será uno de los más importantes para la comprensión del presente trabajo de investigación, razón por la cual será un tema ampliamente explicado, desarrollando ideas como su relación con el mundo exterior, la forclusión del Nombre del Padre, el agujero en lo simbólico, entre otros.

Como se mencionó en el apartado anterior, para que exista la estructura psicótica debe existir primero la insondable decisión del ser, que es una deducción lógica para nombrar de alguna manera lo que está más allá de lo que se pueda comprender o explicar.

Por otro lado, se encuentran la *contingencia* de la que se continuará hablando en lo que resta del apartado.

En la psicosis se forcluye el Nombre del Padre, es decir que en este caso no será instaurado en el sujeto: “La psicosis, consistente en una no integración del significante del Nombre-del-Padre en la batería significativa del sujeto”

(Lacan, 2009, p. 13). Aquí se integra la teoría de los tres registros, se habla del NdP, que entra en el registro de lo simbólico, y en el momento en que este no se encuentra en lo simbólico, se crea un hueco, lo que imposibilitará ciertas respuestas que son comunes en los neuróticos como los síntomas producto de lo reprimido. Entonces esta sería la primera contingencia que se cumple para que se forme esta estructura: es contingente que pueda estar o no el significante Nombre del Padre al alcance de sujeto.

Este agujero en lo simbólico del que habla Lacan (1956) lo va a topar cuando desarrolla su idea sobre la realidad en la psicosis y dirá: “la realidad es reordenada, una parte de la realidad es suprimida, y nunca es verdaderamente escotomizada. Se refiere a fin de cuentas . . . a un agujero de lo simbólico” (p. 226). A partir de la teoría de los tres registros (Imaginario, Simbólico y Real), este agujero hace que el psicótico quede fuera del discurso, debido a que no existe el Nombre del Padre, porque este fue forcluido desde la infancia. Esto implica una especie de ruptura en lo simbólico, lo cual va a generar que la relación del sujeto con el lenguaje falle, provocando así, lo que Freud se adelantó planteando, un problema con lo que sucede en el mundo externo.

Freud (1992) mencionará que “la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (p. 155). Freud primeramente tomará a la psicosis como una consecuencia por un gran malestar ante cómo se presenta el mundo exterior y cómo este afecta al sujeto psicótico.

Debido a esta problematización que existe entre el mundo exterior y el yo del psicótico, el sujeto recurre a, como nos indica Freud (1992): “compensar la pérdida de la realidad . . . por creación de una realidad nueva, que ya no ofrece el mismo motivo de escándalo que la abandonada” (pp. 194 – 195). Freud menciona la creación de una nueva realidad, esto lo hace el psicótico a partir de sus delirios, y lo que Miller más tarde llamará los fenómenos elementales.

Existe una parte de la realidad que el sujeto psicótico no soporta y como no tiene los recursos simbólicos para tramitarlos de otra manera, se forman los delirios, para forcluir esta realidad traumática: “lo que no ha salido a la luz de lo

simbólico aparece en lo real” (Lacan, 2009, p. 269). Es decir que, lo que no se inscribe en lo simbólico aparece en lo real, debido a que el sujeto no tiene como responder desde lo simbólico al existir un hueco en este registro en la psicosis.

Además de la consecuencia en su afrontamiento a lo traumático de la realidad, el agujero de lo simbólico complica la identificación en el sujeto psicótico, pues no es capaz de sujetarse a significantes que lo nombren, sino que tienen un o unos poquísimos significantes que lo representen y sobre todo la imposibilidad o dificultad de tomar nuevos. Si se queda sin significantes que lo representen se produce el desencadenamiento: el sujeto ha caído de la cadena de significantes, de lo cual se hablará en el siguiente apartado.

Así mismo, en la estructura psicótica no existirá la significación fálica, que será otra de las contingencias que determinará que el sujeto se encuentre en la estructura psicótica. Esto implica que “frente a la ausencia del significante fálico no se puede hablar de un sujeto de deseo, pero si se evoca a un sujeto de goce” (Michilena, 2018, p. 71). Es decir, que el psicótico se puede decir que tiene mayores dificultades para regular sus pulsiones y estas se pueden desbordar con mayor facilidad. Esta falta de significante fálico implica que no existe aquel poder de autoridad, por lo cual el sujeto desde su infancia no ha sido capaz de regular su goce, porque nadie lo reguló primero.

De lo que se ha hablado, es decir, la “forclusión del Nombre-del-Padre y la ausencia del significante fálico implica que el sujeto jamás renuncia al goce del ser y este se manifiesta como goce invasor” (Michilena, 2018, p. 71). Como ya se había postulado al inicio de este capítulo, para que se forme la estructura mínima de la psicosis debe de existir un proceso de interrelación entre la insondable decisión del ser y la contingencia.

Desencadenamiento

Ahora continuaremos hablando acerca del desencadenamiento que en el apartado anterior lo topamos, pero sin desarrollarlo totalmente. El

desencadenamiento es una crisis que se da cuando el sujeto se queda sin significantes para responder y no tiene manera de anudarse a la cadena de significantes. Esto a su vez va a dar apertura a que se manifiesten los fenómenos elementales, lo cual es un elemento clave en el presente trabajo.

Millas en su texto *“El psicoanálisis pensado desde la psicosis”* va a proponer siete fases del desencadenamiento (Ver Figura 2).

Figura 2

Fases del desencadenamiento



Nota. Elaboración propia

Se identificará como primera fase a la pre-psicosis, este será un momento, como su nombre lo indica, previo al desencadenamiento.

En la segunda fase se encontrará el enigma, sobre lo cual Lacan hablará desarrollando sus ideas sobre las psicosis.

La crisis, sin duda, se desencadena fundamentalmente por una pregunta: ¿Qué es...? No sé. Supongo que el sujeto reacciona a la ausencia de significativo por la afirmación tanto más subrayada de un otro que, en tanto tal, es esencialmente enigmático. (Lacan, 1956, p. 277)

Lacan en el anterior extracto dirá una palabra clave que es lo enigmático, aquello que se desconoce. Y cuando no hay forma de responder frente a una pregunta, es cuando se hace aparente el hueco que existe en lo simbólico en el sujeto psicótico, que se debe a la falta del Nombre del Padre, como se ha desarrollado previamente en este trabajo.

Por otro lado, estará la fase de la perplejidad la cual Lacan (1956) dirá que se trata “de un impasse de una perplejidad respecto al significativo” (p. 277). La

perplejidad es la primera respuesta frente al no saber responder la pregunta, es el no hacer nada porque no se sabe qué hacer.

En la siguiente fase estará la angustia, la cual será definida por Evans (2007) como “una reacción a una “situación traumática”, una experiencia de DESAMPARO” (p. 38). Lo que es esencialmente lo que experimenta el sujeto psicótico al no tener identificación, al no tener un significante que lo anude a la cadena, al estar desencadenado. Por lo cual se va a intentar anudar por medio de los fenómenos elementales, por esto, es que muchas veces cuando el sujeto está desencadenado estos fenómenos se ven exacerbados, ante la inquietud del psicótico para encontrar una respuesta.

La quinta fase será denominada pre-acto, como la denominación indica este es algo que viene anterior al acto. Millas (2015) dirá que el pre-acto “implica este momento de confrontación angustiante con un no saber y ante el cual se impone un acto” (p. 66). Es decir, esto será un intento de respuestas ante lo que ha quedado sin responder, sin ser una respuesta, o incluso una significación que calce.

Luego, se encuentra la penúltima fase, “el acto es del sujeto confrontado a un vacío, a una falla ante la cual tiene que dar un paso” (Millas, 2015, p. 64). Es decir, el acto va a ser ese paso que dará el sujeto para poder hacer con la angustia. Esto es lo que permite que se pase a la última fase, la certeza, sobre la cual Millas (2015) dirá:

La certeza es entonces inconvencible por la razón, por las pruebas de la realidad y por el sentido común. El sujeto podrá dudar de algunas de sus elaboraciones, podrá cambiarlas, etc., pero su certeza constituye un axioma que en tanto tal no va a modificarse. (p. 69)

Por lo tanto, ya en esta última fase el sujeto psicótico desencadenado elabora una respuesta, un significante, que anteriormente no tenía para responder la pregunta, la demanda del Otro.

No obstante, llegar a la fase de la certeza no va a significar que el sujeto nunca más se desencadenará o que los fenómenos elementales cesen de existir. Sino que por el momento se puede decir que el sujeto se encuentra estable.

Fenómenos elementales

A continuación, se hablará sobre los tres tipos de fenómenos elementales que desarrolla la teoría psicoanalítica, para entender más adelante en la investigación de qué manera estos pueden incidir en la construcción de relaciones sociales.

“Los fenómenos elementales son fenómenos psicóticos que pueden existir antes del delirio, antes del desencadenamiento de una psicosis” (Miller, 2006, p. 23). Son expresiones que son exclusivas de la estructura psicótica, es decir, los fenómenos elementales serán clave para el diagnóstico diferencial. Además, cuando se habla de la presencia de estos antes del desencadenamiento es lo que se anticipó en el anterior apartado, por lo tanto, los fenómenos elementales siempre van a existir en la psicosis, sin embargo, cuando esta se encuentra desencadenada es donde estarán exacerbados.

Pero, también es importante identificar a los fenómenos elementales como un intento de estabilización, pues como postula Gallegos (2018) “no sabe cómo responder ante esto real, por lo que, podría plantearse que, para la estabilización, ambas estructuras (neurosis y psicosis) deliran” (p. 19). Por lo tanto, ante el desencadenamiento, donde el sujeto psicótico se ha quedado sin respuesta, intenta de alguna manera reanudarse a partir de delirios, de los fenómenos elementales.

Existen tres fenómenos elementales que se hablan desde el psicoanálisis:

Fenómenos de automatismo mental

Estos “son la irrupción de voces, del discurso de otros” (Miller, 2006, p. 24). Es decir, estos podrían verbalizarse en el discurso del paciente como voces que le dicen que hacer. Incluso, se puede pesquisar cuando un sujeto menciona que todas las personas que están hablando se encuentran hablando mal de él.

Fenómenos que conciernen al cuerpo

Estos serán los “fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza, con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o del dislocamiento espacial” (Miller, 2006, p. 24). A pesar de se hable del cuerpo no se limita a este, pues existe también la variante del tiempo. Por lo tanto, si es que un sujeto cree estar en otro año o mes, puede ser que se trate de un fenómeno elemental.

Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad

Estos fenómenos elementales serán las “experiencias inefables, inexpresables o experiencias de certeza absoluta y, más aún, con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño o, . . . expresiones de sentido o significación personal” (Miller, 2006, pp. 24 – 25). La palabra clave en esto será la certeza, pues no existe duda en el psicótico de lo que está pasando, pues esta es su realidad.

Por lo tanto, a partir de este capítulo se puede asegurar que toda estructura psíquica mínima se forma a partir de la insondable decisión del ser y la contingencia. Y, la psicosis es una de estas estructuras psíquicas, la cual tiene como características principales la forclusión, que implica un rechazo, específicamente al Nombre del Padre. Lo cual, genera un hueco en el registro simbólico, lo cual deja al sujeto psicótico con pocas respuestas, y si es que el sujeto psicótico se queda sin respuestas puede causar un desencadenamiento.

Esto, hace que se construyan los fenómenos elementales como una forma de intentar responder, de intentar una estabilización.

CAPÍTULO 2

Las relaciones sociales

En el presente capítulo se va a explicar las relaciones sociales desde la sociología, no obstante, también se toparán temas como el lenguaje, el significante, el significado, el lazo social, el Otro, el otro y las relaciones sociales. Se consideran un punto clave explicar el término de lazo social, y el por qué no es usado como tema central de este trabajo de investigación.

El lenguaje

El lenguaje es un elemento clave al momento de hablar sobre un sujeto social, pues en este se integra no solo lo verbal, las palabras, lo que se conoce también en psicoanálisis como significante y significado. Sino que, implica las leyes y normas sociales, en las que se ve envuelto un individuo, indiferentemente si es que este se integra o no a las mismas. Entonces, se deduce que, si un sujeto se encuentra en él, o incluso rodeado de el lenguaje, también es capaz de formar relaciones sociales.

Jacques Lacan en sus *Escritos 1* va a explicar el uso del lenguaje de acuerdo con el psicoanálisis. A pesar de que al lenguaje se lo considera como aquello que el ser humano usa para comunicarse verbalmente con los demás, para Lacan (2009) va a ir mucho más allá de las palabras:

Para liberar la palabra del sujeto, lo introducimos en el lenguaje de su deseo, es decir, en el lenguaje primero en el cual más allá de lo que nos dice de él, ya nos habla sin saberlo, y en los símbolos del síntoma en primer lugar. (p. 283)

Se comprende a partir de esto que el lenguaje está en el sujeto incluso antes de que se articule palabra, la teoría lacaniana expone que es el Otro el que permite al sujeto entrar al lenguaje. Incluso, en el anterior extracto Lacan indica que el síntoma sería una forma de desplazar el deseo, un intento de expresarlo.

Por lo tanto, el plano no verbal va a ser lo que este psicoanalista se va a referir como el lenguaje primero.

Este primer uso del lenguaje también podría permitir formar relaciones sociales, pues permite al sujeto relacionarse a través de sus síntomas.

Además, lenguaje primero hace referencia a la instauración de la primera ley, aquella que prohíbe el incesto: “Consideramos cómo este conflicto incestuoso que encierra la prohibición, y que determina la relación edípica es también una ley del lenguaje” (Puche, 1971, pp. 172 – 173). Lo que designa los límites apropiados para que se mantengan las relaciones más básicas, como es el caso de las relaciones paternas.

En tanto se entiende que el lenguaje va más allá de lo verbal, Lacan (2009) también propone que la función de este “no es informar, sino evocar. Lo que me constituye como sujeto es mi pregunta. Para hacerme reconocer por el otro, no profiero lo que fue sino con vistas a lo que será” (p. 288). A través del otro que responde, se pueden pesquisar identificaciones, a partir de cómo nos reconoce como sujeto. Por esto también sería importante que el paciente psicótico tenga una relación social con el otro, porque en caso de que la o las identificaciones que tiene le falle, tiene al otro que a través de su discurso y su mirada puede ofertar significantes que lo puedan llegar a nombrar para que se anude de nuevo a la cadena de significantes.

El lenguaje está formado por el significado y el significante, o como Savio (2021) va a plantear: “por un concepto y una imagen acústica” (p. 36). A partir de este enunciado se entiende que, algo no significa sino hasta que exista un acuerdo social que le atribuya significado.

Significante

Para que exista el lenguaje, el cual es clave para que exista la relación social, debe haber palabras que se articulen. Estas palabras van a tener por un lado al significante que es una “expresión del concepto, es psíquico. No es el

sonido material, sino su huella psíquica, la representación sensorial” (Savio, 2021, p. 36). El significante entonces es aquella representación simbólica, se podría decir que este podría ser las palabras que se enuncian al hablar.

Significado

Mientras que, el significado va a complementar y completar al significante, porque este “consiste en el sentido” (Savio, 2021, p. 37). El sentido se refiere al concepto que se le atribuye un símbolo, palabra o imagen. Es decir, la palabra, por ejemplo, mesa no tiene un sentido hasta que la sociedad lo vincula con un concepto.

Es necesaria la integración del significado y del significante, pues no puede existir uno sin otro. Por lo tanto, también se los puede pensar a los dos como la base del lenguaje.

Entonces, se entiende al lenguaje más allá de lo verbal como una ley, que es instaurada por el Otro, sería entendido como la ley primera. Además, es una forma que tiene el sujeto para buscar identificaciones, a partir del otro social. Por lo tanto, no podría existir un sujeto completamente fuera de lo que se entiende como lenguaje, si bien en la psicosis se menciona que puede haber una ruptura en relación con lo simbólico, esto no implica que el psicótico no pueda impactar o elaborar su forma del lenguaje.

El lazo social

Se explicará el lazo social desde la teoría psicoanalítica, dado que se considera importante profundizar el por qué no se usará este concepto, sino que se ha optado por la definición "relación social" desde la sociología.

Fuera del psicoanálisis el lazo social se puede entender como aquella relación amorosa, amistosa u otra, que une a dos personas y posibilita la

comunicación. No obstante, respecto al lazo social desde el psicoanálisis Miller (2014) nos dirá que:

El lazo social, quiere decir que el sujeto no está sólo, no está sólo con su Ello, su Yo y su Superyó. El lazo social, quiere decir que el solipsismo no es la verdad de la vida psíquica, que el sujeto como tal no es autista. El lazo social, quiere decir que siempre está el Autre, el campo del Autre e, incluso, que el campo del Autre precede al sujeto, que el sujeto nace en el campo del Autre. (p. 150)

Es decir que, estar dentro del lazo social, significa estar dentro del lenguaje, dentro de las normas, pues el sujeto se encuentra en el campo del Otro, del lado de lo simbólico. El Otro es aquel ente que regula a la persona, pues le demarca la ley e incluso ayuda a formar identificaciones. En tanto, también otorga significantes para el sujeto. Por lo tanto, si el sujeto está en el campo del Otro, está en el lazo social.

Por otro lado, el lazo social en Lacan serán los discursos, los 4 discursos que él plantea, sin embargo, lo importante que se va a resaltar de la adición de este autor es que “no hay lazo social sin discurso que incide sobre el goce regulándolo y haciendo posible el lazo” (Peláez, 2011 p. 7). Es decir, a partir de la posición en la que se coloca el sujeto en los diferentes discursos, se expone de qué forma se relaciona con los otros y con el Otro.

Cuando se habla de una regulación, inevitablemente se está hablando de normas y leyes sociales. Por lo cual, en otras palabras, se podría decir que todos los sujetos que se encuentran en el lazo social tienen conocimiento de cómo funciona la sociedad, en torno a lo que se debería y no se debería hacer, lo que permite que se asocien con los demás.

A partir de las lecturas de Freud se puede interpretar que el lazo social se encuentra regulado por el Superyó, como indica Ferrari (2021) “la introyección del conjunto (la influencia de padres, educadores, la sociedad) como superyó es otro momento significativo del lazo social, que instala la conciencia moral” (p.

153). Con esto se interpreta que, si no existiera una división entre lo bueno y lo malo, el lazo social se complicaría, pues no habría una base bajo la cual interactuar. El Superyó por lo tanto mantiene el ideal de la comunidad, donde se apunta a una convivencia pacífica, por lo cual conserva a los sujetos dentro de un margen.

El lazo social tiene como parte de su funcionalidad la comunicación entre individuos, lo cual hace al lenguaje parte clave en el proceso. “El lenguaje es un componente esencial del lazo social, un vehículo cuya función es especialmente la comunicación” (Ferrari, 2021, p. 154). Sin lenguaje no hay comunicación y sin esta no existe lazo social, pues no habría la interacción entre los sujetos que se requiere para formarlo.

No obstante, el lazo social se complica cuando hay una estructura psicótica en medio de este. Respecto a la psicosis, autores como Sánchez (2019) nos indican que “el lazo social se organiza . . . en función de la particularidad de cada sujeto. Cada persona ha de inventar una solución propia para engancharse a lo social. Una solución por fuera de las normas” (p. 68). Por lo tanto, no significa que el psicótico nunca va a poder estar involucrado en el lazo social, sino que su forma de participar en ellos se da de una manera diferente.

Así mismo, el modo en que se forma el lazo social no es la misma y tal vez incluso requiera de más tiempo, en comparación con los neuróticos. Para ejemplificar estas formas diferentes que requieren los psicóticos para formar un lazo social están “las actividades psicoterapéuticas grupales a través del arte favorecen no solo la subjetivación de su dificultad con el Otro social, sino la creación de lazos sociales por parte del paciente psicótico” (Marmolejo, 2019, p. 49). Esta investigación, da cuenta que existen otras formas de crear y de incorporarlos a los sujetos psicóticos con otros, si es que se piensa desde la subjetividad de cada uno.

