



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de
atención psicológica de familiares de niños hospitalizados.**

AUTORES:

**Naula Rodríguez, Sebastián Andrés
Reyes Sánchez, Guillermo Andrés**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciados en Psicología Clínica**

TUTORA:

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs

Guayaquil, Ecuador

24 de febrero del 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Naula Rodríguez, Sebastián Andrés; Reyes Sánchez, Guillermo Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____
Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero del año 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Naula Rodríguez, Sebastián Andrés ; Reyes Sánchez,
Guillermo Andrés**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de atención psicológica de familiares de niños hospitalizados**, previo a la obtención del título de **Licenciados 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 24 días del mes de febrero del año 2025

LOS AUTORES

f. 

Naula Rodríguez, Sebastián Andrés

f. 

Reyes Sánchez, Guillermo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Naula Rodríguez, Sebastián Andrés ; Reyes Sánchez,
Guillermo Andrés**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de atención psicológica de familiares de niños hospitalizados**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero del año 2025

LOS AUTORES:

f. 
Naula Rodríguez, Sebastián Andrés

f. 
Reyes Sánchez, Guillermo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS DE COMPILATIO



TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de atención psicológica de familiares de niños hospitalizados.

AUTORES:

Naula Rodríguez, Sebastián Andrés ; Reyes Sánchez, Guillermo Andrés

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene Mgs.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a mi madre, quien me enseñó que se le puede hacer frente a cualquier circunstancia en la vida; a mi padre, por ser mi guía, mi ejemplo y enseñarme a luchar por lo que quiero; a mis abuelos, por su amor incondicional y confianza cuando más la necesitaba; y a mi pareja, por haberme ofrecido un lugar de comprensión y apoyo siempre. Agradezco especialmente a mis amistades que he conocido durante todo este tiempo, especialmente a Laura y Zuska, por su acogida y presencia inquebrantable. A todos los docentes que me han acompañado en mi formación, gracias por brindarme una visión más amplia del mundo. A nuestra tutora de tesis, Rosa Irene, por confiar en nosotros, por logramos acercar a lo fascinante que puede llegar a ser la investigación y guiarnos hacia lo que realmente deseábamos. Finalmente, a mi compañero de tesis, Guillermo, por permitirme compartir esta etapa junto a ti y estar siempre dispuesto a escucharme.

Sebastián Andrés Naula Rodríguez

Agradezco a mi familia, hermana, papa y mama, por ser un apoyo constante en mi día y por brindarme las posibilidades para crear mi propio camino, ellos forman parte de mí y no podría pedir más sino lo justo y lo justo son ellos. Agradezco a mis amigos por hacer de mi experiencia universitaria un antes y después en mi vida, especialmente a Laura y a Zuska quienes representaron un abrazo sincero en momentos importantes. Agradezco también a mis docentes de la carrera y practica preprofesional, quienes me mostraron el verdadero valor de nuestra profesión. Hago un agradecimiento especial a nuestra tutora de tesis, Rosa Irene, quien desde un inicio nos inspiró desde la amabilidad y empatía en situaciones adversas, no podríamos haberlo logrado sin usted. Por último, agradezco a mi compañero y amigo Andrés Naula, por acompañarme en todo momento pues su presencia es sinónimo de apoyo y tranquilidad.

Guillermo Andrés Reyes Sánchez

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a mis padres, porque sin ellos no sería la persona que soy hoy en día, gracias por brindarme todas las herramientas para atravesar este camino, puedo decir con orgullo que nunca me faltaron, por siempre, gracias. A mi familia, que me enseñó que las cosas y las personas van y vienen, pero la familia es para siempre. A mi pareja, por brindarme un espacio en su corazón, y darme ese empujón siempre que lo necesité.

Pero, sobre todo, este logro va para el Andrés que alguna vez fue un niño, que miraba con terror el mundo, y que no quería crecer. Todo esto es por ti, por ser fuerte a pesar de las circunstancias. Por nunca rendirte, gracias infinitamente. Lo logramos.

Sebastián Andrés Naula Rodríguez

Dedico este proyecto a mis padres quienes desde su ejemplo me inspiraron en todo momento para ser fuerte, libre y sobre todo amable con quienes me rodean. A mi hermana por ser una guía en los constantes cambios y sobre todo en el esfuerzo. A mi mejor amiga por ser una referente en las posibilidades que ofrece el mundo. Y, por último, a mi presente que representa la máxima expresión de amor por aquello que conformo mi pasado y me permite construir mi futuro, gracias, Guillermo chiquito por confiar, estas rodeado de amor y tu alrededor lo demuestra.