Por esto, para evitar confusiones en torno a de qué manera singular es formado un lazo social en la estructura psicótica, no se trabajará en esta investigación alrededor de esto, pues, se considera que debido a las teorías

bases que se han manejado desde el psicoanálisis se podría limitar las áreas a indagar, debido a la discusión que se encuentra latente de si es que los psicóticos pueden o no formar lazos sociales. No obstante, el eje de esta investigación se seguirá centrando en la parte de lo social en los pacientes con estructura psicótica, pero del lado de las relaciones sociales, desde la sociología.

El Otro y el otro

El concepto del Otro se ha estado mencionando alrededor de esta investigación, teniéndolo en cuenta como una ley que regula, y que puede incorporar al sujeto al lenguaje y por lo tanto al lazo social. Mientras que, el otro con minúscula son los semejantes, los demás sujetos con los cuales se interactúa cuando existe una relación social.

El Otro

Este Otro es aquel que se encarga de introducir lo simbólico al sujeto, esto implica el lenguaje, las leyes y las normas. Como relata Chemama (1996) “es también el Otro cuya evocación impide confundir las generaciones, no deja subsistir una relación sólo dual entre la madre y el hijo” (p. 309). Es decir que, la ley del incesto es introducida por este Otro, lo que va a ayudar a mantener el ideal social.

Como ya se ha identificado a través de esta investigación, este Otro es el límite necesario que se le impone al sujeto para poder relacionarse con los demás, para poder formar lazos sociales.

Esta entidad del Otro va a ser “el Otro absoluto, es aquel . . . a quien siempre nos dirigimos” (Lacan, 2009, p. 361). Esto está relacionado a que el Otro es toda la dimensión simbólica. Entonces como el Otro ha brindado el lenguaje y las normas sociales, el sujeto que ha decidido entrar en este campo del Otro está

inmerso e incluso entrelazado en este registro. Por lo cual, todo siempre estará dirigido hacia el Otro.

El otro

Cuando se habla del otro en minúscula, Lacan (2009) dirá que se trata “del otro (prójimo)” (p. 259). Entonces aquí ya no se habla de un Otro que impone la ley ante el sujeto, sino aquel que es semejante a él, con el que se forman relaciones sociales. El otro, va a ser aquel que se encuentra en el lado de lo social, será un igual.

Por otro lado, está el otro imaginario del cual Lacan (2009) dirá: “el otro con a minúscula, es el otro imaginario, la alteridad en espejo, que nos hace depender de la forma de nuestro semejante” (p. 361). Lacan se referirá al estadio del espejo, donde a partir de este, el sujeto seguirá buscando a este semejante que menciona que el niño verá en el espejo, la imagen especular, el ideal que siempre va a buscar llegar. A pesar de que este otro no es el prójimo del que se va a hablar en este apartado, se considera importante delinear la diferencia que existe entre el otro imaginario y el otro como semejante.

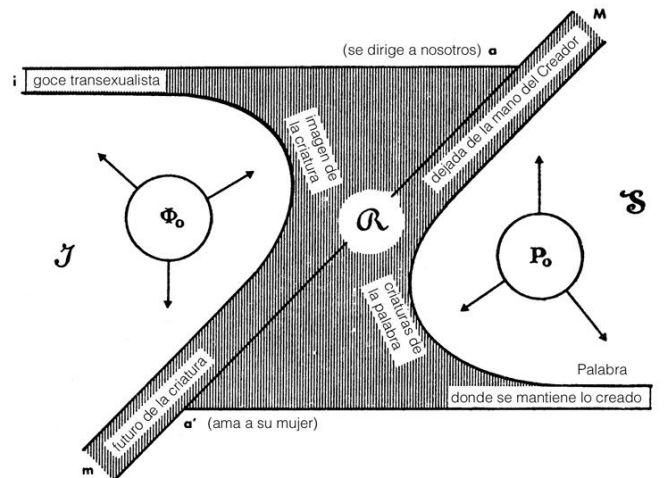
También, estará el otro imaginario, entendido como la imagen especular del estadio del espejo. Este será el ideal el cual se querrá alcanzar, no obstante, en el caso de la psicosis este ideal se verá alterado por un hueco en el campo de lo imaginario, debido a que no existe un valor fálico. Esto se puede observar explicado en el Esquema I (ver Figura 3).

En tanto el Otro se inscribe de manera diferente en la en la psicosis, lo simbólico también se ve alterado, por esto es por lo que no se puede hablar de un sujeto psicótico que pueda formar lazo, por lo menos en el sentido neurótico.

Se habla de una alteración en el Otro, porque el Nombre del Padre se encuentra forcluido, es decir no se inscribe la capacidad de nombrarse, ni nombrar al goce. Tal como se puede evidenciar en el esquema I (ver Figura 3).

Figura 3

Esquema I



Nota. Elaborado por Jacques Lacan en su texto *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de psicosis.*

Por lo tanto, en esta investigación tanto el Otro y el otro imaginario se considera que no aportan, pues en el campo en que cada uno de ellos se encuentra en la psicosis tienen una alteración.

Por otro lado, se encuentra el otro, como prójimo, el otro social, con el cual el sujeto interactuará y serán los familiares, amigos, compañeros, entre otros. A partir de compartir con este otro es que se van a poder formar relaciones sociales, incluso en el caso de los pacientes psicóticos. Porque a pesar de que, como ya se ha aclarado anteriormente, se imposibilita el lazo social en el psicótico a la manera de la neurosis, no implica que este no pueda relacionarse con los otros.

Las relaciones sociales

Las relaciones sociales son un punto eje en este trabajo investigativo, pues se va a hablar respecto a estas en las psicosis.

Las relaciones sociales desde la sociología se pueden entender como interacciones entre sujetos pertenecientes a la sociedad. Uno de los primeros sociólogos en desarrollar qué es la relación social fue Weber (2002) que dice: “puede proporcionar a sus partícipes determinadas probabilidades de satisfacer ciertos intereses, tanto interiores como exteriores, sea por el fin o por el resultado, sea a través de una acción solidaria o por virtud de una compensación de intereses” (p. 35). Este autor propone entonces que las relaciones sociales se basan en lo que estas pueden servir para el sujeto.

Por lo tanto, el sujeto se preguntará en la relación, qué de esa interacción va a proporcionarle satisfacción. Denotando así que el ser humano es egoísta por naturaleza, aunque esto no significa que a través de estas relaciones no se pueda generar un bien común o entre los dos involucrados en este vínculo.

Sin embargo, para Izquierdo (1996) existe algo más allá que hace al ser humano querer relacionarse con los demás: “Podría suponerse que ese sentimiento (de formar parte de un todo), de existir, y en tanto se presenta como un sentimiento de pertenencia, fuera la fuerza básica que condujera al establecimiento de las relaciones sociales” (pp. 171 – 172). Es decir, el ser humano, desde la teoría de esta autora, es relacional por naturaleza. Por lo tanto, siempre va a estar el sentimiento de querer pertenecer a un grupo, que lo haga sentirse identificado.

A medida en que la sociología se ha expandido con el paso del tiempo se han elaborado nuevas teorías e interpretaciones acerca de qué es y por qué los seres humanos insisten en formar relaciones sociales. Una de estas aportaciones es la de Herrera (2000) donde menciona que:

La relación social es la referencia de un sujeto a otro sujeto mediada por la sociedad . . . a la que pertenecen los sujetos en relación. En cuanto que la sociedad ofrece lo que es necesario para realizar la mediación (valores, símbolos, reglas, recursos instrumentales), la relación puede asumir modalidades muy diversas. (p. 44)

Este sociólogo referencia a que la sociedad actúa como ente que regula, así como se analizó previamente que en el lazo social es el Otro simbólico, la interacción entre dos sujetos. Por esto, en tanto el sujeto se considere parte de la sociedad o se sienta incluido dentro de la comunidad (o de un segmento de esta), va a poder tener relaciones en su mayoría *ideales*, dentro de la norma.

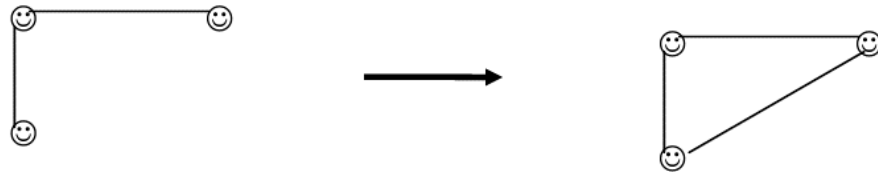
Habrà que considerar que la sociedad tiene un límite en cuanto a la mediación en la relación social, pues los sujetos solo tendrán en cuenta lo que ellos han aprendido lo que es correcto en torno a las reglas, valores, etc. Lo cual, puede que sí o puede que no coincida con las creencias de la otra persona involucrada.

Por otro lado, Zambrano y Powers (2019) consideran que “una relación social se entiende en un nivel meso-sociológico, en donde las acciones verbales y no verbales de los individuos se encuentran insertas en una lógica estructural mucho más amplia” (p. 122). Aquí se alude a que las relaciones sociales van más allá de lo verbal, también lo no verbal parece ser un impacto, que dependiendo de la intención y actitud puede ser positivo o negativo, a la relación. Además, se observa las relaciones como algo que, aunque puede ser personal va a afectar en lo macro. Es decir, cuando se convive en comunidad las relaciones personales también impactan a la sociedad.

Respecto a planteado por los anteriores autores, las relaciones sociales personales impactan a nivel mayor porque forman parte de la sociedad. Es decir, el “origen de una gran parte de las relaciones sociales, (son) contextos colectivos (familias y organizaciones)” (Grosetti, 2009, p. 49). Pero, además hay que tener en cuenta que para crear relaciones sociales debe de haber algo que las propicie, por ejemplo “uno de cuyos aspectos es el compartir intereses comunes” (Grosetti, 2009, p. 56).

Figura 4

Cómo se forman las relaciones sociales



Nota. Elaborado por Michel Grossetti en *¿Qué es una relación social? Un conjunto de mediaciones diádicas*

A partir de que se entiende que la relación social va más allá de dos sujetos interactuando, sino que tienen un contexto y se basan en lo que existe en común entre las personas, se entiende que a partir de *conocidos en común* se pueden construir relaciones sociales. Esta forma de construir las relaciones se evidencia a partir de la Figura 4. Por lo tanto, se entiende que las relaciones se construyen en función de que dos o más personas interactúan y encuentran aspectos o intereses que tienen en común, y desde esto se comienza una serie de conversaciones, donde “al término de las interacciones cada una de ellas adquiere sobre la otra una serie de informaciones que ella toma en cuenta en su propio comportamiento” (Grossetti, 2009, p. 59).

Toda relación social tiene un fin u objetivo, de acuerdo con Garro-Gil (2017) es: “la necesidad de los demás para descubrir y construir la propia identidad . . . el hombre es un ser-con-otro, un ser-en-relación. Esto significa que ya su misma estructura . . . es relacional . . . necesita de los demás y de las relaciones con ellos para su propio desarrollo personal” (párr. 7). Es lo que ya anticipó el psicoanálisis y lo que se topó previamente en este trabajo de investigación. Es decir que, a partir de las demás personas con las que se socializa el ser humano tiene la capacidad de encontrar identificaciones que le permite formar parte de la sociedad.

No habría un sujeto sin un otro que oferte soluciones imaginarias, simbólicas o reales para referenciar al sujeto. Una de este tipo de soluciones, la

simbólica, oferta la posibilidad de inscribir identificaciones, es decir el Otro en el otro, a través de los demás, y va a quedarse con aquellas que resuenen más con él. Por lo tanto, las relaciones brindan posibles identificaciones a los sujetos, lo cual hace que estos sigan buscando construir las, pues les otorga un beneficio. De esta manera, se sigue manteniendo la teoría fundamentada por Izquierdo, que el querer buscar identificaciones en los otros, es lo que mantiene al ser humano en constante construcción de relaciones sociales.

Capítulo 3

Los fenómenos elementales en las relaciones sociales del paciente psicótico

A través de los dos anteriores capítulos se ha podido indagar sobre qué es y qué implica la psicosis. Además, también se revisó cómo funcionan las relaciones sociales en los sujetos.

Es importante recalcar que para el presente trabajo investigativo se evita utilizar el concepto de lazo social. Como ya se ha observado en los capítulos anteriores, el sujeto que está en el lazo social se encuentra en el campo del Otro, no obstante, en el psicótico el Otro se ve alterado porque el Nombre del Padre se encuentra forcluido.

Además, como se postuló anteriormente, Peláez (2017) mencionó que “no hay lazo social sin discurso que incide sobre el goce regulándolo y haciendo posible el lazo” (p. 7). Entonces, a partir de la posición en donde se encuentra el sujeto en los diferentes discursos, es que su goce se encuentra regulado. Pero, el psicótico no se encuentra en ninguno de los cuatro discursos postulados por Lacan.

Por otro lado, se destaca que el sujeto psicótico comienza a producir fenómenos elementales porque “no sabe cómo responder ante esto real, por lo que, podría plantearse que, para la estabilización, ambas estructuras (la neurótica y la psicótica) deliran” (Gallegos, 2018, p. 19). Es decir que, ante aquello que el sujeto no soporta o al no tener los recursos o significantes para afrontar una situación, resulta en un desencadenamiento, que genera fenómenos elementales, a partir de los cuales se trata de buscar la estabilización.

El fenómeno elemental como posibilitador de las relaciones sociales

Los fenómenos elementales serán este intento de respuesta, intento de estabilización, como se ha estado analizando en los anteriores capítulos. Estos

pueden a veces servir para que los sujetos puedan entablar relaciones sociales con otros individuos, teniendo en cuenta que, si bien no todos los fenómenos elementales pueden permitir la construcción de una relación social, existen algunos que sí la posibilitan.

Así mismo, las relaciones sociales pueden ser estabilizadoras, pues pueden permitir ayudar a que ideas y significantes dentro del delirio del sujeto psicótico puedan ir formándose en un significante que lo marque, lo cual puede ayudar al sujeto a estabilizarse.

El fenómeno elemental puede ayudar al psicótico a reinterpretar a las personas a su alrededor, es decir, ya Miller identificó que en el fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad existen delirios “con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño” (Miller, 2006, p. 24). Entonces, si un paciente psicótico llegara en su delirio a interpretar a una persona con la cual tiene algo en común, se puede gestar ahí una relación social. Lo cual, es algo que se desarrolla con viñetas clínicas en el capítulo 5.

Respecto a esto, es importante la manera en que el paciente psicótico percibe a los demás. López (2019) dirá que por eso está:

la importancia de la mirada, la postura, la firmeza y, en definitiva, del semblante, ya que es ahí donde muchas veces se juega la confianza y el trato con el loco. La firmeza, la honestidad, el compromiso y la propia seguridad serán nuestros instrumentos cuando el lenguaje tienda su barrera entre nosotros y el psicótico. (p. 55)

A través de todas estas aristas que López menciona se puede conseguir una buena o mala transferencia con el sujeto psicótico. Lo cual, puede desencadenar en el papel que se juega en el delirio del psicótico, si existe una mala transferencia la otra persona en la relación se puede convertir en un otro perseguidor, no obstante, si es que hay una buena transferencia el otro se puede convertir en una persona con la cual el paciente psicótico quiera construir una relación social.

Incluso, los sujetos psicóticos son capaces de darse un espacio en la sociedad, que es un punto clave que menciona Izquierdo (1996) para construir relaciones: “podría suponerse que ese sentimiento (de formar parte de un todo), de existir, y en tanto se presenta como un sentimiento de pertenencia, fuera la fuerza básica que condujera al establecimiento de las relaciones sociales” (pp. 171 – 172). Por ejemplo, Schreber a partir de sus escritos se dio un lugar en la sociedad, ¿de qué manera?, pues convirtiéndose en un escritor. No obstante, a partir de este caso no se puede decir que desde este significante: escritor, que lo nombra, él pudo formar relaciones sociales.

Por otro lado, para que se pueda pensar en el fenómeno elemental como un posibilitador necesita haber un otro como lo plantea Lacan (2009) “otro (prójimo)” (p. 259), que albergue el discurso del sujeto psicótico. Esto, es algo que si se presta atención a los momentos en que Schreber habla sobre su esposa en *Memorias de un enfermo nervioso*, se puede notar que existe esta acción de oír y albergar el discurso:

He dejado este párrafo inicial como estaba, porque el orientar a mi esposa sobre mis experiencias vividas personales y mis concepciones religiosas ha sido efectivamente el primer motivo para él. (Schreber, 1999, p. 59)

Existe una apertura por parte de la otra persona que está envuelta en la relación social para escuchar lo que el sujeto psicótico menciona. Lo cual, como se postula en el anterior capítulo es importante, pues el ser humano: “necesita de los demás y de las relaciones con ellos para su propio desarrollo personal” (Garro-Gil, 2017, párr. 7). Lo cual, ayudó a Schreber, pues tenía momentos de años, donde no presentaba ninguna crisis.

Si bien no existe lazo social a la manera de la neurosis en la psicosis, se entiende que de alguna forma estos sujetos se pueden relacionar con el otro social. Pues, de sugerir que el psicótico no se puede relacionar, es inferir que este no se comunica de ninguna forma con los otros, lo cual sería un enunciado falso.

Por lo tanto, los fenómenos elementales que le sirvan a los sujetos psicóticos para construir relaciones sociales pueden también servir para una futura estabilización. Es decir, teniendo en cuenta que los fenómenos elementales son un intento de estabilización y que, las relaciones sociales les pueden brindar significantes a través de la palabra del otro o incluso su mirada, puede ser que una unión de ambos posibilite que el paciente psicótico se estabilice a partir de los dos, en un futuro. Entonces, el sujeto no tiene que estar estabilizado para construir una relación social.

El fenómeno elemental como barrera para la construcción de relaciones sociales

A pesar de que en el anterior apartado se analiza al fenómeno elemental como un posibilitador, también se lo debe de analizar desde la perspectiva que puede ser una barrera para la construcción de las relaciones sociales.

Principalmente, porque estas expresiones de la psicosis muchas veces pueden desencadenar en que estos sujetos sean “víctimas . . . de la incompreensión, la sobremedicación, la institucionalización” (López, 2019, p. 55). Lo cual, puede resultar en que ya la sociedad no lo posicione en calidad de sujeto, sino más bien de objeto. Por lo tanto, no habría una manera de que se geste una relación social si es que existe un prejuicio negativo hacia los psicóticos pues “la relación social es la referencia de un sujeto a otro sujeto” (Herrera, 2000, p. 44).

Este tipo de discriminación hacia los psicóticos puede ser la principal razón por su falta de desenvolvimiento en las relaciones sociales. Incluso, es lo que encuentra Cacciuttolo en su investigación: “las personas con psicosis y trastornos psiquiátricos severos aún permanecen como un grupo marginal y temido, siendo esto un obstáculo para un trato más humano hacia ellos” (2018, p. 170). En consecuencia, los neuróticos pueden tener una vista negativa, que segrega, hacia los psicóticos, lo cual se evidencia en estudios como el que se citó anteriormente.

Por otra parte, se encuentra el lado del sujeto psicótico que también puede impedir la relación social debido a sus fenómenos elementales. Pues, en el anterior apartado se mencionó al fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad, el cual puede cambiar la percepción de la identidad que el psicótico tiene sobre otra persona. Esto, también puede incidir de manera negativa, porque el psicótico puede tener delirios persecutorios acerca de la otra persona, dificultando la construcción de la relación social.

Por ejemplo, en el caso Schreber esto se evidencia a partir del delirio persecutorio que construyó sobre Flechsig:

Para instaurar el sueño hace falta luego sólo una cantidad relativamente escasa de Rayos, pero todos estos Rayos tienen que estar reunidos, pues, además de los Rayos divinos propiamente dichos, hay otros derivados (es decir, comandados por almas impuras o probadas, como el alma de Flechsig, etcétera). (Schreber, 1999, p. 122)

Aquí Schreber hace referencia a sus últimos días de una de sus estancias en el hospital de Flechsig, donde siempre pasaba durmiendo. A partir del fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad percibió a su doctor como un *alma impura*. Esto hizo que Schreber lo comenzara a percibir como un enemigo, persona con la cual no se debería relacionar. Por lo cual, este delirio puso un pare a la relación con su doctor, con el cual anteriormente, es decir previo a la construcción del fenómeno elemental, parecía no tener ningún dilema.

Esto indica entonces que, lo que hace que el fenómeno elemental se califique como una barrera que impide la relación social son dos aristas: la falta de conocimiento de los neuróticos sobre la psicosis, lo que hace que se segregue al paciente psicótico y el delirio que puede construir el psicótico en torno a personas con las que interactúa.

En conclusión, la forma en que el paciente psicótico percibe a la otra persona incide de manera significativa en la decisión de construir o no, una relación social. Pues, en tanto el paciente pueda identificar al otro como hostil o

perseguidor, esto impide la relación, pues el sujeto no se sentirá interesado en interactuar con esta otra persona, lo cual es lo que se requiere para formar una relación social. Por otro lado, si el psicótico entiende a otro sujeto como alguien que es parte de algo junto a él, como se lo fundamenta en este capítulo, puede aperturar una relación social.

No obstante, no se puede ignorar también la percepción del otro neurótico, frente al paciente psicótico, pues si es que existe un prejuicio negativo hacia él, también imposibilita una relación, pues no se va a intentar una interacción. Tomando como palabra clave la *interacción*, la RAE (2023) la define como: “acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, personas, agentes, fuerzas, funciones, etc.”. Por consiguiente, si es que no existe la predisposición o el interés de una u otra persona por construir una relación social esta no va a formarse.

Es importante recalcar que, es imposible determinar qué tanto afectan cada una de estas variables en las relaciones sociales del sujeto psicótico, solamente a base de teoría. Razón por la cual, se continúa la investigación a través de lo empírico.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

El presente trabajo investigativo se manejó según el enfoque cualitativo, ya que como nos indica Neill y Cortez (2018): “su propósito es indagar la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema” (p. 75). Lo cual encajó con esta investigación, pues se trató de descomponer en sus elementos teóricos y conceptuales la función de los fenómenos elementales en la construcción de relaciones sociales en los sujetos psicóticos.

Además, “los estudios cualitativos se caracterizan por estar enfocados en los sujetos y sus conductas adoptadas” (Neill & Cortez, 2018, p. 76). Lo cual se alineó con lo propuesto en este trabajo investigativo, que tuvo como enfoque a los sujetos, en este caso los psicóticos y sus conductas adoptadas, que fueron la forma en que construyen relaciones sociales.

Paradigma

Mientras que, el paradigma fue el interpretativo que “toma en cuenta las experiencias para el entendimiento del mundo y reconoce en la configuración de las subjetividades la influencia de aspectos históricos, culturales y sociales” (Beltrán & Ortiz, 2020, p. 9). Esto permitió la apertura que era necesaria para esta investigación, pues se encontraba dirigida a comprender las interacciones de individuos, lo cual se analizó desde la subjetividad de cada uno. Además, a través de esto se intentó ver la influencia de los sujetos en las relaciones sociales y viceversa.

Método

Por otro lado, el método que se usó es el descriptivo, en el que el “propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p. 102). Lo cual es lo que se hizo en esta investigación, describir dos fenómenos: los fenómenos elementales y las relaciones sociales; y cómo han incidido entre ellos.

Técnicas de recolección de información

Respecto a las técnicas que se utilizaron para la recolección de información. Primero, se encuentra la entrevista semiestructurada que:

Exige la elaboración de un guion de preguntas o cuestiones que hay que tratar, es decir, se determina anticipadamente la información que se desea obtener, pero puede incluir cuestiones más abiertas y permite alterar la secuencia de las preguntas según la dinámica de la entrevista. (Ballestín & Fabreges, 2018, p. 135)

Este tipo de entrevista permitió orientar a los psicólogos que fueron entrevistados, pero también dejó un espacio para que ellos expresen su opinión y permitió que se agreguen aristas a la conversación según se consideraba necesario.

También, se realizaron viñetas clínicas, dado que “es una herramienta metodológica que permite la organización, comprensión, reflexión” (Monje & Ortegón, 2016, p. 3). Estas viñetas estuvieron centradas en la construcción de relaciones sociales de los pacientes psicóticos en el Hospital de Salud Mental, para comprender de qué manera esto sucedía.

Así mismo se hizo uso de la revisión documental, que “es la búsqueda de una respuesta específica a partir de la indagación en documento . . . una clasificación documental sería: libros, publicaciones periódicas, impresos,

documentos de archivo, estadísticas . . . etc.” (Baena-Paz, 2014, p.12). Este fue un elemento clave para esta investigación, pues se partió de la teoría para analizar la construcción de relaciones sociales en pacientes psicóticos que se enriqueció con las técnicas de recolección planteadas anteriormente.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó para complementar la técnica de entrevista semiestructurada fue el guión de entrevista, este “consiste en el registro escrito de las preguntas que conforman el instrumento de recolección de los datos” (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017, p. 330). El cual, fue la base con la cual se empezó cada entrevista, fueron una serie de preguntas que obligatoriamente se realizaron a lo largo de las diferentes entrevistas.

Población

La población con la que se trabajó son sujetos psicóticos que se encontraban residentes en el área de psiquiatría en el Hospital de Salud Mental localizado en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

También, se entrevistaron a profesionales que trabajaban en el hospital previamente mencionado, específicamente a cuatro psicólogos, dado que ellos son los que han trabajado junto con los paciente psicóticos en el área de psiquiatría del Hospital de Salud Mental, para asegurar una buena recolección de información.

Tabla 1

Matriz de operalización de variables

Variables	Sub-variables	Definición	Instrumento	Preguntas
Fenómenos elementales	Automatismo mental	“fenómenos de descomposición, despedazamiento, separación, de extrañeza,	Revisión bibliográfica	-

		con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o del dislocamiento espacial” (Miller, 2006, p. 24)		
	Que conciernen al sentido y a la verdad	“experiencias inefables, inexpresables o experiencias de certeza absoluta y, más aún, con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño o, . . . expresiones de sentido o significación personal” (Miller, 2006, p. 24 – 25).	Revisión bibliográfica	-
	Que conciernen al cuerpo	“fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza, con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o del dislocamiento espacial” (Miller, 2006, p. 24).	Revisión bibliográfica	-
Relaciones sociales	La construcción de las relaciones sociales	“La relación social es la referencia de un sujeto a otro sujeto mediada por la sociedad . . . a la que pertenecen los sujetos en relación. En cuanto que la sociedad ofrece lo que es necesario para realizar la mediación (valores, símbolos, reglas, recursos instrumentales), la relación puede asumir modalidades muy diversas” (Herrera, 2000, p. 44)	Entrevista semi estructurada	¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital? ¿Ha visto diferencias entre cómo los pacientes neuróticos y psicóticos construyen relaciones sociales? Si es así ¿cuáles? Desde su experiencia ¿considera usted

				que los fenómenos elementales inciden en la manera en los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales?
	La construcción de las relaciones sociales en los pacientes psicóticos	"La importancia de la mirada, la postura, la firmeza y, en definitiva, del semblante, ya que es ahí donde muchas veces se juega la confianza y el trato con el loco. La firmeza, la honestidad, el compromiso y la propia seguridad serán nuestros instrumentos cuando el lenguaje tienda su barrera entre nosotros y el psicótico" (López, 2019, p. 55)	Entrevista semiestructurada	Desde su experiencia ¿qué diferencias ha visto en los pacientes psicóticos que logran construir relaciones sociales y aquellos que no? ¿Cree usted que los fenómenos elementales en sujetos psicóticos podrían en algunos casos ayudar en la construcción de relaciones sociales, o viceversa, que los fenómenos elementales, en algunos casos impiden la construcción de relaciones sociales? ¿Ha tenido usted una experiencia? por favor relátela

Nota. Elaboración propia

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Es importante recalcar que para el presente trabajo investigativo se evitó utilizar el concepto de *lazo social*. Como ya se ha observado en los capítulos anteriores, el sujeto que está en el lazo social se encuentra en el campo del Otro, no obstante, en el psicótico el Otro se ve alterado porque el Nombre del Padre se encuentra forcluido.

Además, como se postuló anteriormente, Peláez (2017) mencionó que “no hay lazo social sin discurso que incide sobre el goce regulándolo y haciendo posible el lazo” (p. 7). Entonces, a partir de la posición en donde se encuentra el sujeto en los diferentes discursos, es que su goce se encuentra regulado. Pero el psicótico no se encuentra en ninguno de los cuatro discursos postulados por Lacan.

Por esta razón, en el presente capítulo se analizó a través de viñetas clínicas y entrevistas a profesionales acerca de qué manera las relaciones sociales se pudieron ver incididas por los fenómenos elementales en el caso de las psicosis.

Presentación de viñetas

Caso K

Seres de luz

K es un paciente que ha descrito que siente cómo un gusano viaja por su cuerpo y se asoma a veces por su brazo o por su ojo. Además, menciona que Dios le habla específicamente a él para que hable sobre “Dios, nuestro creador”, como a él le gusta decir. Asegura sentir cuando Dios está triste, molesto o feliz

con las personas en la tierra, lo cual puede llevarnos a considerar que puede estar en la estructura de la psicosis.

Un día K, el cual no ha hablado mucho conmigo desde mi llegada al hospital, se me acerca y me dice: “¿si sabe algo?”, a lo que le respondo: “¿qué debería saber?”. K me dice “todos los que estamos aquí somos seres de luz” y procede a señalar a una parte del grupo de personas que se encontraban en ese momento a nuestro alrededor, excluyendo a dos personas con las cuales no hablaba mucho porque él menciona que siempre lo insultaban cuando intentaba hablarles de “nuestro creador”. Esto me generó duda, ¿qué son los seres de luz? Y ¿por qué solo nosotros somos los seres luz?, preguntas a las cuales me respondió: “los seres de luz somos nosotros los pleyadianos, y estamos más cercanos a Dios” y “Solo nosotros somos seres de luz porque somos buenos, somos ángeles”, mientras señala al grupo que anteriormente había reconocido como seres de luz. “Y todos ellos son solo simples humanos”, refiriéndose y señalando a las dos personas que habían sido excluidas anteriormente.

Es importante destacar que K es como una enciclopedia humana, se sabe casi toda la biblia, lo que dicen otras religiones, sabe la cultura de muchos países e incluso las culturas que van “fuera de este mundo”. Se dice que los pleyadianos son seres extraterrestres de luz, y algunas personas aseguran haber tenido contacto con ellos. No obstante, son una raza poco explicada y no muchos creen en ella. Pero esto no limita a K en creer en ellos, porque, aunque es algo extraño a nuestra cultura, él los describe e insiste en su existencia sin duda.

K solía ser una persona que no se acercaba mucho a mí, especialmente porque yo era nueva en la institución, pero también algunos psicólogos me habían comunicado que era porque las mujeres lo ponían en conflicto. Esto se debe a que el paciente a muy corta edad, más o menos a los 8 años, sufrió abuso por parte de una mujer, aunque él casi nunca habla de eso debido a lo traumático del evento, se sabe que es algo que ha distorsionado el concepto que tiene sobre las mujeres. No obstante, a partir del delirio de interpretarme como “un ser de luz, ángel, pleyadiano” le permite dejar de lado el efecto traumático del concepto que

él tiene de la mujer y desde esto pudo comunicarse conmigo de manera más frecuente, siendo él el que me buscaba para conversar.

Días más tarde viene y me comenta que necesita ayuda porque hay una bruja que aparece en su cuarto todas las noches y le dice muchas cosas malas. Tratando de comprender la angustia que surge de esta bruja, le pregunto: ¿a qué te refieres con que te dice cosas malas?, a lo que él me responde: “cosas malas, como que me voy a morir, que me quiere lanzar hechizos”. Al haber hablado con él ya varias veces sé que cree en Dios por sobre todas las cosas y como él ha dicho “Dios está para curar los males de toda la humanidad”. Por lo cual le sugiero que cuando le suceda esto trate de hablar con Dios, pues él lo puede ayudar a deshacerse de esa bruja. K, conforme con la respuesta me sonrió y me dijo: “sí, es verdad, eso voy a hacer”.

En otra interacción K se me acerca y me dice: “estoy triste”, por lo que le pregunto: “¿Por qué? ¿qué pasó?”, él me responde: “es que ya me quiero ir a Machala a mi casa, con mi abuela, con mi tía, pero la casa de allá la vendieron para venir acá a Guayaquil y a mí me pusieron en este hospital, pero yo ya me siento bien y me quiero ir allá”. Machala es la ciudad de donde es el paciente, sobre la cual casi nunca habla, incluso a veces refiere que es de España o de Israel. Por lo cual escucharlo decir todo esto me sorprendió bastante, intentado darle un poco de apoyo le dije: “Entiendo que extrañe estar allá y tal vez cuando vengan su abuela y su tía de visita puede comentarles que quiere ir a visitar Machala y en un momento durante uno de sus permisos puedan ir”. A K se le da permiso para ir ciertos días con su familia a su casa y que pueda compartir con ellos y volver a la rutina de lo que significa estar afuera, estos se acomodan de acuerdo con la disponibilidad de sus familiares. Frente a lo que le dije, el paciente me respondió: “puede ser, pero no creo porque la casa ya se vendió”, seguido de esto me vio y sonrió y luego se empezó a reír.

Caso P

Lector de mentes

P es un paciente que a su vez desempeña funciones como trabajador en el hospital, la mayoría de las conversaciones que he tenido con él, constan de dos interacciones: buenos días y cómo está. Luego de esto él dice: “me tengo que ir a seguir trabajando” o simplemente se va, continuando con su día a día. Hay algunos días donde nos encontramos bastante lejos dentro del hospital y el paciente no me saluda, pero yo tomo la iniciativa y le digo hola de lejos, a partir de esto el me agita la mano en señal de saludo.

Algo importante que tengo que recalcar es que P no es mi paciente, es decir, en el hospital yo no soy su psicóloga designada, pues su psicólogo es aquel que lo atiende semanalmente y se encuentra pendiente de su evolución y comportamiento en el hospital. No obstante, P tiene la libertad de conversar con cualquier psicólogo si es que lo llega a sentir necesario. Sin embargo, hasta ahora a mí no me ha buscado para conversar sobre ningún tema que lo haya llegado a molestar.

Un día esto cambió, porque mientras estaba llegando al hospital, el paciente se me acerca muy emocionado y me dice: “psicóloga si sabe que ahora yo soy su colega”. Esto genera en mí una duda, por lo que le pregunto: “¿cómo así?”, esperando una respuesta de que quiere estudiar psicología o alguna carrera a fin. No obstante, me respondió: “es porque yo también sé leer mentes”. Por lo que yo le pregunté: “¿y usted por qué dice que los psicólogos leemos mentes”, a lo que me respondió: “porque yo he estado leyendo libros y ahí es donde me di cuenta de que yo era uno de ustedes”. Mientras hablábamos de este tema, también me dijo que él podía controlar a las personas con su mente, y que en ese momento yo estaba haciendo lo que él quería, lo cual era detenerme a hablar con él sobre su nueva profesión. Cuando me termina de decir esto termina la conversación con un: “bueno psicóloga pase un buen día, me tengo que ir a seguir trabajando”.

Al siguiente día lo volví a encontrar y esta vez me preguntó acerca de lo que hace un psicólogo, “además de lo de la mente” me dijo. Así que le expliqué: “nosotros hablamos con las personas que lo necesitan, les brindamos un espacio donde se sientan escuchados”, a lo que me responde: “ah ya es como cuando yo pido hablar con J (su psicólogo asignado) y él se queda hablando un buen rato conmigo”. Le digo un simple: “sí así es”, dando por terminada la conversación porque tenía que atender a otro paciente.

Los siguientes días a pesar de no interactuar mucho conmigo, debido al papel que él desempeña en el hospital y que tiene que estar limpiando, se produjo un cambio y es que ahora no solo me saludaba cuando me encontraba cerca, sino que, a pesar de estar lejos, él se acercaba a mí a estrecharme la mano y decirme buenos días.

Luego de unas semanas de estas mini interacciones vi que P se estaba acercando a otros psicólogos, no solo al que a él se le asignó, para preguntarles cosas sobre las cuales tiene preguntas, lo que permitió que a través del fenómeno elemental de que él puede leer mentes y controlar a las personas, considerarse un psicólogo, y construir varias relaciones sociales.

Caso L

Introvertido

L es un paciente que entró al hospital obligado por sus familiares, debido a un diagnóstico de esquizofrenia el cual él niega tener, lo cual causó que él se mostrara agresivo los primeros días de su hospitalización. Es un paciente que se encuentra desencadenado y según la familia refiere “está alucinando bastante”.

Una vez que pude abordar al paciente tuvimos nuestra primera sesión. Le pregunté al paciente algunas cosas básicas como su nombre, su edad, su familia, para conocerlo mejor. Cuando hablamos de su familia él mencionó que fue por decisión de su esposa y de su psiquiatra que lo “encerraron aquí”. El paciente continúa con su discurso y dice: “el psiquiatra me diagnosticó con esquizofrenia

hace ya algunos años, pero yo no creo que tenga eso. Lo único por lo que me metieron en el hospital es porque he tenido unos problemas donde me voy caminando sin rumbo alguno, a veces hasta por horas, pero nada más allá de eso". Decido preguntarle acerca de estas caminatas: "¿cuántas veces ha sucedido esto últimamente?", a lo que el paciente me responde: "este año sólo ocurrió una vez que me fui caminando desde mi casa (Milagro) hacia el terminal terrestre de Guayaquil". El paciente menciona que para él ese recorrido se sintió como unos minutos, e incluso dice: "no me había dado cuenta de que estaba en el terminal hasta que reaccioné, así que cogí un bus de regreso a mi casa". Le pregunté al paciente: "¿y qué sucedió cuando llegó a su casa?". El paciente menciona: "estaba mi esposa preocupada, pero yo no entendía, y ella me explicó que había estado desaparecido por horas y que nadie me encontraba". Añade: "el doctor me dice que eso es a causa de mi enfermedad y que por eso yo deambulo".

Un par de sesiones después hablamos sobre sus aspiraciones, y él menciona que había estudiado un año en la universidad, pero que se retiró por algunos problemas que tuvo. Cuando le pregunté acerca de estos problemas, me mencionó: "simplemente no me acostumbré". No obstante, semanas más tarde me dice: "¿se acuerde que le comenté sobre mis problemas de la universidad? es que yo me mostraba agresivo porque podía escuchar a las personas hablando mal de mí, si yo veía a dos personas hablando y riéndose entre ellas yo podía escuchar y sentir que se reían de mí y eso me hizo que yo incluso me metiera en problemas. El doctor me dijo que eso era producto de mi enfermedad y que eso en realidad no estaba pasando, pero yo no estoy seguro de que le creo". A lo que yo le respondo "bueno si eso pasó entonces habría que trabajar en mejores maneras de abordar una situación donde estén hablando mal de usted porque la agresividad lo puede meter en problemas como en la universidad". El paciente parecía satisfecho con mi respuesta frente a lo que me contó e incluso añadió "por eso tampoco me acerco mucho a nadie, la verdad es que yo soy introvertido, desde que era chiquito no me gustaba hablar mucho con nadie porque luego se podían burlar de mí".

Mientras estamos en terapias grupales yo me dedico a ver el comportamiento de L, noto que él trabaja, mas no comparte con sus compañeros, por lo cual le decido preguntar sobre eso en la sesión: “L, cuénteme ¿cómo así no habla con sus compañeros?, ¿tal vez está relacionado con lo que me contó la otra vez?”, haciendo referencia a su idea de que todos se burlaban de él. Y me respondió “no, en realidad si uno me dice hola yo le devuelvo el saludo, pero igual no quiero hablar mucho con ellos, no me gusta hablar de mi vida privada con personas con las cuales no es necesario. Pero no creo que ellos vayan a hablar mal de mí, antes si lo pensaba, pero con lo que los he oído hablar ya no creo eso”.