Guillermo Andres Reyes Sanchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Velázquez Arbaiza, Ileana Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Aguirre Panta, David Jonatan, Mgs.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

Naula Rodríguez, Sebastián Andrés

NOTA: _____

Reyes Sánchez, Guillermo Andrés

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema.....	5
Pregunta general.....	7
Preguntas específicas	7
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	8
Justificación.....	8
ANTECEDENTES.....	10
CAPÍTULO 1.....	16
Caracterización del Discurso del Amo	16
Introducción al discurso desde Lacan	16
Los Cuatro Discursos Lacanianos.....	20
El Discurso del Amo en la Institución Hospitalaria	24
CAPÍTULO 2.....	30
Demandas de Atención Psicológica en el Ámbito Hospitalario	30
Demanda de Atención Psicológica.....	30
El Servicio de Atención Psicológica en la Institución Hospitalaria.....	40

El Manejo de la Demanda por el Psicólogo Clínico en el Ámbito Hospitalario	43
CAPÍTULO 3.....	48
La Hospitalización como Experiencia y Proceso Subjetivo para Pacientes y Familiares	48
La Hospitalización desde la Perspectiva Institucional	48
El Paciente y la Relación con los Médicos	51
Vivencia Subjetiva de la Hospitalización	53
CAPÍTULO 4.....	62
METODOLOGÍA	62
Enfoque	62
Paradigma.....	62
Método	63
Técnica de recolección de datos	64
Población.....	65
CAPÍTULO 5.....	67
Presentación y análisis de resultados.....	67
Presentación de resultados	68
Análisis de resultados	77
Análisis General	84
CONCLUSIONES	85
LISTA DE REFERENCIAS.....	87
ANEXOS.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Preguntas agrupadas por variable.....	67
Tabla 2	Preguntas y respuestas de los profesionales	68

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar cómo el discurso del amo influye en la ausencia de demanda de atención psicológica por parte de los familiares de pacientes hospitalizados. Se buscó comprender su impacto en la disposición y búsqueda de recibir apoyo psicológico. Para ello, se utilizó un enfoque descriptivo, basado en una revisión bibliográfica y en entrevistas estructuradas con psicólogos clínicos, quienes aportaron su conocimiento y experiencia sobre las dinámicas que ocurren dentro del hospital. El discurso del amo genera una forma de alienación de los familiares al discurso del médico, llevándolos a ocupar un rol pasivo dentro del sistema hospitalario. En la práctica médica, esto se traduce en la reducción de los familiares a “acompañantes”, quienes a través de la significación que se les otorga, sufren de ver al Otro sufrir, pero no demandan atención, ya que no es la prioridad para el orden médico. Al ser ubicados en esta posición, los familiares terminan por no reconocer sus propias necesidades subjetivas, al no poder articular una queja que sea transformada a demanda, ya que no hay un Otro dispuesto a acogerla. En conclusión, el discurso del amo tiene un impacto profundo en la relación entre los familiares, los profesionales de la salud y la institución hospitalaria. Limita la posibilidad de los familiares de expresar su sufrimiento y acceder a un acompañamiento psicológico. Esto subraya la importancia de transformar la oferta del servicio de psicología en hospitales, donde este espacio sea reconocido como un lugar legítimo de ayuda.

Palabras Claves: DISCURSO DEL AMO; DEMANDA; ATENCIÓN PSICOLÓGICA; HOSPITALIZACIÓN

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze how the master's discourse influences the lack of demand for psychological care among the relatives of hospitalized patients. The study aimed to understand its impact on their willingness and ability to seek psychological support. A descriptive approach was used, based on a literature review and structured interviews with clinical psychologists, who provided insights based on their knowledge and experience regarding hospital dynamics. The master's discourse creates a form of alienation that binds relatives to the medical discourse, assigning them a passive role within the hospital system. In medical practice, this results in their reduction to mere "companions," who, through the meaning imposed upon them, experience the suffering of witnessing the Other's pain but do not seek psychological care, as it is not prioritized within the medical framework. Positioned in this role, relatives ultimately fail to recognize their own subjective needs, as they cannot articulate a complaint that could be transformed into a demand, given that there is no Other willing to receive it. In conclusion, the master's discourse profoundly impacts the relationship between relatives, healthcare professionals, and the hospital institution. It limits the ability of relatives to express their suffering and seek psychological support. This highlights the need to transform the availability and recognition of psychological services in hospitals, ensuring they are acknowledged as legitimate spaces for emotional support.