A pesar de que L asegura que no cree que vayan a hablar mal de él yo en terapias grupales o en sus tiempos libres me he podido dar cuenta que cuando dos personas o más están hablando él se los queda viendo, como si tratara de adivinar de qué es lo que hablan. Para tratar de no hacerme llevar por mi subjetividad en uno de esos momentos me acerco y le pregunto: “¿cómo está? ¿qué está haciendo que lo veo tan concentrado?”, a lo que me responde “todo bien, solo quiero saber que están hablando allá”.

Después, vuelvo a topar el tema de las caminatas largas sin rumbo alguno que me mencionó cuando recién estábamos empezando a trabajar juntos. Le digo: “usted me había comentado de unas caminatas sin rumbo que suele hacer, cuénteme un poco más sobre esto”. L comienza a relatarme “en realidad es algo que me pasó desde que tenía unos doce años, yo empiezo a caminar y como que no me doy cuenta de lo de mi alrededor, es como si estuviera haciéndolo de manera automática y para mí es como si no pasara el tiempo, yo pienso que son minutos y luego me dicen que han sido horas. La última vez que pasó fue lo que ya le conté, mi esposa se enojó mucho por cómo está el tema de la inseguridad, pero yo me enojé más con ella y le grité para que me dejara en paz”. Por lo cual le pregunto: “¿qué cree que puede estar desencadenando este comportamiento de caminar sin rumbo?”, L me responde: “pues no lo sé, la verdad es algo que solo sucede sin motivo alguno”. Al darme cuenta de que el paciente no podía

elaborar en torno a lo que lo provocaba decidí dirigirlo a otro tema: “¿por qué le gritó a su esposa cuando volvió?”, el paciente me responde: “es que no me gusta que me estén preguntando cosas y ella me estaba reclamando y preguntándome y eso me hizo explotar porque sentí que me estaba criticando”.

Unas sesiones más tarde L finalmente pudo elaborar lo que provocaba sus caminatas sin rumbo y dijo: “La primera vez fue cuando mis papás estaban discutiendo sobre mí, y la más reciente fue luego de que tuve una discusión fuerte con mi esposa”. Y pudimos llegar a una conclusión, no le gusta que se digan “malas cosas” de él, como L plantea. Lo cual llevó a que la esposa considere la separación.

Análisis de viñetas clínicas

Análisis de viñeta clínica: seres de luz

K fue un paciente que se encontraba desencadenado, tenía claros fenómenos elementales que conciernen al sentido y a la verdad, que son “experiencias de certeza absoluta . . . con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño o, lo que se llama en la clínica francesa, expresiones de sentido o significación personal” (Miller, 2006, p. 24). No obstante, esto no le impidió tener deseo de formar relaciones sociales, pero no con todas las personas, hace una selección. Cuando se habla de “selección” se recoge una parte de la viñeta, donde K diferenció entre los seres de luz y los simples humanos, siendo los seres de luz con los cuales eligió interactuar, y construir relaciones sociales.

K, como se señala en la viñeta era una persona que no lograba construir relaciones sociales, tampoco tenía interés en ellas. No obstante, cuando aparece este fenómeno elemental, se genera un deseo en él para entablar relaciones con estas personas que tienen su misma característica ser “ser de luz”. Mientras que, a aquellos que son humanos no les habla, ni tiene deseo de interactuar con ellos.

K nos muestra que, a partir de un fenómeno elemental, a pesar de haber estado desencadenado, pudo formar relaciones sociales, con psicólogos y otros

residentes del hospital, en las interacciones que tuvo el paciente antes de que haya creado el delirio de los “seres de luz” y después de que lo hizo, lo que le brindó una forma de relacionarse con los demás.

Teniendo en cuenta que, los fenómenos elementales son un intento de estabilización y que, las relaciones sociales les pueden brindar significantes a través de la palabra o incluso la mirada del otro, como se ha ido desarrollando en anteriores capítulos, puede ser que ambos puedan servir para una futura estabilización. No obstante, esto no significa que el sujeto debe estar estabilizado para construir relaciones, como ya se evidenció en el caso de K.

Análisis de viñeta clínica: lector de mentes

P se logró apoyar del significante “psicólogo” que le brindó el fenómeno elemental del sentido y la verdad, donde refería que él era psicólogo porque podía leer mentes, para de esta manera poder construir relaciones sociales, en base a la psicología.

Si bien tal vez no se asemejaba a una relación social como la que una persona neurótica puede formar, es importante recalcar que “en cuanto que la sociedad ofrece lo que es necesario para realizar la mediación (valores, símbolos, reglas, recursos instrumentales), la relación puede asumir modalidades muy diversas. (Herrera, 2000, p. 44). Entonces, la relación social que formó este sujeto psicótico es de una modalidad diversa, incluso diferente a la que K pudo llegar a formar. Sin embargo, eso no significa que P no pudo construir una relación social a partir de un fenómeno elemental. Pues, se observó de que P pudo interactuar con más personas a partir de un interés en común, una profesión en común, que fue el resultado de su delirio. Lo cual se alinea con lo que se planteó en la investigación previa, donde se mencionaba que, dado que la sociedad funciona como un ente regulador en las relaciones sociales, los sujetos que se consideren parte de la sociedad, o de un segmento de ella, como en este caso fueron los psicólogos, se pueden construir relaciones sociales.

Análisis de la viñeta clínica: introvertido

El caso L es la contraparte de los dos casos previamente analizados, pues este paciente durante su estancia en el hospital no logró formar relaciones sociales con los demás residentes ni psicólogos.

El fenómeno elemental que le impidió formar relaciones sociales fue el que concierne con el sentido y la verdad, que Miller (2006) señaló que tiene que ver “respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño” (p. 24). Sus ideas paranoicas, donde pensaba que todos podían hablar mal de él si hubiera compartido su vida privada puso una barrera en la interacción, lo cual como ya se ha planteado en anteriores capítulos es la base de la relación social. Pues como refiere la RAE (s.f) la interacción es la: “acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, personas, agentes, fuerzas, funciones, etc.” (definición 1). A pesar de que varios residentes querían hablar con L, él no quería y sólo se remitía a responderles el saludo.

Además, L tenía otro fenómeno elemental: que concierne al cuerpo: “distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o del desplazamiento espacial” (Miller, 2006, p. 24). El cual se daba cuando decían *malas cosas* sobre él, normalmente en discusiones, lo cual también ponía una barrera en el matrimonio que tenía, y que terminó con la esposa queriendo separarse de él, pues él no se mostraba predispuesto a hablar con nadie, ni con su esposa sobre temas privados.

Este caso hizo notar que, a pesar de que en algunos casos como el de K y P los fenómenos elementales pudieron ayudarlos a construir relaciones sociales, existen otros casos como fue el de L, donde la relación social se vio imposibilitada por el fenómeno elemental. Pues, el que L haya percibido a los extraños, incluso a personas que ya conocía como su esposa, como hostiles, que podían potencialmente hablar mal de él le impidió que empiece la construcción de una relación social.

Análisis de las tres viñetas clínicas

Tabla 2

Análisis de resultados de viñetas

Categorías	Subcategorías	Caso K	Caso P	Caso L
Fenómenos elementales	Que conciernen al sentido y a la verdad	“Los seres de luz somos nosotros los pleyadianos, y estamos más cercanos a Dios”. “Solo nosotros somos seres de luz porque somos buenos, somos ángeles”,	“Psicóloga si sabe que ahora yo soy su colega”. “Es porque yo también sé leer mentes”. “Porque yo he estado leyendo libros y ahí es donde me di cuenta de que yo era uno de ustedes”	“Yo me mostraba agresivo porque podía escuchar a las personas hablando mal de mí, si yo veía a dos personas hablando y riéndose entre ellas yo podía escuchar y sentir que se reían de mí y eso me hizo que yo incluso me metiera en problemas”
	Que conciernen al cuerpo	“cómo un gusano viaja por su cuerpo y se asoma a veces por su brazo o por su ojo”		“yo empiezo a caminar y como que no me doy cuenta de lo de mi alrededor, es como si estuviera haciéndolo de manera automática y para mí es como si no pasara el tiempo, yo pienso que son minutos y luego me dicen que han sido horas. La última vez que pasó fue lo que ya le conté, mi esposa se enojó mucho por cómo está el tema de la inseguridad, pero yo me enojé más con ella y le grité para que me dejara en paz”

Relaciones sociales	Relación social a partir del fenómeno elemental	K pudo desarrollar relaciones sociales a partir de interpretar a ciertas personas como seres de luz. Mientras que, a las personas que consideraba solo humanos no les hablaba.	P desarrolló relaciones sociales con los psicólogos al sentirse, a partir de un fenómeno elemental, parte de ellos. Si bien eran relaciones un poco superficiales él interactuaba con los demás.	
	La no relación social			L durante su estancia en el hospital no logró formar relaciones sociales, incluso a partir de su desencadenamiento o su matrimonio se fue deteriorando. Su fenómeno elemental, donde sentía que todos hablaban mal de él causó que se aislara del resto de personas.

Nota. Elaboración propia

Por lo tanto, en los tres casos que se postularon como viñetas clínicas se evidenciaron que existieron fenómenos elementales. Dos de ellos (K y L) tuvieron el fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad, y el que concierne al cuerpo. Sin embargo, solo a L le representaba un problema en su vida el que concierne al cuerpo, pues eran eventos que lo hacían distorsionar el tiempo y no estar en su casa por horas, lo que ya había pasado varias veces en su vida. Mientras que K, este fenómeno se expresaba a través de sensaciones en el cuerpo, lo cual él rara vez mencionaba, lo que puede ser la razón por la cual no impactaba en sus relaciones sociales, pues no era notorio, a menos que él lo conversara.

No obstante, solo dos de tres lograron poder establecer relaciones sociales. Es posible que este resultado esté dado por los tipos de fenómenos elementales que se expresan, pues el fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad tiende a posicionarlos en un lugar donde pudieron encontrar algo en común con un grupo de personas, como en el caso K, que fueron los seres de luz y en el caso P, que fueron los psicólogos, y ayudaron a la construcción de relaciones sociales. Pero, a pesar de tener el mismo tipo de fenómeno elemental en el caso L se caracterizaba por percibir a las otras personas como hostiles o potenciales amenazas, lo cual creó una barrera en él para la interacción con los demás en el hospital.

Por lo tanto, este fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad hace que los psicóticos puedan otorgar un significado a los demás y a sí mismos. A partir del cual los psicóticos comienzan a tener interés en construir relaciones sociales. Esto se asemeja a lo que plantea Izquierdo (1996): “Podría suponerse que ese sentimiento (de formar parte de un todo), de existir, y en tanto se presenta como un sentimiento de pertenencia, fuera la fuerza básica que condujera al establecimiento de las relaciones sociales” (pp. 171 – 172). Pero de una manera diferente, pues el psicótico no es que desea siempre construir relaciones sociales, sino que, desde que interpreta a una persona a través de su delirio él comienza a tener un interés en construir relaciones sociales.

Presentación de resultados de entrevistas semiestructuradas

Se realizó una entrevista semiestructurada a 4 participantes, identificados como P1, P2, P3 Y P4. Las preguntas se construyeron en base a la variable: relaciones sociales.

Variable: relaciones sociales

Subvariable: construcción de relaciones sociales

Las respuestas que se obtuvieron de la pregunta: ¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital?

P1: “Dentro del hospital, como en cualquier institución, las relaciones sociales se arman de la misma manera. O sea, establecen un vínculo a través del diálogo y de esa manera van compartiendo cada vez más y estableciendo un mayor nivel de confianza hasta que llegan a estar en un estado de amistad o incluso, de vez en cuando se refieren a sí mismos como una especie de familia”

P2: “Bueno, entre pacientes en el hospital vamos a hablar estrictamente, del área de psiquiatría. Las relaciones se fomentan bastante en interacción grupal, como aquí en el hospital tenemos ciertas actividades grupales de estimulación cognitiva, terapia de arte, psicoterapia grupal. Esos espacios son muy propicios para mejorar y fomentar la relación de pacientes. Y justamente en estos espacios donde empiezan a haber esas relaciones, tanto en las terapias grupales, donde de pronto hay un tema en común que comparte un paciente y luego otro se ve identificado. Entonces él dice lo que te pasa a ti y a mí también me pasa y empieza esa interacción. Y es bonito porque uno observa que la interacción no solo queda dentro de la interacción de la intervención grupal, sino que luego trasciende y cuando ya uno sale del área uno puede observar que los pacientes se quedan conversando, por ejemplo, del tema de la terapia y se quedan ahí de largo”.

P3: “En el hospital, cuando los pacientes recién ingresan, vienen con urgencia subjetiva. Es decir, hay pacientes que lo demuestran a través de llanto, del grito, hay personas que se aíslan totalmente. En cambio, hay otros pacientes que aparentemente se encuentran bien, pero sencillamente están desbordadas, como el caso de V, que me acuerdo de que yo le pregunté cómo estaba y me dijo, que sí, está muy bien, pero a los 10 minutos ya estaba intentando escaparse. Y bueno, primer contacto que tienen es con sus compañeros de cuarto. Entonces

ya los compañeros también empatizan con esta persona, con el nuevo paciente y les cuentan los problemas. Yo creo que lo principal o lo que les ayuda bastante es la identificación. Como que bueno, “somos los seres dolientes que estamos en el hospital y venimos por una circunstancia que hizo que estemos desbordados”. Ese es el primer contacto con los pacientes o los compañeros de cuarto. Después ya pasan a la terapia grupal, donde también ellos se presentan, dicen el motivo por el cual están en el hospital, y así mismo, o sea, es como que entre ellos se identifican”.

P4: “Dependiendo de cada caso, no se puede generalizar. Sin embargo, al inicio en el proceso de adaptación, es decir los primeros quince días demandan atención por parte de sus familiares, el deseo de querer estar en contacto con ellos ya que en algunas ocasiones no logran sentirse parte del grupo, ni relacionarse con sus pares. Al avanzar su proceso de internamiento, debido al programa terapéutico que se lleva a cabo en el hospital, se propicia la fase de acogida en el que los demás pacientes “acogen” a través de la palabra a quien recién llega, logran tener un sentido de pertenencia, se escuchan frases como “ñaña, ñaño, ustedes son como una familia que he encontrado aquí” entre otros comentarios que dan cuenta del vínculo y la relación que se ha podido formar debido a la identificación que muchas veces tienen entre ellos, se refuerza constantemente “un grupo como red de apoyo”. Muchos de ellos al no tener una red familiar segura ubican al Hospital como “una familia” han existido casos que no han querido ser dados de alta expresando el deseo de continuar en su internamiento”

Las respuestas que se obtuvieron de la pregunta: ¿Ha visto diferencias entre cómo los pacientes neuróticos y psicóticos construyen relaciones sociales? Si es así ¿cuáles?

P1: “Las personas que tienen un trastorno alucinatorio, sea esquizofrenia o de algún otro tipo de brotes psicóticos tienen dificultades en el momento en el que tienen crisis. Esto quiere decir que en el momento en el que están con la

alucinación viva o el delirio vivo, se dificulta un poco la comunicación, el diálogo entre ellos. Pero de cierta forma, esto también genera un poco de nivel de empatía en las personas que no presentan el trastorno alucinatorio, porque ahí pueden de cierta manera como buscar ayudar para esas personas o estar ahí para ellos, porque de todas maneras consideran que es importante establecer un vínculo con ellos y no dejar a nadie atrás. Como digo, son una especie de familia”

P2: “Bueno, los pacientes que no padecen un trastorno alucinatorio, es decir, que no están con cuadro psicótico, episodios psicóticos. Ellos tienden a relacionarse a partir de sus experiencias, de sus vivencias, como son pacientes funcionales, la interacción surge a partir de esto, un poco de mi vida o un poco de cualquier tema que se pueda abordar. En cambio, los pacientes con episodios psicóticos o alucinatorios por la misma condición si se encuentra en ese estado, va a ser muy difícil que empiecen a interactuar con otra persona. Porque al menos si la persona es funcional, el discurso que viene por parte de este cuadro psicótico o alucinatorio no lleva una conexión lógica. Entonces a la otra persona se le va a dificultar entablar un hilo y lo puede escuchar, puede haber algún tipo de “bueno si te escucho, te llamo la atención, pero no te presto atención” o simplemente lo evade; porque interpreta que la otra persona nunca tiene un hilo conductor de lo que se está hablando”.

P3: “Eso yo creo que depende de la singularidad de cada uno. O sea, independientemente de si son neuróticos o psicóticos, cada uno tiene sus herramientas de formar un lazo social con el otro. Bueno, los pacientes psicóticos dependen del delirio. Por ejemplo, hay muchos pacientes que vienen con un delirio en el que encuentran al otro como una amenaza. Entonces, ahí sí se les dificulta crear un lazo. Y también depende de la otra persona, por ejemplo, un paciente psicótico que intenta relacionarse con un paciente neurótico: puede ser que el paciente neurótico se dé cuenta de que el discurso de él no es como el suyo y lo etiqueta y dicen, “está loco”, “No le tomen en cuenta”, también se ponen a la defensiva. Entonces eso también se trabaja acá en el hospital, como que los

pacientes neuróticos también sepan de lo que padece el otro, para que así mismo haya una convivencia sana entre ellos”.

P4: “Se puede mencionar que si existe una diferencia en los pacientes psicóticos al construir sus relaciones sociales. El discurso familiar de los pacientes con psicosis gira en torno a la dificultad que tienen al relacionarse con su entorno, esto por el prejuicio también social que existe, a su vez por los fenómenos elementales que suelen presentarse en el que el paciente ubica al otro como amenazante, no se logra una identificación y sentido de pertenencia en el grupo, al momento de “engancharse” con el otro, intervienen con un discurso de certeza lo que imposibilita un diálogo. En la realidad del Hospital de Salud Mental se observa a los pacientes “neuróticos” acoger a estos pacientes con psicosis desde el cuidado, afectividad, protección, logran, en la medida que pueden y conocen, acoger esa particularidad, sin imponer sus ideales ni pensamientos, no se observa exclusión, constantemente incluyen y “buscan” que ellos logren identificarse y responder como un otro sin características de un sujeto con dicha posición subjetiva”

Subvariable: la construcción de las relaciones sociales en los pacientes psicóticos

Las respuestas que se obtuvieron de la pregunta: Desde su experiencia ¿considera usted que los fenómenos elementales inciden en la manera en los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales?

P1: “De cierta manera, sí, pero al estar dentro de la institución aquí en el hospital, como tienen su medicina regulada, ellos normalmente no están en estado de crisis. Entonces, aunque a veces tienen sus momentos en los que están un poco desregulados o tal vez tienen una conducta un poco más agresiva o tal vez como aislada. No se dificulta tanto porque, como digo, están en esta institución, con los medicamentos. Tal vez si no tuvieran la medicina y todo el

tiempo estuvieran en una especie de crisis, sería imposible establecer un vínculo. Pero de otra manera, así como digo, aquí sí pueden, sí tienen la posibilidad”

P2: “Evidentemente, podría darse el caso que la persona con trastornos alucinatorios pueda empezar a aislarse porque como su diálogo no conecta con las otras personas con trastorno no alucinatorio, entonces puedes sentir que nadie lo entiende, “nadie puede ver lo que yo veo”. Entonces “no puedo hablar con nadie porque no me entienden” y se tiende a quedar. Entonces se le va a dificultar más el poder socializar por la misma razón que no tiene con quien compartir las experiencias que él está viviendo. Entonces eso es importante, como ellos se relacionan es a partir de este mismo discurso, aunque tenga que trabajamos centrarnos siempre en la realidad, pero siempre va a intentar hablarle de algo que tiene desde su percepción. Por ejemplo, tengo un paciente acá en el hospital que siempre el tema con el que intenta interactuar es sobre temas religiosos, empieza a conversar, por ejemplo, “tú te pareces un profeta de la Biblia” o “¿tú has leído la biblia en tal versículo?”. Imagínese que son un paciente que no sea no creyente, le va a chocar eso. Entonces va a dificultar esa barrera por la religión. Entonces eso también se trabaja, que aprendan a entender estas manifestaciones, no como algo que el paciente quiere que tú pienses igual, sino como una forma de que él quiere socializar y quiere al menos hablar de ese tema. Y es importante darle esos espacios para que él pueda tener ese sentido de pertenencia grupal”.