Keywords: MASTER'S DISCOURSE; DEMAND; PSYCHOLOGICAL CARE; HOSPITALIZATION

INTRODUCCIÓN

En esta investigación, se pretende analizar cómo el discurso institucional hospitalario afecta a los familiares de los pacientes internados, y cómo este impacto se relaciona con la falta de demanda que estos familiares muestran hacia los espacios de intervención psicológica. Dentro del entorno hospitalario las dinámicas de poder y control, que caracterizan un enfoque autoritario, pueden generar un ambiente en el que los familiares se encuentren orientados a cumplir con las normas y expectativas institucionales, priorizando la salud física del paciente por encima de otros aspectos de la salud.

El discurso hospitalario puede ser entendido desde el psicoanálisis como discurso del amo, dado que este término permite explicar la relación de poder que existe entre una figura de autoridad y el sujeto quien se alinea a esta. Murillo (2021) en su artículo titulado *¿Por qué hay cuatro (o cinco) discursos para el psicoanálisis?* explica que en este discurso:

El significante Amo se ubica en el lugar de agente y semblante del discurso, para ponerse en relación con el significante del saber - esclavo-, en el lugar del trabajo, que el amo explota: trabajar para otro. Decir, sentir o hacer en función de una forma de gran Otro. (p. 4)

Es decir, cuando se presenta este discurso del amo, se da una dinámica en la cual un sujeto se encuentra en disposición de los intereses del amo, quien posee el poder para dirigir y controlar sus acciones. En el contexto de un hospital, la prioridad de la institución es la salud física de los pacientes, lo que define el curso de todas sus acciones. Como resultado, los familiares de los pacientes se ven obligados a seguir un camino predeterminado que cumple con las expectativas y directrices de la autoridad hospitalaria. Esto refleja cómo la autoridad institucional guía y regula el comportamiento de los familiares, asegurando que sus acciones se alineen con el objetivo principal del hospital.

Los sujetos al ser tomados por este discurso, puede presentar cierta indiferencia con aquellos espacios que no pertenezcan directamente a la meta de la salud física del paciente, como lo serían los espacios psicológicos. Esta falta de interés por la salud mental podría interpretarse una alineación

estrecha con lo que representa la institución hospitalaria. A propósito de este punto, Mayorga & Garbet (2021) en su artículo *Segregación y hospital: la irrupción de lo extranjero* mencionara lo siguiente acerca del amo y la institución “La significativa burbuja se volvió de uso corriente, compartiendo un sentido que circulaba y ordenaba el mundo; significativa amo que gobierna el discurso, y por lo tanto tiene el poder de anular el modo de gozar de cada sujeto” (p. 3). Es decir, la institución puede percibirse como un sitio que sigue sus propias normas, en tanto prioriza un servicio de bienestar de salud, pero a su vez introduce a los sujetos internados en su propio discurso que gobierna en ellos, dando como resultado un efecto de moderación en el sujeto, limitando así su propio deseo y produciendo una rigidez con aquello no se relaciona con lo propuesto por el amo (la institución).

Estas características corresponden al presente tema de investigación, pues se plantea a la salud como una atención que posee varias dimensiones, el hospital no solo actúa como un espacio de atención médica, sino también como una estructura simbólica que moldea actitudes y comportamientos de aquellos que interactúan en él.

Respecto al dominio de investigación institucional de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, la presente investigación muestra una correspondencia con el Dominio 5: *Educación, comunicación, arte y subjetividad*, dado que su estudio se centra en la subjetividad, este término es entendido como:

El proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación en tanto su orientación es la producción sistemática y permanente de significados que convierte a los sujetos en únicos e irrepetibles, a partir de su interrelación con el conocimiento, la historia y las formas de organización con que se enfrenta la realidad, así como las interacciones intra e intersubjetivas. (párr. 1)

Este dominio es relevante para nuestra investigación, puesto que toma en cuenta elementos externos e internos del sujeto como un factor importante en la construcción de su subjetividad. Nuestro estudio, que se enfoca en los efectos del discurso institucional hospitalario en los familiares de los

pacientes, se conecta directamente con esta línea de investigación que abarca la singularidad del sujeto y su entorno.

Dentro del eje de la Secretaría Nacional de Planificación (2021), se encuentra una correspondencia con el eje Social: *salud gratuita y de calidad*, debido a que se destaca en él lo siguiente:

Existe la necesidad de brindar una atención oportuna, de calidad y accesible a todos los usuarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Esta atención debe contemplar las dimensiones del derecho a la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles. (p. 63)

Estas características de este eje corresponden a nuestro tema de investigación, pues se plantea a la salud como una atención que posee varias dimensiones, buscando de esta manera un servicio integral y de calidad. Este enfoque reconoce que la promoción y prevención de la salud, así como el acceso a un espacio psicológico, son elementos fundamentales que no deben pasar a un segundo plano. En el contexto de nuestra investigación, asegurar la integración de estos aspectos es clave para ofrecer una atención oportuna y completa que responda a las necesidades tanto físicas como emocionales de los pacientes y sus familiares.

Por otra parte, el objetivo de la Secretaría Nacional de Planificación (2021), que toma correspondencia con la investigación es el objetivo 6: *garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad*. Por su visión integral acerca de la salud, por ello se menciona:

Existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordado de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano como lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de las capacidades del individuo. (p. 68)

Su enfoque entre lo físico y lo psicosocial, son apartados que indican la importancia de un ambiente sano para promover las capacidades del sujeto, por ende, este objetivo resulta pertinente para nuestra investigación al tomar en cuenta el ambiente de los familiares hospitalizados como un factor que influencia en su bienestar, especialmente en lo que respecta a la salud mental, que es el foco central de nuestro estudio.

Conforme a las Naciones Unidas Ecuador el objetivo del Plan de Desarrollo Sostenible que guarda correspondencia con la investigación es el objetivo 3: *Salud y Bienestar*, que busca garantizar para todos y en todas las edades, una vida sana y la promoción de su bienestar. Como meta de este objetivo, nos resulta importante:

Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. (párr. 8)

Dicha meta, nos habla del acceso a servicios de salud esenciales de calidad, por ende, abarca también un servicio psicológico como parte de una cobertura sanitaria completa. Esto subraya el compromiso de las instituciones de salud, como los centros hospitalarios, en proporcionar un cuidado que no solo atienda las necesidades físicas, sino también las psicológicas de los pacientes y sus familias.

Planteamiento del problema

La hospitalización constituye un proceso que involucra un quiebre en la cotidianidad de quien se deba de someter a esta. Independientemente de las razones por las que ocurra, la hospitalización representa un evento traumático para muchos sujetos, tanto para aquellos atravesados por la pérdida de salud, como para aquellos familiares que acompañan en este proceso. Por lo que es esencial el abordaje del psicólogo clínico para ofrecer un espacio de escucha a las demandas subjetivas de familiares. Se hace énfasis en los familiares de pacientes, ya que la problemática observada ocurrió en un hospital pediátrico de Guayaquil en donde gran parte de los pacientes eran niños de menos de cinco años que no podían recibir atención psicológica y se brindó el espacio a sus familiares.

Durante la hospitalización, muchas dimensiones a nivel subjetivo se ponen en juego dado el discurso operante dentro de las instituciones hospitalarias, que es el discurso del amo. Según Murillo & Manuel (2021), en su revisión bibliográfica de los discursos en el psicoanálisis, dirá con respecto al discurso del amo:

Es de una dialéctica entre el amo y el esclavo, formas de dominio y sumisión, relaciones de poder, que ponen en juego el trabajo, el saber, la producción, el consumo, la verdad, el goce. El problema general a que remite el Discurso del Amo es el gobierno: gobernar, manejar, mandar, legislar, comandar, dominar, regir (p. 4).