P3: “Sí, sí depende de, o sea, yo creo que depende del contenido, del fenómeno elemental, y también de la persona con la que intenta establecer un vínculo. Por ejemplo, K, me acuerdo de que cuando lo conocí él me dijo: “yo tengo un problema, me crecen los senos”, pero no lo dice de una manera como que está angustiado, sino como que también quiere ver la reacción en el otro. Entonces, ese es el caso de K. Pero en cambio hay otros pacientes que vienen, por ejemplo, con una actitud agresiva o a la defensiva. Entonces, por eso también se puede dificultar”.

P4: “Si, podrán ubicar al otro de acuerdo a su delirio, ya sea este como amenazante/invasivo o el mantener una relación con el otro “pegoteada””.

Las respuestas que se obtuvieron de la pregunta: Desde su experiencia ¿qué diferencias ha visto en los pacientes psicóticos que logran construir relaciones sociales y aquellos que no?

P1: “Bueno, mucho influye en mi experiencia la capacidad de, o sea el deterioro cognitivo que tengan, tal vez si es que tienen algún problema en cuanto al habla, tal vez si es que tienen algún otro problema aparte de la esquizofrenia, como por ejemplo que estén en un momento de crisis o que estén de pronto sintiendo alguna especie de ansiedad, entonces en el momento se cierran y no quieren establecer ningún tipo de vínculos. Pero generalmente si, como digo, estando en el hospital si terminan desarrollando ciertos vínculos, no todos, no con todo el mundo, definitivamente no es que se llevan con todo el mundo, pero hay ciertos pacientes que tienen, por ejemplo, ansiedad o depresión, que logran identificarse tal vez porque encuentran un espacio de confianza dentro de estos pacientes con esquizofrenia que no los vamos a juzgar. Estos pacientes que presentan trastornos alucinatorios cuando están en un estado regulado sin alucinaciones, son bastante receptivos con las personas, entonces igual ofrecen como este espacio tranquilo y por ende terminan los pacientes con alucinaciones, apegándose bastante a ciertos otros pacientes que no presentan alucinaciones como tal, pero que igual son como un ejemplo o un espacio seguro para ellos”.

P2: “Bueno, la clave está entre los que sí y los que no. Hablando propiamente de los pacientes con trastornos alucinatorios es en cómo gestionan y regulan estos síntomas. Por eso se trabaja bastante en la identificación del cuadro. Dentro de mi experiencia, he trabajado con muchos pacientes, por ejemplo, con cuadros de esquizofrenia, trastornos de esquizofrenia, donde se les ha enseñado a identificar los síntomas que se presentan antes de una crisis. El paciente ha aprendido también que dice, me dice por ejemplo “psicólogo, estoy alucinando o estoy viendo tal cosa, necesito medicación o necesito de pronto

hablar con usted”. Y en ese momento es cuando podemos intervenir para poder ayudarlo y guiarlo y que la crisis no llegue hasta un cuadro donde pueda presentarse de pronto autoagresión o agresión a un tercero. Entonces esa es la diferencia que él aprende a gestionar, el paciente con este trastorno alucinatorio puede identificar cuándo suceden los síntomas o cuando está pasando momentos anteriores a una crisis. Y el paciente que no es porque simplemente se deja llevar por la experiencia está viviendo, que es muy vivida en su propia realidad y hace cuadro de crisis. Entonces, el trabajo también está en eso, en poder entrenar al paciente para que pueda detectar estos estados y puede tener esa facilidad para identificar los síntomas”.

P3: “Primero va a depender de la angustia. O sea, si el delirio le produce un monto de angustia significativo, estos pacientes se ponen a la defensiva, se ponen agresivos, o incluso se aíslan de los demás. Depende de eso, y también creo que depende de las fases del desencadenamiento. Por ejemplo, pacientes que tal vez han seguido el tratamiento psiquiátrico, ya vienen en una pre-psicosis, por así decirlo, es decir, no están desencadenados como tal y no se les dificulta tanto relacionarse y es como que, si fuera un neurótico, está estable en ese momento. Entonces, depende yo creo que de la angustia que produce el delirio y también de la fase del desencadenamiento. Si está desencadenado como tal o si está en una pre-psicosis”.

P4: “Desde mi experiencia he podido observar en uno de los pacientes del Hospital de Salud Mental con Dx de esquizofrenia que frente a los momentos de crisis (sentir el cuerpo frágil, pensamientos de muerte, escuchar voces) manifieste el deseo de tener a un compañero a su lado indicando “no me dejen solo, háganme compañía, conversemos”. Este paciente ha logrado en cierta medida buscar al otro en los momentos de crisis, a otro que lo nombra como “tío” a diferencia de otros pacientes que con menor tiempo de estancia hospitalaria se aíslan dándole lugar a su delirio”

Las respuestas que se obtuvieron de la pregunta: ¿Cree usted que los fenómenos elementales en sujetos psicóticos podrían en algunos casos ayudar en la construcción de relaciones sociales, o viceversa, que los fenómenos elementales, en algunos casos impiden la construcción de relaciones sociales?

P1: “Como dices, en algunos casos sí, en algunos casos no. Porque si bien es cierto una persona que no presenta alucinaciones o delirios y no está educada a nivel psicológico, más bien como de teoría o de comprensión sobre la esquizofrenia y otros trastornos que puedan presentar alucinaciones, de pronto ven esto de aquí de manera sesgada, como dicen, de manera errónea: están locos. Entonces, por ende, se alejan un poco, le tienen miedo un poco a los trastornos como estos, porque no logran comprender, es algo que no pueden ver esas personas. Pero personas que ya están acá, que ya han tenido cierto nivel de psicoeducación a través de las terapias, veo que ya se comienzan a abrir a otras posibilidades, comienzan a ver a los pacientes de mejor manera, ya no tan sesgado como : “ah son los locos estos raritos”, sino más bien: “entiendo que tienen una condición, por ende actúan de esta manera, más no es que ellos pidieron ser así”, entonces les abren un espacio que sí permite igualmente establecer un nivel de comunicación y establecer un vínculo”.

P2: “Bueno, yo creo que vuelvo y es buena pregunta, porque ya la he rectificado dos veces. Yo creo que es una barrera, es una barrera, porque la sociedad, al menos aquí ecuatoriana, no está preparada todavía para poder entender estas manifestaciones, entonces no hay que engañarnos. Tanto así que solamente el hecho de que un paciente venga al psicólogo afuera en la sociedad es sinónimo de locura. Y tengo muchos pacientes en mi experiencia clínica que llegan con ese miedo, con esa etiqueta. “Es que yo me demoré para venir porque yo les decía a algunas amigas que venía el psicólogo Y me decían ¿qué estás loca? ¿por qué vas a ir allá? si todo depende de ti y tienes que meterle ganas o ser fuerte” Hablamos de personas funcionales. Ahora imagínese un paciente con un trastorno alucinatorio, psicótico, esquizofrenia, etcétera. No podemos decir

que eso contribuya, al menos en este contexto ecuatoriano, a que facilite las interacciones sociales. Hay que centrarnos en la realidad y hay que, por supuesto, trabajar constantemente para que la población se psicoeduque y aprenda a poder conllevar y convivir con esto porque es algo que no va a desaparecer nunca. Son manifestaciones de la conducta humana, muchos de ellos con antecedente orgánico, genético y también contextuales, que son muy importantes. Entonces sí, hay que trabajar constantemente para educar a la población, pero la realidad es que aquí no favorece en nada que un paciente tenga un cuadro alucinatorio para la socialización. Más bien es una barrera. Pero ese es el trabajo de nosotros, los terapeutas y psicólogos. Poder brindarle herramientas para que él pueda, a través de estas herramientas, socializar y tener una vida más funcional y adaptativa”.

P3: “Sí. En ambos casos. Si se les dificulta y así es como también les ayuda a relacionarse con los demás. Es caso por caso”.

P4: “Los fenómenos elementales podrían ayudar en la construcción de relaciones sociales siempre y cuando haya un otro con la presunción de que hay un sujeto que necesita espacios de escucha y que tiene un saber propio por elaborar”

Las respuestas que se obtuvieron de la pregunta: ¿Ha tenido usted una experiencia? por favor relátela

P1: “He visto un caso en el que está un paciente que tenemos en este momento que presenta un trastorno a nivel del estado anímico, una depresión y una desvalorización muy grande sobre sí mismo. Entonces, este paciente al inicio tuvo bastante problema en cuanto a establecer vínculo dentro de la institución, pero junto a otro paciente que tiene esquizofrenia y aunque él no está constantemente en una crisis, sí presenta constantemente delirios y alucinaciones y un discurso bastante incoherente, pero él de cierta manera se acercó a este otro paciente con depresión y lograron establecer un vínculo y

aunque no es que son los mejores amigos, definitivamente tienen un espacio seguro en el que ellos dos se llevan muy bien y saben que cuentan el uno con el otro”.

P2: “Claro, experiencias hay muchas que pueden ejemplificar cómo la barrera de estos síntomas provoca un aislamiento de parte del paciente. Hay un momento en que el paciente se aísla porque no se siente comprendido ni entendido, y ya ahí es una experiencia que lo va a marcar. Y muchas veces, cuando esta experiencia no marca el trastorno se agudiza, si no hay intervención psicoterapéutica, si no hay tratamiento psicofarmacológico, si no hay un tratamiento interdisciplinario, psicólogo, médico general, médico especialista psiquiatra y todo un equipo que está detrás de esto. Entonces la experiencia particularmente me dice que siempre el paciente que llega con estos estados alucinatorios, principalmente los primeros problemas de dificultades que tienen este nivel de socializar son con la familia. Por eso esa es una parte importante, porque la familia a veces tiende a pensar que al paciente hay que dejarlo aquí, se va y no regresan. O que el paciente es el problema, cuando en realidad también el problema es que ellos no conocen la problemática, no se han informado, no han aprendido cómo responder a esta crisis. Y el primer núcleo familiar, que debería ser el que protege, el que cuida o el espacio de refugio de estos pacientes, se convierte en el núcleo más bien de conflicto. Entonces, si no puede socializar con la familia, imagínese cómo va a ser con personas desconocidas. Se va a tender al aislamiento. Por eso es importante también trabajar la psicoeducación familiar en pacientes con este tipo de trastorno alucinatorio, para que, a partir de ahí, de ese círculo, de ese núcleo, se pueda ir también construyendo una buena relación social del paciente para que vaya practicando con otras personas. Entonces la experiencia siempre está en que es una barrera. Pero el primer punto clave es trabajar desde la familia, porque si no favorecemos que el paciente tenga mejores relaciones con sus familiares, va a ser difícil porque incluso desconocido va para él representa una amenaza”.

P3: “Yo creo que el fenómeno elemental que más se evidencia es el fenómeno concerniente al sentido y la verdad. Porque, por ejemplo, si hay un fenómeno elemental de automatismo mental, ellos no dicen “estoy escuchando una voz”. O en el caso de sentir algo en el cuerpo tampoco lo expresan mucho. Pero, por ejemplo, cuando estamos en terapia grupal y expresan su vivencia, sí se puede evidenciar un fenómeno elemental concerniente al sentido y la verdad. Por ejemplo, en el caso de T, vino con esto de que él era Dios y quería que los demás lo alaben. Entonces, los otros, los otros pacientes, los compañeros, decían: “él lo está haciendo el propósito, él es muy criado”. Entonces, si se le dificultó bastante a T establecer un vínculo con los demás, porque también estaba a la defensiva. Después fue pasando el tiempo y él ya estaba un poco más estable y reconocía que eran delirios, o sea, ya cuando estaba estable, él pudo reconocer, incluso decía: “yo vine acá por un trastorno esquizoafectivo” y en ese momento se disculpaba con los compañeros. Entonces es como que también depende del momento del desencadenamiento, como dije, como que, si está totalmente desencadenado, sí se le dificulta bastante. Pero ya cuando se estabiliza un poco, incluso hay pacientes que pueden reconocer que es un delirio. Y en el caso que el delirio ayuda a los demás, también hay el caso de J. Por ejemplo, él dice que Dios le dio un don, es el de hacer milagros y de predecir el futuro. Y asemeja mucho su vida con la vida de Santa Narcisa de Jesús. Entonces es como con una vida de entrega, de bondad, y eso es lo que transmite a los demás. Ese es un fenómeno concerniente al sentido y la verdad: Dios me envió para ayudar a los demás, y eso es lo que él hace, es lo que demuestra los demás. Ahora, él no lo expone a sus compañeros porque dice así, si los otros saben que yo tengo este don, me van a pedir, me van a pedir que haga milagros. Pero, él sí es bondadoso y todo esto”.

P4: “Sí, yo tengo un paciente de 27 años de edad, con Dx de esquizofrenia con constantes delirios y alucinaciones, institucionalizado desde hace 3 años aproximadamente. No ha sido reconocido por sus padres, ha vivido abandono, violencia intrafamiliar. Abuela y tía paterna son quienes acuden a la institución para visitarlo y entregarle sus pertenencias. Se puede mencionar que al inicio “K”

se aislaba, no lograba relacionarse con su entorno, era ubicado como el “loco” escuchando en el discurso institucional que la “solución” frente a sus “crisis” era el medio de contención física, sin embargo, a lo largo de los años, el discurso institucional hacia él va mejorando (en cierta medida) ubicando al paciente más allá de su Dx lo que ha posibilitado encuentros con enfermeros, compañeros, psicólogos, etc en el que ha tenido constantes espacios libres de escucha acogiendo sus ideas y conocimientos, más no imponiéndole creencias, ideales, etc. Las relaciones sociales que mantiene K en la actualidad en cierta medida son favorables, sus pares lo han ubicado en posición de “persona que necesita ayuda” dicho esto por los pacientes. Se muestran con él tolerables, con una escucha activa la mayor parte del tiempo, aceptando lo que él va elaborando desde su certeza, esta mirada institucional (personal y compañeros) ha logrado que el paciente pida el acompañamiento de ellos frente a sus “crisis” disminuyendo los eventos de agresividad e impulsividad”.

Análisis de resultados de entrevistas

Variable: relaciones sociales

Subvariable: la construcción de las relaciones sociales

De acuerdo con la pregunta realizada: ¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital?, se obtuvo:

Todos los participantes estuvieron de acuerdo que el inicio de las relaciones sociales dentro del hospital empieza por medio de la interacción entre los pacientes: “establecen un vínculo a través del diálogo y de esa manera van compartiendo cada vez más y estableciendo un mayor nivel de confianza” (P1); “Las relaciones se fomentan bastante en interacción grupal, como aquí en el hospital tenemos ciertas actividades grupales de estimulación cognitiva, terapia de arte, psicoterapia grupal. Esos espacios son muy propicios para mejorar y fomentar la relación de pacientes” (P2); “primer contacto que tienen es con sus

compañeros de cuarto. Entonces ya los compañeros también empatizan con esta persona, con el nuevo paciente y les cuentas los problemas” (P3).

Por otro lado, también se localiza la identificación como un punto que propicia la construcción de relaciones sociales: “hay un tema en común que comparte un paciente y luego otro se ve identificado. Entonces él dice lo que te pasa a ti y a mí también me pasa” (P2); “creo que lo principal o lo que les ayuda bastante es la identificación. Como que bueno, “somos los seres dolientes que estamos en el hospital y venimos por una circunstancia que hizo que estemos desbordados” (P3).; “los demás pacientes “acogen” a través de la palabra a quien recién llega, logran tener un sentido de pertenencia, se escuchan frases como “ñaña, ñaño, ustedes son como una familia que he encontrado aquí” entre otros comentarios que dan cuenta del vínculo y la relación que se ha podido formar debido a la identificación que muchas veces tienen entre ellos (P4).

Análisis. Es importante resaltar que la identificación desde lo que hablaron los psicólogos se la consideró importante para las construcciones de relaciones sociales, sobre todo desde lo que postuló Freud (1992):

La empatía nace sólo de la identificación, y la prueba de ello es que tal infección o imitación se establece también en circunstancias en que cabe suponer entre las dos personas una simpatía preexistente todavía menor que la habitual entre amigas de pensionado (p. 101).

Por lo tanto, se destacaron dos aristas importantes en cómo los pacientes en el hospital construyen relaciones sociales, primero, que haya una interacción mutua y segundo, que pueden identificarse con el otro, incluso a veces haciéndolo a través de palabras relacionadas a la familia.

A partir de la pregunta: ¿Ha visto diferencias entre cómo los pacientes neuróticos y psicóticos construyen relaciones sociales? Si es así ¿cuáles? Se obtuvo:

Dos participantes consideraron que las crisis que puede llegar a tener un paciente psicótico es lo que más lo diferencia de un neurótico, pues eso puede no hacerlos encajar con los demás: “en el momento en el que están con la alucinación viva o el delirio vivo, se dificulta un poco la comunicación, el diálogo entre ellos” (P1); “ellos (los neuróticos) tienden a relacionarse a partir de sus experiencias, de sus vivencias . . . El discurso que viene por parte de este cuadro psicótico o alucinatorio no lleva una conexión lógica. Entonces a la otra persona se le va a dificultar entablar un hilo” (P2).

En cambio, otra profesional señaló que más que diferencias por la estructura psíquica del paciente, va a depender de los recursos que cada uno tenga: “yo creo que depende de la singularidad de cada uno. O sea, independientemente de si son neuróticos o psicóticos, cada uno tiene sus herramientas de formar un lazo social con el otro” (P3).

Pero, algo en lo que todos coincidieron es que la forma en que los pacientes neuróticos reaccionan frente a los delirios de los pacientes psicóticos incide en la manera en que se construyen relaciones sociales: “el momento en el que están con la alucinación viva o el delirio vivo, se dificulta un poco la comunicación, el diálogo entre ellos.” (P1); “el discurso que viene por parte de este cuadro psicótico o alucinatorio no lleva una conexión lógica. Entonces a la otra persona se le va a dificultar entablar un hilo y lo puede escuchar, puede haber algún tipo de “bueno si te escucho, te llamo la atención, pero no te presto atención” o simplemente lo evade; porque interpreta que la otra persona nunca tiene un hilo conductor de lo que se está hablando” (P2); “un paciente psicótico que intenta relacionarse con un paciente neurótico: puede ser que el paciente neurótico se dé cuenta de que el discurso de él no es como el suyo y lo etiqueta y dicen, “está loco”, “No le tomen en cuenta”, también se ponen a la defensiva” (P3); “el discurso familiar de los pacientes con psicosis gira en torno a la dificultad

que tienen al relacionarse con su entorno, esto por el prejuicio también social que existe” (P4).

Análisis. Entonces, la mayor diferencia entre cómo construyen relaciones sociales los pacientes psicóticos y los neuróticos, fueron las crisis en los psicóticos, entendiéndola como el momento donde el paciente se encuentra con los fenómenos elementales exacerbados. Lo cual, hizo que surja otro tema que dificulta la relación social para los psicóticos, el cual es, la reacción y los pensamientos que tienen otros pacientes al momento de ver u oír a un paciente psicótico mientras está delirando.

Subvariable: Las relaciones sociales en los sujetos psicóticos.

A partir de la pregunta: Desde su experiencia ¿considera usted que los fenómenos elementales inciden en la manera en los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales? Se obtuvo:

A pesar de que todos estuvieron de acuerdo en que inciden los fenómenos elementales en la manera en que los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales, dos de los participantes consideraron que los fenómenos elementales pueden causar que los pacientes psicóticos se aislen, por la reacción de los demás participantes frente a sus delirios: “aunque a veces . . . tal vez tienen una conducta un poco más agresiva o tal vez como aislada. No se dificulta tanto porque, como digo, están en esta institución, con los medicamentos. Tal vez si no tuvieran la medicina y todo el tiempo estuvieran en una especie de crisis, sería imposible establecer un vínculo” (P1); “Evidentemente, podría darse el caso que la persona con trastornos alucinatorios pueda empezar a aislarse porque como su diálogo no conecta con las otras personas con trastorno no alucinatorio, entonces puedes sentir que nadie lo entiende, “nadie puede ver lo que yo veo”. Entonces “no puedo hablar con nadie porque no me entienden” y se tiende a quedar” (P2).