De esta forma, en los hospitales, existe una relación particular entre pacientes y familiares frente a la institución hospitalaria y médicos. Esta dinámica coloca a estos primeros en una posición donde su goce y su deseo son regulados, priorizando la preservación de la salud y dejando de lado aspectos que no se consideren necesarios, como la subjetividad. Por lo que esta se ve ignorada, ya que el discurso médico apunta a la categorización nosológica de pacientes, donde no hay espacio para lo singular de cada uno. Siguiendo esta idea Maquilón (2018) dirá que:

A nivel de salud mental y sus políticas con las cuales traen un cumulo de campañas, de talleres, de protocolos con los cuales quieren normativizar y educar aquello que no es educable, de regular aquello que no es regulable, y además nos topamos a un sistema clínico que sustenta que el trastorno mental es para todos [...], para la salud y la salud mental no hay sujeto de la enunciación, solo sujeto del enunciado (p. 73).

Es necesario tener estos aspectos en consideración, ya que en los hospitales se produce una objetivación simbólica de pacientes y familiares, de modo que no se produce una demanda subjetiva de parte de ellos, ya que están ubicados en posición de objeto bajo el discurso institucional y del médico.

De acuerdo a López & Salomone (2014), en su investigación titulada como *El psicoanálisis en dispositivos públicos de salud: nuevas preguntas para la ética en un nuevo contexto socio-histórico a partir de una lectura clínica*, “las políticas de salud mental actuales dentro de instituciones como hospitales promueven una lógica uniformizante que limita las prácticas psicológicas” (p. 6). Por lo tanto, la normatividad institucional no deja espacio para la singularidad del paciente, como subraya el mismo estudio al enfatizar la importancia de mantener una lectura clínica que considere la subjetividad de los pacientes, más allá de las presiones institucionales. Lo cual, implica

reconocer y acoger la singularidad que se esconde detrás de la aparente uniformidad de los entornos hospitalarios en relación con los malestares psicológicos.

Entonces, es evidente que el hospital, como institución regida por un discurso del amo, prioriza la salud física y puede subestimar las necesidades emocionales de los familiares de los pacientes internados. Este contexto normativo, contribuye a la ausencia de demanda de atención psicológica de parte de familiares.

Por ello, es crucial explorar más a fondo en cómo influye el discurso del amo en la falta de demanda de atención psicológica en un ambiente hospitalario.

Pregunta general

¿De qué manera influye el discurso del amo en la falta de demanda de atención psicológica de los familiares de niños hospitalizados?

Preguntas específicas

- ¿Qué caracteriza el discurso del amo en el contexto hospitalario?
- ¿Cómo se manifiestan las demandas de atención psicológica en el hospital?
- ¿Cómo influye la hospitalización en la ausencia de demanda subjetiva en los pacientes y familiares?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la incidencia del discurso del amo en la ausencia de demanda de atención psicológica por parte de los familiares de pacientes hospitalizados en un ambiente hospitalario, a través de un método descriptivo con el fin de comprender su impacto en la práctica clínica con padres de pacientes hospitalizados.

Objetivos específicos

- Caracterizar el discurso del amo por medio de una revisión de fuentes bibliográficas.
- Explicar de qué manera se construye una demanda subjetiva.
- Identificar los efectos que derivan del discurso del amo en la falta de demanda de atención psicológica en los familiares de pacientes hospitalizados, mediante una revisión bibliográfica

Justificación

La hospitalización es un proceso que lleva consigo una carga emocional significativa para el paciente, pero a su vez también para el familiar que cumple el rol de acompañante en todo momento. Estas circunstancias podrían aumentar la necesidad de apoyo psicológico por parte de esta población, sin embargo, en muchos contextos hospitalarios esta necesidad no se traduce en una demanda activa de atención psicológica. Este fenómeno parece estar relacionado con un discurso institucional, que prioriza el bienestar físico del paciente sobre otros aspectos relacionados también con la salud, como lo sería la salud mental. Siguiendo esta línea, la investigación presente busca comprender como el discurso del Amo visto en las instituciones hospitalarias incide con esta falta de demanda de los familiares, generando de esta manera una barrera que impide la percepción del acompañamiento emocional como una necesidad importante dentro de estos espacios, considerando la carga que tienen los familiares que siguen indicaciones por parte de la institución.

La relevancia de esta investigación radica en su capacidad para aportar información que pueda facilitar una mayor integración de la salud mental dentro de los hospitales, lo que representaría en un modelo de atención mucho más integral. Además, los resultados obtenidos pueden ser utilizados para comprender otros contextos similares donde se den dinámicas institucionales, como lo sería las escuelas o empresas, favoreciendo de esta al servicio de atención psicológica en tanto se explora aquellos elementos que pudieran incidir en su efectividad y accesibilidad.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo con un método descriptivo y explicativo, lo que permitirá profundizar en la experiencia particular de cada participante. Para la recolección de datos, se llevarán a cabo técnicas como la lectura intratextual y entrevistas estructuradas, aplicadas a profesionales de la salud mental que trabajen y tengan experiencia dentro de un entorno hospitalario, delimitando de esta manera el estudio y logrando un análisis pertinente en base a este contexto.

Las limitaciones encontradas en el desarrollo de esta investigación se encuentran ubicadas en la disponibilidad de bibliografía que aborde a los familiares como foco de estudio, ya que, en su mayoría, las investigaciones apuntan al paciente. Otra de las limitaciones encontradas, fue la disposición de psicólogos entrevistados, puesto que la coordinación de tiempos representó un obstáculo para que las entrevistas sean realizadas en la mayor brevedad.

El presente proyecto de investigación se elaboró bajo un marco teórico de tres capítulos, siendo el primero una introducción a la teoría de los discursos planteados por Lacan, haciendo un énfasis particular en el discurso del amo puesto a que se lo vincula con el contexto hospitalario. Dentro del segundo capítulo se analizaron las demandas de atención psicológica en el ámbito hospitalario, explorando como se desarrolla la solicitud del familiar del paciente hospitalizado para el área de psicología y las posibles dificultades en este proceso. Finalmente, el tercer capítulo que da un fin al marco teórico, se planteó la hospitalización como experiencia y proceso subjetivo para pacientes y familiares, reconociendo estos espacios como instituciones que configuran una condición subjetiva para quienes interactúan dentro de ellos.

ANTECEDENTES

En este presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica que abarca diferentes niveles de análisis: nacional, latinoamericano e internacional. Esta revisión tiene como objetivo identificar y comprender las diversas investigaciones que se han realizado en el contexto hospitalario y el papel de la psicología y el psicoanálisis en las instituciones de salud. A continuación, se presentan los antecedentes encontrados en cada uno de estos niveles, proporcionando un panorama amplio y detallado de las contribuciones y hallazgos en estas áreas de estudio.

A nivel nacional, se pudieron identificar artículos científicos de autores que investigan diversas variables relacionadas al contexto hospitalario y el papel de la psicología y el psicoanálisis en instituciones de salud en Ecuador.

Dávila et. al, (2023) realizaron en un hospital público de Cuenca un diseño comparativo, correlacional y transversal titulado *La empatía de los enfermeros con los pacientes en los hospitales públicos*. El objetivo general fue determinar los niveles de empatía en profesionales de enfermería de un hospital de alta complejidad, relacionar la edad con la empatía (y cada una de sus dimensiones), y establecer si existen diferencias entre estos niveles según el tipo de jornada laboral. La metodología utilizada fue la cuantitativa y los instrumentos de medición utilizados fueron la Escala de Empatía de Jefferson para Profesionales de la Salud, además de establecer una asociación entre la empatía y edad por medio de ecuaciones de regresión y significancia estadística de los coeficientes de regresión. Como resultado, se resaltó que los niveles de empatía observados en enfermeros pueden implicar un desempeño deficiente en el cuidado empático de los pacientes.

Rosero, A. (2022) realizó una investigación titulada *Emergencia de la Psicología en Ecuador*. Un estudio de las condiciones históricas de posibilidad e institucionalización, que toma lugar en la ciudad de Quito, Ecuador. El

objetivo principal de la investigación fue comprender desde una perspectiva crítica la emergencia de la psicología en Ecuador, como parte de los discursos de saber inscritos en prácticas de poder. La metodología empleada fue de tipo cualitativo, utilizando herramientas para el estudio de series discursivas insertas en tradiciones de pensamiento educativo, médico y penal vinculadas en estructuras de pensamiento más amplias en las que se anexan: libros, artículos de revistas y actas producidas en Ecuador. Dentro del estudio se concluye que si bien los diferentes discursos y prácticas del saber psicológico, en ciertos casos, han aportado grandes beneficios en la vida de diversos seres humanos, es importante realizar investigaciones críticas como la que se ha propuesto en este trabajo. Mirar con una actitud crítica a lo que se ha propuesto como verdad absoluta y dar cuenta de esas pequeñas cosas que también muestran otra versión de la historia, permitirá reflexionar sobre lo que nos atañe de forma individual y colectiva.