No obstante, dos participantes señalaron que la manera en que inciden los fenómenos elementales dependerá: “Sí, sí depende de, o sea, yo creo que depende del contenido, del fenómeno elemental, y también de la persona con la que intenta establecer un vínculo” (P3); “Sí, podrán ubicar al otro de acuerdo a su delirio, ya sea este como amenazante/invasivo o el mantener una relación con el otro “pegoteada” (P4).

Análisis. Los fenómenos elementales sí inciden en sus relaciones sociales, puede impactar de manera negativa o positiva. De manera específica se destaca nuevamente, la postura de la otra persona ante el paciente psicótico. Puesto que, si no existe otro que lo escuche no podrá existir una relación social.

A partir de la pregunta: Desde su experiencia ¿qué diferencias ha visto en los pacientes psicóticos que logran construir relaciones sociales y aquellos que no? Se obtuvo:

En esta pregunta los participantes señalaron varias diferencias entre aquellos pacientes psicóticos que pueden formar relaciones sociales y aquellos que no. Por un lado, un participante destacó otros diagnósticos como algo que impide que los pacientes psicóticos formen relaciones sociales: “mucho influye . . . el deterioro cognitivo que tengan, tal vez si es que tienen algún problema en cuanto al habla, tal vez si es que tienen algún otro problema aparte de la esquizofrenia, como por ejemplo que estén en un momento de crisis o que estén de pronto sintiendo alguna especie de ansiedad, entonces en el momento se cierran y no quieren establecer ningún tipo de vínculos” (P1).

Por otro lado, el segundo participante señala que en influyen las crisis, lo síntomas que causan esas crisis y cómo los pacientes reaccionan frente a ellas: “es en cómo gestionan y regulan estos síntomas. Por eso se trabaja bastante en la identificación del cuadro . . . Y en ese momento es cuando podemos intervenir para poder ayudarlo y guiarlo y que la crisis no llegue hasta un cuadro donde pueda presentarse de pronto autoagresión o agresión a un tercero. Entonces esa

es la diferencia que él aprende a gestionar, el paciente con este trastorno alucinatorio puede identificar cuándo suceden los síntomas o cuando está pasando momentos anteriores a una crisis. Y el paciente que no es porque simplemente se deja llevar por la experiencia está viviendo, que es muy vivida en su propia realidad y hace cuadro de crisis” (P2).

Mientras que, el tercer participante señala que lo que diferencia a aquel paciente psicótico que no puede relacionarse entre los que sí es la angustia y la fase del desencadenamiento en que se encuentra: “va a depender de la angustia. O sea, si el delirio le produce un monto de angustia significativo, estos pacientes se ponen a la defensiva, se ponen agresivos, o incluso se aíslan de los demás. Depende de eso, y también creo que depende de las fases del desencadenamiento. Por ejemplo, pacientes que tal vez han seguido el tratamiento psiquiátrico, ya vienen en una pre-psicosis . . . no están desencadenados como tal y no se les dificulta tanto relacionarse y es como que, si fuera un neurótico, está estable en ese momento” (P3).

Y, otra participante señala que los diferencia el tiempo de estancia y cómo interpreta a los demás: “frente a los momentos de crisis (sentir el cuerpo frágil, pensamientos de muerte, escuchar voces) manifieste el deseo de tener a un compañero a su lado indicando “no me dejen solo, háganme compañía, conversemos”. Este paciente ha logrado en cierta medida buscar al otro en los momentos de crisis, a otro que lo nombra como “tío” a diferencia de otros pacientes que con menor tiempo de estancia hospitalaria se aíslan dándole lugar a su delirio” (P4).

Análisis. Por lo tanto, de esta pregunta surgen cuatro aristas que, de acuerdo con los psicólogos, influyen en si es que un paciente psicótico construye relaciones sociales o no. Las aristas son: diagnósticos de trastornos mentales, las crisis, la angustia, la fase del desencadenamiento y cómo interpreta los demás. Pues, dependiendo de cada una de estas puede ser que construyan o no relaciones.

A partir de la pregunta: ¿Cree usted que los fenómenos elementales en sujetos psicóticos podrían en algunos casos ayudar en la construcción de relaciones sociales, o viceversa, que los fenómenos elementales, en algunos casos impiden la construcción de relaciones sociales? Se obtuvo:

Dos psicólogos mencionaron que los fenómenos elementales en algunos casos pueden impedir la construcción de relaciones sociales, catalogando como razón principal a la persona neurótica con la cual el paciente psicótico muchas veces interactúa: “una persona que no presenta alucinaciones o delirios y no está educada a nivel psicológico, más bien como de teoría o de comprensión sobre la esquizofrenia y otros trastornos que puedan presentar alucinaciones, de pronto ven esto de aquí de manera sesgada, como dicen, de manera errónea: están locos. Entonces, por ende, se alejan un poco, le tienen miedo un poco a los trastornos como estos, porque no logran comprender” (P1); “Es una barrera, porque la sociedad, al menos aquí ecuatoriana, no está preparada todavía para poder entender estas manifestaciones . . . Tanto así que solamente el hecho de que un paciente venga al psicólogo afuera en la sociedad es sinónimo de locura. Y tengo muchos pacientes en mi experiencia clínica que llegan con ese miedo, con esa etiqueta. “Es que yo me demoré para venir porque yo les decía a algunas amigas que venía el psicólogo Y me decían ¿qué estás loca? ¿por qué vas a ir allá? si todo depende de ti y tienes que meterle ganas o ser fuerte” Hablamos de personas funcionales. Ahora imagínese un paciente con un trastorno alucinatorio” (P2).

Mientras que, cuando se habla de si es que ayudan estos fenómenos elementales un participante señaló que sí ayudan, pero si existe la psicoeducación: “personas que ya están acá, que ya han tenido cierto nivel de psicoeducación a través de las terapias, veo que ya se comienzan a abrir a otras posibilidades, comienzan a ver a los pacientes de mejor manera, ya no tan sesgado como : “ah son los locos estos raritos”, sino más bien: “entiendo que tienen una condición, por ende actúan de esta manera, más no es que ellos pidieron ser así”, entonces les abren un espacio que sí permite igualmente

establecer un nivel de comunicación y establecer un vínculo” (P1). Sin embargo, esta respuesta no hablaría de una incidencia en sí de los fenómenos elementales en las relaciones sociales, sino que, más bien se habló desde la perspectiva del otro en la relación.

Por último, dos participantes señalaron que depende del caso, hay veces donde ayuda y hay veces donde no: “Sí. En ambos casos. Si se les dificulta y así es como también les ayuda a relacionarse con los demás. Es caso por caso” (P3). “Los fenómenos elementales podrían ayudar en la construcción de relaciones sociales siempre y cuando haya un otro con la presunción de que hay un sujeto que necesita espacios de escucha y que tiene un saber propio por elaborar” (P4).

Análisis. De modo que, habría que analizar el caso por caso. Pues las respuestas apuntan a que existen variables tanto en el propio psicótico como en las personas a su alrededor, que determinan si el sujeto psicótico construye relaciones sociales.

En la última pregunta: ¿Ha tenido usted una experiencia? por favor relátela, se obtuvo:

Todos los participantes señalaron que han tenido una experiencia dónde han visto la incidencia de los fenómenos elementales en las relaciones sociales en los pacientes psicóticos. Pero, dos de ellos señalan a los fenómenos elementales como algo que pudo ayudar a construir relaciones, de acuerdo con su experiencia: “este paciente al inicio tuvo bastante problema en cuanto a establecer vínculo dentro de la institución, pero junto a otro paciente que tiene esquizofrenia y aunque él no está constantemente en una crisis, sí presenta constantemente delirios y alucinaciones y un discurso bastante incoherente, pero él de cierta manera se acercó a este otro paciente con depresión y lograron establecer un vínculo” (P1); “hay el caso de J. Por ejemplo, él dice que Dios le dio un don, es el de hacer milagros y de predecir el futuro. Y asemeja mucho su vida con la vida de Santa Narcisa de Jesús. Entonces es como con una vida de

entrega, de bondad, y eso es lo que transmite a los demás. Ese es un fenómeno concerniente al sentido y la verdad: Dios me envió para ayudar a los demás, y eso es lo que él hace, es lo que demuestra los demás. Ahora, él no lo expone a sus compañeros porque dice así, si los otros saben que yo tengo este don, me van a pedir, me van a pedir que haga milagros. Pero, él sí es bondadoso y todo esto” (P3).

Mientras que, un psicólogo identificó una experiencia donde el fenómeno elemental impidió que se formen relaciones sociales, centrándolo en el lado de la familia como primera relación social que construye el sujeto: “Y el primer núcleo familiar, que debería ser el que protege, el que cuida o el espacio de refugio de estos pacientes, se convierte en el núcleo más bien de conflicto. Entonces, si no puede socializar con la familia, imagínese cómo va a ser con personas desconocidas. Se va a tender al aislamiento. Por eso es importante también trabajar la psicoeducación familiar en pacientes con este tipo de trastorno alucinatorio, para que, a partir de ahí, de ese círculo, de ese núcleo, se pueda ir también construyendo una buena relación social del paciente para que vaya practicando con otras personas” (P2).

Por otro lado, una psicóloga señaló una experiencia donde el fenómeno elemental que concierne al sentido y la verdad no permitió que el sujeto psicótico formara relaciones sociales: “en el caso de T, vino con esto de que él era Dios y quería que los demás lo alaben. Entonces, los otros, los otros pacientes, los compañeros, decían: “él lo está haciendo el propósito, él es muy criado”. Entonces, si se le dificultó bastante a T establecer un vínculo con los demás, porque también estaba a la defensiva” (P3).

Mientras que, otra psicóloga indicó una evolución de un paciente, que a partir de que le dieron un lugar, pudo construir relaciones sociales: “se aislaba, no lograba relacionarse con su entorno, era ubicado como el “loco” escuchando en el discurso institucional que la “solución” frente a sus “crisis” era el medio de contención física, sin embargo . . . el discurso institucional hacia él va mejorando (en cierta medida) ubicando al paciente más allá de su Dx lo que ha posibilitado

encuentros con enfermeros, compañeros, psicólogos, etc. en el que ha tenido constantes espacios libres de escucha acogiendo sus ideas y conocimientos, más no imponiéndole creencias, ideales, etc. Las relaciones sociales que mantiene K en la actualidad en cierta medida son favorables, sus pares lo han ubicado en posición de “persona que necesita ayuda” dicho esto por los pacientes. Se muestran con él tolerables, con una escucha activa la mayor parte del tiempo, aceptando lo que él va elaborando desde su certeza, esta mirada institucional (personal y compañeros) ha logrado que el paciente pida el acompañamiento de ellos frente a sus “crisis” disminuyendo los eventos de agresividad e impulsividad”

Análisis. En la entrevista se puede notar que existe incidencia de los fenómenos elementales en las relaciones sociales de los pacientes psicóticos, teniendo en cuenta que por testimonio de los psicólogos han sido positivos y negativos, de acuerdo con el caso. Además, se encontró que el fenómeno elemental del sentido y la verdad es el que más incide en las relaciones sociales, pues es el más verbalizado y que se demuestra más en los pacientes psicóticos. También, se evidenció que la relación social puede servir como un futuro estabilizador, de acuerdo con el último caso que fue planteado.

Análisis General

A partir de las entrevistas se pudo encontrar en lo empírico lo planteado durante la teoría, especialmente la apertura que tienen las demás personas dentro del hospital hacia los fenómenos elementales que exteriorizan los pacientes psicóticos.

Como expusieron los psicólogos en las entrevistas, los neuróticos muchas veces catalogaban a los pacientes psicóticos como *locos*, lo cual resultaba en que ellos se aislen, no por decisión propia, sino que los segregaban de las interacciones. Lo cual es algo que ha sido previamente elaborado en esta investigación. No obstante, esto no es lo único que hace recurrir a los pacientes

psicóticos al aislamiento, pues en la viñeta clínica de L se pudo constatar que debido al contenido de su fenómeno elemental que concierne al sentido y a la verdad él terminó aislándose de todos, pues pensaba que los demás pacientes podrían hablar mal de él.

Por otro lado, se observó a través de las viñetas y se evidenció a partir de los psicólogos que las relaciones sociales creadas desde los fenómenos elementales son posibles, a pesar de que no son fáciles de construir y por eso a veces se postulan como barreras.

Se demostró a partir de estas dos técnicas de recolección de información que, a pesar de que, el paciente con estructura psicótica esté por fuera del lazo social, sigue queriendo formar relaciones sociales, aunque no todos. Se pudo encontrar una similitud entre las dos viñetas planteadas y en las vivencias que compartieron los psicólogos y eso fue la sensación de pertenencia. Como postuló Izquierdo (1996): “Podría suponerse que ese sentimiento (de formar parte de un todo), de existir, y en tanto se presenta como un sentimiento de pertenencia, fuera la fuerza básica que condujera al establecimiento de las relaciones sociales” (pp. 171 – 172). Porque, desde los fenómenos elementales los pacientes psicóticos se colocaron como parte de un grupo de la sociedad, en el caso de K los seres de luz, en el caso de P los psicólogos, en el caso de J los santos. Y partiendo de ese significativo, ellos encontraron un interés en socializar, en construir relaciones sociales.

CONCLUSIONES

Se parte con la idea de que toda estructura psíquica se forma a partir de la insondable decisión del ser y la contingencia, siendo la psicosis una de estas estructuras. La forclusión es el mecanismo de la psicosis, donde se rechaza al Nombre del Padre, generando un hueco en el registro de lo simbólico, lo cual deja al sujeto con pocas respuestas al ser, y si éstas llegan a no ser suficientes, el psicótico puede entrar en un desencadenamiento. Esto, hace que el sujeto construya fenómenos elementales, siendo una forma de intentar responder a la falta en ser, de intentar estabilizarse.

En la psicosis, a pesar de no poder formar lazos sociales, debido a lo propio de su estructura, sí construyen relaciones sociales, interactuando con el otro. Este otro le puede brindar significantes al psicótico que lo ayudan a nombrarse, por lo cual, que estos sujetos puedan construir relaciones sociales se hace incluso más importante.

Pero, se necesita recalcar que la manera en que el psicótico percibe al otro va a incidir de manera significativa en la construcción de las relaciones sociales. Teniendo en cuenta que en la estructura psicótica es fácil que el otro se vuelva un otro perseguidor, y el psicótico rechace toda interacción con este. Pero, este también se puede volver otro que lo haga sentir perteneciente a algo y lo ayude, como se plantea previamente, a nombrarse.

Por otro lado, los fenómenos elementales pueden interpretarse, por personas neuróticas que no logran comprender el contenido de estos, como algo de lo cual se tienen que mantener alejados, pues existen prejuicios en torno a las personas con estructura psicótica. No obstante, cuando hay un espacio donde el paciente psicótico puede desenvolverse sin prejuicios, es más probable que a partir de delirios pueda buscar su lugar en la sociedad y construya relaciones sociales. Pero, esto no significa que todos los psicóticos con todos los fenómenos elementales pueden construir relaciones sociales.

A través de la presente investigación de cómo los fenómenos elementales inciden en las relaciones sociales de los sujetos psicóticos, se ha analizado que no es nuevo que los psicóticos a través de sus fenómenos elementales

construyan relaciones, se lo ha visto en el caso de Schreber, no sólo desde los vínculos que se leen en sus escritos, sino que a partir de sus libros también se crea un espacio dentro de la sociedad. Este lugar en la sociedad es importante, pues de ahí se construyen las relaciones, nace el interés por formarlas. Este proceso, también se puede percibir a partir de las viñetas clínicas y los resultados de las entrevistas a psicólogos del Hospital de Salud Mental.

Un elemento importante, que permite que los fenómenos elementales ayuden a la formación de relaciones sociales, es un lugar físico y con personas que permitan que el psicótico se pueda desenvolver sin ser juzgado, en posición de sujeto. A partir de lo cual, puede construir fenómenos elementales que conciernen al sentido y a la verdad, que lo anuden a ciertos significantes que le den un espacio en la sociedad. Sin embargo, esto no siempre ocurre, y es cuando los fenómenos elementales se pueden volver una barrera, pues las demás personas, neuróticas, no conocen acerca de la psicosis y ante lo desconocido, se asustan y segregan a los psicóticos al no poder comprenderlos, lo cual limita sus interacciones con las demás personas que forman parte de la sociedad.

Por lo cual se concluye que, es necesario que los neuróticos entiendan la posición del sujeto psicótico, y se les habilite formar parte de la sociedad sin ser juzgados ni segregados. Además, al tener eso, varios psicóticos, a pesar de estar desencadenados, pueden utilizar el fenómeno elemental como recurso para formar relaciones sociales, como se ha encontrado a través de esta investigación que es una opción viable para ellos.

REFERENCIAS

- Andrade-Vera, M., Cadena-Vizueté, M., & Cabascango-Guamá, M. (2018). Cuidado Integral al paciente diagnosticado con esquizofrenia en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad"* 2(2), 36-45. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/download/91/280/494>
- Argüello, M. (2016). *Estructura y desencadenamiento en la Psicosis* [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar de la Plata]. Repositorio Institucional de la Universidad de Mar de la Plata. <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/496/0201-2.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Baena-Paz G. (2014). *Metodología de la investigación: serie integral por competencias*. Grupo Editorial Patria. <https://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074384093.pdf>
- Ballestín, B. & Fabregues, S. (2018). *La práctica de la investigación cualitativa en ciencias sociales y de la educación*. Editorial UOC.
- Beltrán, S., & Ortiz, J. (2020). Los paradigmas de la investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 11(21), 1–18. <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/717/2573>
- Cacciuttolo, P. (2018). El significado de vivir con esquizofrenia. *Psiquiatría y Salud Mental* 35(4), 169-177. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1000104/4-significado-de-vivir-con-eqz-p-cacciuttolo.pdf>
- Chemama, R. (Ed.). (1996). *Diccionario del psicoanálisis*. (Larousse Bordas 1996 ed.) Amorrortu Editores. <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/diccionario-del-psicoanc3a1lisis-roland-chemama.pdf>
- De Battista, J., Campodónico, N., & Kopelovich, M. (2019). Posiciones de las psicosis en los social: efectos subversivos y efectos calculados en los discursos establecidos. *Desde el Jardín de Freud* 20(1), 239-257. <https://doi.org/10.15446/djf.n20.90182>
- Degnan, A., Berry, K., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N., & Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 53(1), 873–888. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1552-8>

- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.
- Ferrari, H. (2021). Lazo Social. Revistando psicología de las masas y análisis del yo. *Psicoanálisis*, 43(2), 137-166. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2021/11/12.-FERRARI.pdf>
- Freud, S. (1992). *Obras completas* (2da ed., Vol. 19). Amorrortu editores. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_57c42ae56e1df.pdf
- Freud, S. (1992). *Obras completas* (2da ed., Vol. 18). Amorrortu editores. https://proletarios.org/books/Freud-Tomo_XVIII.pdf
- Gallegos, S. (2018). *Los fenómenos elementales para el diagnóstico diferencial de la psicosis desde el marco conceptual psicoanalítico* [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10383/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-142.pdf>
- Garro-Gil, N. (2017). Relación, razón relacional y reflexividad: tres conceptos fundamentales de la sociología relacional. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(3), 633-660. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032017000300633
- Green, M., Horan, W., Lee, J., McCleery, A., Reddy, L., & Wynn, J. (2018). Social Disconnection in Schizophrenia and the General Community. *Schizophrenia Bulletin* 4(2), 242-249. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbx082>
- Grosetti, M. (2009). ¿Qué es una relación social? Un conjunto de mediaciones diádicas. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 6(2), 44-62. http://revista-redes.rediris.es/pdf-vol16/vol16_2e.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Interamericana editores. <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodología-de-la-Investigación-SAMPIERI.pdf>
- Herrera, M. (2000). La relación social como categoría de las ciencias sociales. *Revista Española de Investigación Sociológicas*, 90(1), 37-77. https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_090_04.pdf
- Izquierdo, M. (1996). El vínculo social: una lectura sociológica de Freud. *Papers*, 50(1), 165 - 207. <https://papers.uab.cat/article/view/v50-izquierdo/pdf-es>
- Lacan, J. (1956). *El Seminario: Libro 3. Las psicosis*. Paidós. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5a500a804ca8a.pdf

- Lacan, J. (2009). *Escritos 1*. Siglo XXI editores.
- López, J.M. (2019). *La cuestión de la transferencia en la psicosis* [Tesis de maestría, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid. [https://eprints.ucm.es/id/eprint/59747/1/La-cuestión-de-la-transferencia-en-la-psicosis-\(TFM\).pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/59747/1/La-cuestión-de-la-transferencia-en-la-psicosis-(TFM).pdf)
- Marmolejo, V. (2019). *Estudio del lazo social en dos mujeres psicóticas: “efectos subjetivos de la realización de talleres psicoterapéuticos grupales a través del arte en mujeres psicóticas”* [Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio institucional de la Universidad de San Buenaventura. <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/923df967-bcaa-4450-be50-5fcc4b1018e2/content>
- Michilena, D. (2018). *El goce en la psicosis: ser-todo en el goce* [Disertación de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16002/Disertación-Daniela-Nathaly-Michilena-Proaño.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Millas, D. (2015). *El psicoanálisis pensado desde la psicosis*. Grama.
- Miller, J. (2014). *Un esfuerzo de poesía*. Paidós.
- Monje, D., & Ortigón, M. (2016, 23-25 de noviembre). *Una propuesta de viñeta clínica sobre la infancia de Jim Graham, estudio de caso ficcional* [Presentación de escrito]. *Infancia y violencia: escenas de un drama*, Bogotá. http://www.tramayfondo.com/actividades/viii-congreso/comunicaciones/com15_8congreso_infancia-y-violencia.pdf
- Naciones Unidas Ecuador. (2023). *Acercas de nuestro trabajo para los objetivos de desarrollo sostenible en Ecuador*. <https://ecuador.un.org/es/sdgs>
- Neill, D., & Cortez, L. (2018). *Procesos y fundamentos de la investigación científica*. Ediciones UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14232/1/Cap.4-Investigación-cuantitativa-y-cualitativa.pdf>
- Peláez, G. P. (2011). El sujeto y el lazo social en el psicoanálisis. *Revista Affectio Societatis*, 8(15), 2-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/10796/9970>
- Puche, R. (1971). Lacan: lenguaje e inconsciente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3(2), 167–181. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80503203.pdf>

- Real Academia Española. (s.f). Insondable. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 21 de junio de 2023, de <https://dle.rae.es/insondable?m=form>
- Real Academia Española. (s.f). Interacción. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 31 de julio de 2023, de <https://dle.rae.es/interaccion>
- Rojas, R., & Durán, A. (2017). *El estructuralismo de Lacan: aportes para la comprensión de la relación entre Estructuralismo y psicoanálisis*. Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Sánchez, C. (2019). Psicosis y vínculo social. Una orientación no segregativa para pensar la práctica en las instituciones. *Norte de salud mental*, 16(60), 67-74.
- Savio, K. (2021). El significante. Encuentros entre los psicoanálisis y los estudios del lenguaje. *Lengua y habla*, 25(1), 34-54.
- Schreber, D. (1999). *Memorias de un enfermo nervioso*. Libros Perfil.
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de creación de oportunidades 2021-2025*. https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf
- Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina* 65(2), 329-332. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (s.f). *Dominios Institucionales*. Recuperado el 8 de mayo de 2023, de <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>
- Villacrés, S., Pérez, J., Palacios, R., Castro, B., & Padrón, L. (2020). Perfil Neuropsicológico en la Educación para la Salud y la Inclusión Social del Paciente con Esquizofrenia. *Revista Hallazgos21* 5(2), 127-139. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad*. Fondo de cultura económica. <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/08/max-weber-economia-y-sociedad.pdf>
- Zambrano, S., & Powers, M. (2019). La comunicación como una relación social. Reflexiones sobre la pertenencia de la sociología de Pierre Bourdieu en el campo actual de la comunicación. *Revista Iberoamericana de Comunicación*, 36(1), 119–146. <https://ric.iberomx.com/index.php/ric/article/view/25/18>

ANEXOS

Anexo I: Autorización del Hospital de Salud Mental



Guayaquil, 6 de agosto de 2023

Señores:
del Hospital de Salud Mental
Guayaquil

De mis consideraciones:

Yo, Paulina Cabrera Alarcón, con cédula de identidad 0930782826, estudiante de la carrera de Psicología Clínica solicito se me autorice usar la información obtenida en la investigación con fines académicos correspondiente a mi trabajo de titulación **los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica** realizada en esta prestigiosa empresa, previa a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**

Atentamente,



Paulina Cabrera
Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Autorizado por:



Director Técnico
Aldo Rimassa Naranjo

Anexo II: Formato de Consentimiento Informado para los psicólogos participantes

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo, _____ con C.I # _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida: **Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica.**

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la posibilidad de construcción de relaciones sociales desde los fenómenos elementales en pacientes con estructura psicótica, por medio de un enfoque cualitativo, como insumo para la orientación e intervenciones en pacientes psicóticos desencadenados, a partir de experiencias recogidas en el Hospital de Salud Mental.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 30 y 45 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma

del

Participante

Fecha: _ de agosto de 2023

Anexo III: Entrevista semiestructurada #1

P1

¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital?

Dentro del hospital, como en cualquier institución, las relaciones sociales se arman de la misma manera. O sea, establecen un vínculo a través del diálogo y de esa manera van compartiendo cada vez más y estableciendo un mayor nivel de confianza hasta que llegan a estar en un estado de amistad o incluso, de vez en cuando se refieren a sí mismos como una especie de familia.

¿Y ha visto diferencias entre cómo los pacientes que no alucinan, los pacientes que sí alucinan construyen relaciones sociales?

Las personas que tienen un trastorno alucinatorio, sea esquizofrenia o de algún otro tipo de brotes psicóticos tienen dificultades en el momento en el que tienen crisis. Esto quiere decir que en el momento en el que están con la alucinación viva o el delirio vivo, se dificulta un poco la comunicación, el diálogo entre ellos. Pero de cierta forma, esto también genera un poco de nivel de empatía en las personas que no presentan el trastorno alucinatorio, porque ahí pueden de cierta manera como buscar ayudar para esas personas o estar ahí para ellos, porque de todas maneras consideran que es importante establecer un vínculo con ellos y no dejar a nadie atrás. Como digo, son una especie de familia.

Desde su experiencia, ¿considera usted que las alucinaciones y los delirios inciden en la manera en que los pacientes con trastornos alucinatorios construyen relaciones sociales?

De cierta manera, sí, pero al estar dentro de la institución aquí en el hospital, como tienen su medicina regulada, ellos normalmente no están en estado de crisis. Entonces, aunque a veces tienen sus momentos en los que están un poco desregulados o tal vez tienen una conducta un poco más agresiva o tal vez como aislada. No se dificulta tanto porque, como digo, están en esta institución, con los medicamentos. Tal vez si no tuvieran la medicina y todo el tiempo estuvieran en

una especie de crisis, sería imposible establecer un vínculo. Pero de otra manera, así como digo, aquí sí pueden, sí tienen la posibilidad.

¿Qué diferencias ha visto tal vez entre los pacientes con trastornos alucinatorios que logran construir relaciones sociales y aquellos que no, porque me dice que algunos tienden, digamos, a ser un poco más agresivos que otros?

Bueno, mucho influye en mi experiencia la capacidad de, o sea el deterioro cognitivo que tengan, tal vez si es que tienen algún problema en cuanto al habla, tal vez si es que tienen algún otro problema aparte de la esquizofrenia, como por ejemplo que estén en un momento de crisis o que estén de pronto sintiendo alguna especie de ansiedad, entonces en el momento se cierran y no quieren establecer ningún tipo de vínculos. Pero generalmente sí, como digo, estando en el hospital si terminan desarrollando ciertos vínculos, no todos, no con todo el mundo, definitivamente no es que se llevan con todo el mundo, pero hay ciertos pacientes que tienen, por ejemplo, ansiedad o depresión, que logran identificarse tal vez porque encuentran un espacio de confianza dentro de estos pacientes con esquizofrenia que no los vamos a juzgar. Estos pacientes que presentan trastornos alucinatorios cuando están en un estado regulado sin alucinaciones, son bastante receptivos con las personas, entonces igual ofrecen como este espacio tranquilo y por ende terminan los pacientes con alucinaciones, apegándose bastante a ciertos otros pacientes que no presentan alucinaciones como tal, pero que igual son como un ejemplo o un espacio seguro para ellos.

Entonces, ¿usted cree que en realidad también incide el hecho de que se les dé un espacio, una persona les dé un espacio para que ellos sean escuchados, los pacientes con trastornos alucinatorios?

Definitivamente, definitivamente sí.

¿Y cree usted que las alucinaciones, los delirios en sujetos con trastornos alucinatorios podrían en algunos casos, tal vez, ayudar en las

construcciones de relaciones sociales o viceversa, cree que no, o sea, impiden las relaciones sociales?

Como dices, en algunos casos sí, en algunos casos no. Porque si bien es cierto una persona que no presenta alucinaciones o delirios y no está educada a nivel psicológico, más bien como de teoría o de comprensión sobre la esquizofrenia y otros trastornos que puedan presentar alucinaciones, de pronto ven esto de aquí de manera sesgada, como dicen, de manera errónea: están locos. Entonces, por ende, se alejan un poco, le tienen miedo un poco a los trastornos como estos, porque no logran comprender, es algo que no pueden ver esas personas. Pero personas que ya están acá, que ya han tenido cierto nivel de psicoeducación a través de las terapias, veo que ya se comienzan a abrir a otras posibilidades, comienzan a ver a los pacientes de mejor manera, ya no tan sesgado como : “ah son los locos estos raritos”, sino más bien: “entiendo que tienen una condición, por ende actúan de esta manera, más no es que ellos pidieron ser así”, entonces les abren un espacio que sí permite igualmente establecer un nivel de comunicación y establecer un vínculo.

Okey, ¿ha tenido tal vez usted una experiencia específica con alguno de estos casos?

Cuando dice una experiencia ¿se refiere a mi tratando con un paciente? ¿o yo viendo a unos pacientes establecer vínculos?

Usted viendo unos pacientes establecer como algún tipo de vínculo.

He visto un caso en el que está un paciente que tenemos en este momento que presenta un trastorno a nivel del estado anímico, una depresión y una desvalorización muy grande sobre sí mismo. Entonces, este paciente al inicio tuvo bastante problema en cuanto a establecer vínculo dentro de la institución, pero junto a otro paciente que tiene esquizofrenia y aunque él no está constantemente en una crisis, sí presenta constantemente delirios y alucinaciones y un discurso bastante incoherente, pero él de cierta manera se acercó a este otro paciente con depresión y lograron establecer un vínculo y

aunque no es que son los mejores amigos, definitivamente tienen un espacio seguro en el que ellos dos se llevan muy bien y saben que cuentan el uno con el otro.

Anexo IV: Entrevista semiestructurada #2

P2

¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital?

Bueno, entre pacientes en el hospital vamos a hablar estrictamente, del área de psiquiatría. Las relaciones se fomentan bastante en interacción grupal, como aquí en el hospital tenemos ciertas actividades grupales de estimulación cognitiva, terapia de arte, psicoterapia grupal. Esos espacios son muy propicios para mejorar y fomentar la relación de pacientes. Y justamente en estos espacios donde empiezan a haber esas relaciones, tanto en las terapias grupales, donde de pronto hay un tema en común que comparte un paciente y luego otro se ve identificado. Entonces él dice lo que te pasa a ti y a mí también me pasa y empieza esa interacción. Y es bonito porque uno observa que la interacción no solo queda dentro de la interacción de la intervención grupal, sino que luego trasciende y cuando ya uno sale del área uno puede observar que los pacientes se quedan conversando, por ejemplo, del tema de la terapia y se quedan ahí de largo. Y es importante, por eso fomentar estas actividades en un espacio psiquiátrico de un hospital de salud mental, porque eso fomenta. Esto de la interacción social es una parte fundamental del tratamiento de todo paciente de área psiquiátrica. No podemos tener la concepción de la antigua escuela del hospital psiquiátrico, donde era un confinamiento donde lo tenemos aislado al paciente psiquiátrico. Y ahí que se “cure” entre comillas. No, la socialización ayuda mucho a su tratamiento. Entonces, por eso que acá fomentamos bastante estos espacios terapéuticos grupales. Tenemos muchos, no solamente es uno al día, son varios con diferentes temáticas, lo cual ayuda a que los pacientes empiecen a relacionarse. Entonces yo diría que he observado una interacción de los pacientes muy buena en los espacios grupales.

Entonces, ¿a través de cosas que los dos tienen en común o que los dos muestran interés ahí es donde empieza la relación social?

Correcto, pero tiene que haber una estimulación. Porque puede ser que si en un área no hay estas actividades como que no surge diálogo, o pueden que surjan, pero que se demore más. Pero estos espacios terapéuticos grupales son como el impulso. A partir de eso se fomenta. Y ese es uno también de los objetivos que se cumplen con estos espacios.

¿Ha visto diferencias entre cómo los pacientes con trastornos no alucinatorios y pacientes con trastornos alucinatorios construyen relaciones sociales?

Bueno, los pacientes que no padecen un trastorno alucinatorio, es decir, que no están con cuadro psicótico, episodios psicóticos. Ellos tienden a relacionarse a partir de sus experiencias, de sus vivencias, como son pacientes funcionales, la interacción surge a partir de esto, un poco de mi vida o un poco de cualquier tema que se pueda abordar. En cambio, los pacientes con episodios psicóticos o alucinatorios por la misma condición si se encuentra en ese estado, va a ser muy difícil que empiecen a interactuar con otra persona. Porque al menos si la persona es funcional, el discurso que viene por parte de este cuadro psicótico o alucinatorio no lleva una conexión lógica. Entonces a la otra persona se le va a dificultar entablar un hilo y lo puede escuchar, puede haber algún tipo de “bueno si te escucho, te llamo la atención, pero no te presto atención” o simplemente lo evade; porque interpreta que la otra persona nunca tiene un hilo conductor de lo que se está hablando. Entonces, evidentemente, esto es una barrera que se le va a dificultar entablar un diálogo o una relación social, porque los discursos son hilarantes. O sea, no están centrados en algo objetivo, en algo que se pueda cuestionar, porque el paciente, en su estado alucinatorio, va a hablarle de la experiencia que para él es real, que incluso puede en ese momento estar diciendo ahorita están en determinado lugar o aquí al lado alguien que me observa y la persona funcional o el paciente con estado no alucinatorio, dice no aquí no hay nadie, pero no de cierta manera y desde la subjetividad, que también

es parte del estudio de psicología, entendamos que para nosotros puede que no esté, pero la experiencia del paciente es real. Pero justamente en esa parte donde el paciente tiene esta experiencia es la dificultad para poder socializar porque no va a encajar dentro de la parte funcional o podemos decirle, si hablamos, por ejemplo, si hablamos en términos de psicoanálisis en la parte neurótica de otras personas, porque están en otro estado de su experiencia en la realidad. Entonces eso crea barreras. Es una barrera, al menos en ese contexto donde hay personas que no padecen esta situación. Si hablamos con terapeutas y psicólogos, estamos preparados para eso, pero el paciente que no lo es no va a poder conectarse en esa interacción social con este paciente, por esa barrera que son los estados psicóticos o alucinatorios.

Entonces ¿usted dice que también es una barrera el hecho de que los pacientes con trastornos no alucinatorios no sepan cómo reaccionar frente a estos otros pacientes con alucinaciones?

Correcto. Pero es importante lo que menciona, porque parte de lo que se trabaja en los espacios grupales, también como psicoeducación, es poder también hablar de eso, de cómo uno puede abordar a los otros compañeros. Y como desde la cultura del respeto, desde la tolerancia, desde todos estos elementos importantes para integrar, porque la idea de estos espacios psiquiátricos no es que se aisle o se discrimine al paciente que tiene cuadros alucinatorios y a los que no lo tienen, sino más bien que se trabaje en esa integración. Entonces, al inicio puede ver esa barrera, pero luego sí trabajamos en el espacio grupal para que esa barrera se disminuya lo menor posible.

Y desde su experiencia ¿considera usted que las alucinaciones y delirios inciden en la manera en que los pacientes con trastornos alucinatorios construyen relaciones sociales?

Bueno, evidentemente podría darse el caso que la persona con trastornos alucinatorios pueda empezar a aislarse porque como su diálogo no conecta con las otras personas con trastorno no alucinatorio, entonces puedes sentir que nadie lo entiende, “nadie puede ver lo que yo veo”. Entonces “no puedo hablar

con nadie porque no me entienden” y se tiende a quedar. Entonces se le va a dificultar más el poder socializar por la misma razón que no tiene con quien compartir las experiencias que él está viviendo. Entonces eso es importante como ellos se relacionan es a partir de este mismo discurso, aunque tenga que trabajamos centrarnos siempre en la realidad, pero siempre va a intentar hablarle de algo que tiene desde su percepción. Por ejemplo, tengo un paciente acá en el hospital que siempre el tema con el que intenta interactuar es sobre temas religiosos, empieza a conversar, por ejemplo, “tú te pareces un profeta de la Biblia” o “¿tú has leído la biblia en tal versículo?”. Imagínese que son un paciente que no sea no creyente, le va a chocar eso. Entonces va a dificultar esa barrera por la religión. Entonces eso también se trabaja, que aprendan a entender estas manifestaciones, no como algo que el paciente quiere que tú pienses igual, sino como una forma de que él quiere socializar y quiere al menos hablar de ese tema. Y es importante darle esos espacios para que él pueda tener ese sentido de pertenencia grupal. Pero vuelvo y repito por supuesto que es una barrera. No puedo, no puedo idealizar y decir que no es así. Es así. Y más aún, por ejemplo, en la sociedad, quizás dentro de un contexto controlado, como un hospital, podemos regularlo, pero afuera es muy difícil.

Y desde su experiencia ¿qué diferencias ha visto en los pacientes con trastornos alucinatorios que tal vez logran construir relaciones sociales o incluso socializar y aquellos que no?

Bueno, la clave está entre los que sí y los que no. Hablando propiamente de los pacientes con trastornos alucinatorios es en cómo gestionan y regulan estos síntomas. Por eso se trabaja bastante en la identificación del cuadro. Dentro de mi experiencia, he trabajado con muchos pacientes, por ejemplo, con cuadros de esquizofrenia, trastornos de esquizofrenia, donde se les ha enseñado a identificar los síntomas que se presentan antes de una crisis. El paciente ha aprendido también que dice, me dice por ejemplo “psicólogo, estoy alucinando o estoy viendo tal cosa, necesito medicación o necesito de pronto hablar con usted”. Y en ese momento es cuando podemos intervenir para poder ayudarlo y guiarlo y

que la crisis no llegue hasta un cuadro donde pueda presentarse de pronto autoagresión o agresión a un tercero. Entonces esa es la diferencia que él aprende a gestionar, el paciente con este trastorno alucinatorio puede identificar cuándo suceden los síntomas o cuando está pasando momentos anteriores a una crisis. Y el paciente que no es porque simplemente se deja llevar por la experiencia está viviendo, que es muy vivida en su propia realidad y hace cuadro de crisis. Entonces, el trabajo también está en eso, en poder entrenar al paciente para que pueda detectar estos estados y puede tener esa facilidad para identificar los síntomas.

¿Y cree usted que las alucinaciones y delirios en sujetos con trastornos alucinatorios podrían en algunos casos ayudar en la construcción de relaciones sociales o viceversa, que las alucinaciones y delirios, en algunos casos impiden la construcción de relaciones sociales?

Bueno, yo creo que vuelvo y es buena pregunta, porque ya la he rectificado dos veces. Yo creo que es una barrera, es una barrera, porque la sociedad, al menos aquí ecuatoriana, no está preparada todavía para poder entender estas manifestaciones, entonces no hay que engañarnos. Tanto así que solamente el hecho de que un paciente venga al psicólogo afuera en la sociedad es sinónimo de locura. Y tengo muchos pacientes en mi experiencia clínica que llegan con ese miedo, con esa etiqueta. “Es que yo me demoré para venir porque yo les decía a algunas amigas que venía el psicólogo Y me decían ¿qué estás loca? ¿por qué vas a ir allá? si todo depende de ti y tienes que meterle ganas o ser fuerte” Hablamos de personas funcionales. Ahora imagínese un paciente con un trastorno alucinatorio, psicótico, esquizofrenia, etcétera. No podemos decir que eso contribuya, al menos en este contexto ecuatoriano, a que facilite las interacciones sociales. Hay que centrarnos en la realidad y hay que, por supuesto, trabajar constantemente para que la población se psicoeduque y aprenda a poder conllevar y convivir con esto porque es algo que no va a desaparecer nunca. Son manifestaciones de la conducta humana, muchos de ellos con antecedente orgánico, genético y también contextuales, que son muy

importantes. Entonces sí, hay que trabajar constantemente para educar a la población, pero la realidad es que aquí no favorece en nada que un paciente tenga un cuadro alucinatorio para la socialización. Más bien es una barrera. Pero ese es el trabajo de nosotros, los terapeutas y psicólogos. Poder brindarle herramientas para que él pueda, a través de estas herramientas, socializar y tener una vida más funcional y adaptativa.

¿Ha tenido usted una experiencia donde es una barrera las alucinaciones y delirios para la construcción de las relaciones sociales?

Claro, experiencias hay muchas que pueden ejemplificar cómo la barrera de estos síntomas provoca un aislamiento de parte del paciente. Hay un momento en que el paciente se aísla porque no se siente comprendido ni entendido, y ya ahí es una experiencia que lo va a marcar. Y muchas veces, cuando esta experiencia no marca el trastorno se agudiza, si no hay intervención psicoterapéutica, si no hay tratamiento psicofarmacológico, si no hay un tratamiento interdisciplinario, psicólogo, médico general, médico especialista psiquiatra y todo un equipo que está detrás de esto. Entonces la experiencia particularmente me dice que siempre el paciente que llega con estos estados alucinatorios, principalmente los primeros problemas de dificultades que tienen este nivel de socializar son con la familia. Por eso esa es una parte importante, porque la familia a veces tiende a pensar que al paciente hay que dejarlo aquí, se va y no regresan. O que el paciente es el problema, cuando en realidad también el problema es que ellos no conocen la problemática, no se han informado, no han aprendido cómo responder a esta crisis. Y el primer núcleo familiar, que debería ser el que protege, el que cuida o el espacio de refugio de estos pacientes, se convierte en el núcleo más bien de conflicto. Entonces, si no puede socializar con la familia, imagínese cómo va a ser con personas desconocidas. Se va a tender al aislamiento. Por eso es importante también trabajar la psicoeducación familiar en pacientes con este tipo de trastorno alucinatorio, para que, a partir de ahí, de ese círculo, de ese núcleo, se pueda ir también construyendo una buena relación social del paciente para que vaya

practicando con otras personas. Entonces la experiencia siempre está en que es una barrera. Pero el primer punto clave es trabajar desde la familia, porque si no favorecemos que el paciente tenga mejores relaciones con sus familiares, va a ser difícil porque incluso desconocido va para él representa una amenaza.

Anexo V: Entrevista semiestructurada #3

P3

¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital?

En el hospital, cuando los pacientes recién ingresan, vienen con urgencia subjetiva. Es decir, hay pacientes que lo demuestran a través de llanto, del grito, hay personas que se aíslan totalmente. En cambio, hay otros pacientes que aparentemente se encuentran bien, pero sencillamente están desbordadas, como el caso de V, que me acuerdo de que yo le pregunté cómo estaba y me dijo, que sí, está muy bien, pero a los 10 minutos ya estaba intentando escaparse. Y bueno, primer contacto que tienen es con sus compañeros de cuarto. Entonces ya los compañeros también empatizan con esta persona, con el nuevo paciente y les cuentan los problemas. Yo creo que lo principal o lo que les ayuda bastante es la identificación. Como que bueno, “somos los seres dolientes que estamos en el hospital y venimos por una circunstancia que hizo que estemos desbordados”. Ese es el primer contacto con los pacientes o los compañeros de cuarto. Después ya pasan a la terapia grupal, donde también ellos se presentan, dicen el motivo por el cual están en el hospital, y así mismo, o sea, es como que entre ellos se identifican. A veces ellos dicen: “yo vengo por depresión, vengo por ansiedad” y dicen, “bueno, yo también vengo por eso y entiendo más que todo su vivencia”. Incluso la semana pasada vino un paciente, por dos motivos, adicciones y depresión. Pero él solamente mencionaba que venía por adicciones. Y ya después escuchando a los otros pacientes que tienen depresión, él ya pudo identificar y pudo reconocer que también estaba padeciendo esta problemática o este trastorno. Y ahí dijo, “bueno, yo vine de un hogar donde no expresábamos, entonces acá ya estoy también expresando lo que siento”.

Entonces ¿sería que construyen las relaciones sociales en base a semejanzas entre ellos?

Sí, e identificaciones de que son seres que vienen por algo, por una adversidad, puede ser, o seres dolientes.

¿Ha visto diferencias entre cómo los pacientes neuróticos y los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales?

Eso yo creo que depende de la singularidad de cada uno. O sea, independientemente de si son neuróticos o psicóticos, cada uno tiene sus herramientas de formar un lazo social con el otro.

Bueno, los pacientes psicóticos dependen del delirio. Por ejemplo, hay muchos pacientes que vienen con un delirio en el que encuentran al otro como una amenaza. Entonces, ahí sí se les dificulta crear un lazo. Y también depende de la otra persona, por ejemplo, un paciente psicótico que intenta relacionarse con un paciente neurótico: puede ser que el paciente neurótico se dé cuenta de que el discurso de él no es como el suyo y lo etiqueta y dicen, “está loco”, “No le tomen en cuenta”, también se ponen a la defensiva. Entonces eso también se trabaja acá en el hospital, como que los pacientes neuróticos también sepan de lo que padece el otro, para que así mismo haya una convivencia sana entre ellos.

Y desde su experiencia ¿considera que los fenómenos elementales inciden la manera en que los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales?

Sí, sí depende de, o sea, yo creo que depende del contenido, del fenómeno elemental, y también de la persona con la que intenta establecer un vínculo. Por ejemplo, K, me acuerdo de que cuando lo conocí él me dijo: “yo tengo un problema, me crecen los senos”, pero no lo hice de una manera como que está angustiado, sino como que también quiere ver la reacción en el otro. Entonces, ese es el caso de K. Pero en cambio hay otros pacientes que vienen, por ejemplo, con una actitud agresiva o a la defensiva. Entonces, por eso también se puede dificultar.

Entonces ¿también dependería de cómo interpretan al otro en la manera en que construyen relaciones sociales?

Sí

¿Qué diferencias ha visto en los pacientes psicóticos que logran construir relaciones sociales y aquellos que no?

Primero va a depender de la angustia. O sea, si el delirio le produce un monto de angustia significativo, estos pacientes se ponen a la defensiva, se ponen agresivos, o incluso se aíslan de los demás. Depende de eso, y también creo que depende de las fases del desencadenamiento. Por ejemplo, pacientes que tal vez han seguido el tratamiento psiquiátrico, ya vienen en una pre-psicosis, por así decirlo, es decir, no están desencadenados como tal y no se les dificulta tanto relacionarse y es como que, si fuera un neurótico, está estable en ese momento. Entonces, depende yo creo que de la angustia que produce el delirio y también de la fase del desencadenamiento. Si está desencadenado como tal o si está en una pre-psicosis.

Entonces, digamos, ¿a los pacientes que están desencadenados, tal vez se les dificultaría un poco más construir relaciones sociales?

Así es. Y también depende de la angustia que produce este delirio.

¿Cree usted que los fenómenos elementales en sujetos psicóticos podrían, en algunos casos, ayudar en la construcción de relaciones sociales, o viceversa, que los fenómenos elementales, en algunos casos, impiden la construcción de relaciones sociales?

Sí. En ambos casos. Si se les dificulta y así es como también les ayuda a relacionarse con los demás. Es caso por caso.

Y ¿ha tenido alguna experiencia como que donde, ya sea que los fenómenos mentales hayan ayudado a construir relaciones sociales o que, en cambio, impiden?

Yo creo que el fenómeno elemental que más se evidencia es el fenómeno concerniente al sentido y la verdad. Porque, por ejemplo, si hay un fenómeno elemental de automatismo mental, ellos no dicen “estoy escuchando una voz”. O en el caso de sentir algo en el cuerpo tampoco lo expresan mucho. Pero, por ejemplo, cuando estamos en terapia grupal y expresan su vivencia, sí se puede evidenciar un fenómeno elemental concerniente al sentido y la verdad. Por ejemplo, en el caso de T, vino con esto de que él era Dios y quería que los demás lo alaben. Entonces, los otros, los otros pacientes, los compañeros, decían: “él lo está haciendo el propósito, él es muy criado”. Entonces, si se le dificultó bastante a T establecer un vínculo con los demás, porque también estaba a la defensiva. Después fue pasando el tiempo y él ya estaba un poco más estable y reconocía que eran delirios, o sea, ya cuando estaba estable, él pudo reconocer, incluso decía: “yo vine acá por un trastorno esquizoafectivo” y en ese momento se disculpaba con los compañeros. Entonces es como que también depende del momento del desencadenamiento, como dije, como que, si está totalmente desencadenado, sí se le dificulta bastante. Pero ya cuando se estabiliza un poco, incluso hay pacientes que pueden reconocer que es un delirio. Y en el caso que el delirio ayuda a los demás, también hay el caso de J. Por ejemplo, él dice que Dios le dio un don, es el de hacer milagros y de predecir el futuro. Y asemeja mucho su vida con la vida de Santa Narcisa de Jesús. Entonces es como con una vida de entrega, de bondad, y eso es lo que transmite a los demás. Ese es un fenómeno concerniente al sentido y la verdad: Dios me envió para ayudar a los demás, y eso es lo que él hace, es lo que demuestra los demás. Ahora, él no lo expone a sus compañeros porque dice así, si los otros saben que yo tengo este don, me van a pedir, me van a pedir que haga milagros. Pero, él sí es bondadoso y todo esto.

¿A partir del fenómeno elemental?

A partir de este fenómeno elemental que dice que hace milagros y que también predice lo que va a suceder. Por ejemplo, en el último temblor dijo que él se sentía emocionalmente mal, y por eso fue el temblor. O sea, en ese momento, que sucedió el temblor él se sentía mal. Otra cosa, una vez se le puso un mosquito, entonces él se dio cuenta que estaba moviendo las patitas. Él decía, bueno, a alguien le están doliendo las piernas. Entonces es como que son señales que le envía Dios, que está aquí en el hospital, no por los delirios ni nada de esto, sino porque Dios lo está protegiendo de lo que está sucediendo afuera. Entonces, por eso, sí, depende de cada caso siempre. Y depende también de lo que cada uno tenga como recursos para establecer relaciones sociales, independientemente si es psicótico o neurótico. Hay algunas personas que por naturaleza se le dificultan más que otras. Y esto también va en el caso de la psicosis. Por ejemplo, K es super social, incluso, creo que ahora están en visita y él está ahí. Es como que: “hola yo soy de España” y los pacientes, o los familiares preguntan si es verdad, y no es verdad. Pero es como que, a partir de este fenómeno elemental o este delirio, él hace lazo social. En cambio, C, al principio, estaba bastante aislado, pero era por sus delirios. Ahora su delirio es diferente y por eso él ya sale. Ahora, él está como un poco eufórico, y también esto hace que se relacione, o sea, depende mucho de esto.

Anexo VI: Entrevista semiestructurada #4

P4

¿Cómo ha observado que se forman las relaciones sociales entre pacientes en el hospital?

Dependiendo de cada caso, no se puede generalizar. Sin embargo, al inicio en el proceso de adaptación, es decir los primeros quince días demandan atención por parte de sus familiares, el deseo de querer estar en contacto con ellos ya que en algunas ocasiones no logran sentirse parte del grupo, ni relacionarse con sus pares. Al avanzar su proceso de internamiento, debido al programa terapéutico que se lleva a cabo en el hospital, se propicia la fase de acogida en el que los demás pacientes “acogen” a través de la palabra a quien recién llega. Logran tener un sentido de pertenencia, se escuchan frases como “ñaña, ñaño, ustedes son como una familia que he encontrado aquí” entre otros comentarios que dan cuenta del vínculo y la relación que se ha podido formar debido a la identificación que muchas veces tienen entre ellos, se refuerza constantemente “un grupo como red de apoyo”. Muchos de ellos al no tener una red familiar segura ubican al Hospital como “una familia” han existido casos que no han querido ser dados de alta expresando el deseo de continuar en su internamiento.

Así mismo, cuando algún paciente es dado de alta, se ha logrado identificar en quienes continúan hospitalizados mucho malestar, irritabilidad, tristeza expresando un “no sé qué me pasa”. Se puede mencionar el duelo constante a los que también se enfrentan cuando un compañero(a) se va.

Por otro lado, también ha existido comportamientos de competitividad entre ellos, creando pequeños grupos con quienes existe una identificación, dejando de lado a otros, evidenciando la particularidad de cada uno de los pacientes en el modo de cómo han aprendido/podido relacionarse desde sus primeros años de vida.

Se ha podido observar también, que los pacientes adjudican ciertos roles y funciones a los enfermeros, quienes pasan la mayor parte del tiempo con ellos, cumpliendo la función de cuidar, escuchar, responder a las necesidades y

demandas, en algunos casos existen demandas de afecto, adjudican roles de madre, padre, etc.

¿Ha visto diferencias entre cómo los pacientes neuróticos y los pacientes psicóticos construyen relaciones sociales? Si es así ¿cuáles?

Se puede mencionar que si existe una diferencia en los pacientes psicóticos al construir sus relaciones sociales. El discurso familiar de los pacientes con psicosis gira en torno a la dificultad que tienen al relacionarse con su entorno, esto por el prejuicio también social que existe, a su vez por los fenómenos elementales que suelen presentarse en el que el paciente ubica al otro como amenazante, no se logra una identificación y sentido de pertenencia en el grupo, al momento de “engancharse” con el otro, intervienen con un discurso de certeza lo que imposibilita un diálogo.

En la realidad del Hospital de Salud Mental se observa a los pacientes neuróticos acoger a estos pacientes con psicosis desde el cuidado, afectividad, protección, logran, en la medida que pueden y conocen, acoger esa particularidad, sin imponer sus ideales ni pensamientos, no se observa exclusión, constantemente incluyen y “buscan” que ellos logren identificarse y responder como un otro sin características de un sujeto con dicha posición subjetiva.

Desde su experiencia ¿considera usted que los fenómenos elementales inciden en la manera en que los pacientes con trastornos alucinatorios construyen relaciones sociales?

Si, podrán ubicar al otro de acuerdo a su delirio, ya sea este como amenazante/invasivo o el mantener una relación con el otro “pegoteada”.

Desde su experiencia ¿qué diferencias ha visto en los pacientes psicóticos que logran construir relaciones sociales y aquellos que no?

Desde mi experiencia he podido observar en uno de los pacientes del Hospital de Salud Mental con Dx de esquizofrenia que frente a los momentos de crisis (sentir el cuerpo frágil, pensamientos de muerte, escuchar voces) manifieste el deseo de tener a un compañero a su lado indicando “no me dejen solo, háganme compañía, conversemos”. Este paciente ha logrado en cierta medida buscar al otro en los momentos de crisis, a otro que lo nombra como “tío” a diferencia de otros pacientes que con menor tiempo de estancia hospitalaria se aíslan dándole lugar a su delirio.

¿Cree usted que los fenómenos elementales en sujetos psicóticos podrían en algunos casos ayudar en la construcción de relaciones sociales? ¿O viceversa, que los fenómenos elementales en algunos casos impiden la construcción de relaciones sociales?

Los fenómenos elementales podrían ayudar en la construcción de relaciones sociales siempre y cuando haya un otro con la presunción de que hay un sujeto que necesita espacios de escucha y que tiene un saber propio por elaborar.

¿Ha visto usted algún caso? Por favor relátelo

Sí, yo tengo un paciente de 27 años de edad, con Dx de esquizofrenia con constantes delirios y alucinaciones, institucionalizado desde hace 3 años aproximadamente. No ha sido reconocido por sus padres, ha vivido abandono, violencia intrafamiliar. Abuela y tía paterna son quienes acuden a la institución para visitarlo y entregarle sus pertenencias.

Se puede mencionar que al inicio “K” se aislaba, no lograba relacionarse con su entorno, era ubicado como el “loco” escuchando en el discurso institucional que la “solución” frente a sus “crisis” era el medio de contención física, sin embargo,

a lo largo de los años, el discurso institucional hacia él va mejorando (en cierta medida) ubicando al paciente más allá de su Dx lo que ha posibilitado encuentros con enfermeros, compañeros, psicólogos, etc en el que ha tenido constantes espacios libres de escucha acogiendo sus ideas y conocimientos, más no imponiéndole creencias, ideales, etc.

Las relaciones sociales que mantiene K en la actualidad en cierta medida son favorables, sus pares lo han ubicado en posición de “persona que necesita ayuda” dicho esto por los pacientes. Se muestran con él tolerables, con una escucha activa la mayor parte del tiempo, aceptando lo que él va elaborando desde su certeza, esta mirada institucional (personal y compañeros) ha logrado que el paciente pida el acompañamiento de ellos frente a sus “crisis” disminuyendo los eventos de agresividad e impulsividad.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cabrera Alarcón, Paulina**, con C.C # **0930782816** autora del trabajo de titulación: **Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica**, previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENEYCOT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENEYCOT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **07 de septiembre del 2023**

f. _____

Nombre: **Cabrera Alarcón, Paulina**

C.C: **0930782826**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Los fenómenos elementales y su incidencia en la construcción de relaciones sociales en pacientes con estructura psicótica.		
AUTORA:	Cabrera Alarcón, Paulina		
TUTOR:	Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	07 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	106
ÁREAS TEMÁTICAS:	psicología clínica, psicoanálisis, psicosis, relaciones sociales.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	psicosis; fenómenos elementales; relación social; significantes; el otro; sociedad.		
RESUMEN:	<p>En el presente trabajo de titulación se apuntó a investigar sobre los fenómenos elementales y su incidencia en las relaciones sociales de los pacientes con estructura psicótica. Se tuvo como objetivo analizar la posibilidad de construcción de relaciones sociales desde los fenómenos elementales en pacientes con estructura psicótica, por medio de un enfoque cualitativo, como insumo para la orientación e intervenciones en pacientes psicóticos desencadenados, a partir de experiencias recogidas en el Hospital de Salud Mental. La metodología que se usó fue cualitativa, además se implementaron técnicas como las viñetas clínicas de pacientes psicóticos y las entrevistas semiestructuradas a psicólogos con diversas orientaciones psicológicas. A través de estas técnicas, se demostró que los fenómenos elementales pueden representar tanto una barrera como una posibilidad para construir relaciones sociales, teniendo en cuenta que esto dependió de distintas variables, como los tipos de fenómenos elementales y el otro con el que construye relaciones sociales. Durante el desarrollo de la investigación se evidenció no solo la importancia de los fenómenos elementales como método del psicótico para relacionarse con los demás, sino que también cómo las relaciones sociales a su vez benefician a los pacientes con estructura psicótica. Así mismo, a pesar de no haber sido un punto eje en el trabajo se expuso la relevancia de la apertura de otras formas de comunicación por parte de la otra persona que se ve envuelta en la relación social, para que el sujeto psicótico pueda construir relaciones.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORA:	Teléfono: +593-980515074	E-mail: paulina.cabrera@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Pisc. Cli. Torres Gallardo, Tatiana Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			