Maquilón (2018) abordó una investigación titulada *El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana*, realizado en Guayaquil, Ecuador. El objetivo general de este estudio es ocuparse de temas relacionados con la salud mental en hospitales desde una mirada psicoanalítica, las urgencias subjetivas, el lugar del practicante de psicoanálisis lacaniano, la política del síntoma, la transferencia en instituciones; por lo cual brinda a los practicantes, información sobre el lugar del psicoanálisis en instituciones de salud con el objetivo de mejorar el saber hacer como profesionales. Para lograr dicho objetivo, se tomó una metodología cualitativa, donde se utilizaron herramientas de recolección de datos como: revisión bibliografía, exégesis de textos y la casuística, en el cual se propone una lectura minuciosa, rigurosa, detallada que permita realizar un recorrido y disponer de los fundamentos teóricos sobre el lugar del psicoanálisis en instituciones de salud, y además servirse de otras fuentes actuales las cuales dan importantes aportes a la práctica. En cuanto a las conclusiones, se destaca que existe un fracaso de las políticas de salud mental en la obtención del bienestar individual, ya que estas apuntan a normativizar aquello que no es para todos, donde debería de

operar lo singular, el caso a caso; además, resalta la importancia de los tiempos lógicos del sujeto.

Estos estudios nacionales, nos permiten dar cuenta que dentro del contexto hospitalario prima un ambiente que no considera plenamente el apartado psicológico, aunque se vea relacionado al hablar de la individualidad del paciente. Dávila et al. (2023) se centran en la empatía de los enfermeros y, cómo factores como: la edad y la jornada laboral, influyen en su desempeño empático, concluyendo que los niveles de empatía pueden afectar la calidad del cuidado. Rosero (2022) ofrece una perspectiva crítica sobre la emergencia y la institucionalización de la psicología en Ecuador, destacando la influencia de los discursos de poder y la necesidad de cuestionar las verdades establecidas para una comprensión más inclusiva de la subjetividad. Por su parte, Maquilón (2018) explora el rol del psicoanálisis lacaniano en instituciones de salud, enfatizando la importancia de intervenciones que respeten la singularidad del sujeto y restablezcan su deseo. Aunque abordan diferentes aspectos, los estudios coinciden en la importancia de mejorar la relación entre políticas institucionales, profesionales de la salud y pacientes. Integrar estos enfoques cuantitativos y cualitativos es crucial para que se dé una práctica clínica que favorezca en mayor medida al sujeto, que a su vez puedan orientar a los hospitales al reconocimiento de la subjetividad.

En el contexto latinoamericano, se han revisado estudios que plantean una relación entre la institucionalización y la condición subjetiva de los pacientes de las instituciones de salud, abordadas desde un enfoque psicoanalítico. Estos estudios revelan tensiones entre las normativas propias de las instituciones y la práctica clínica del psicoanálisis, así como la necesidad de articular la dimensión del goce y la condición subjetividad del paciente en la práctica clínica.

López & Salomone (2014), psicoanalistas de Argentina, realizaron un estudio exploratorio-descriptivo titulado *El psicoanálisis en dispositivos públicos de salud: nuevas preguntas para la ética en un nuevo contexto socio-histórico a partir de una lectura clínica*. El objetivo general de la investigación fue indagar respecto a una problemática actual del psicoanálisis en los

dispositivos públicos de salud, con relación a la articulación de su práctica en los discursos institucionales y los sistemas normativos que lo enmarcan en un contexto socio-histórico actual. La metodología utilizada fue la cualitativa para poder establecer el estudio exploratorio-descriptivo. Como resultado importante se destaca que existe tensión entre las normativas institucionales y la práctica clínica del psicoanálisis, lo que podría dejar el malestar subjetivo de los pacientes hospitalizados sin abordar.

Ordóñez (2018), perteneciente al departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia, realizó una revisión bibliográfica titulada *Psicoanálisis e institución. sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales*. El objetivo general fue proponer una reflexión respecto a la aplicación de principios psicoanalíticos en dispositivos institucionales. La metodología utilizada fue la cualitativa en donde se revisaron textos orientados respecto al malestar en la cultura y los síntomas sociales que se derivan del mismo. Los resultados principales apuntan a que el psicoanálisis debe de ser visto como un complemento necesario para la práctica médica, de modo que se articule la dimensión del goce y la subjetividad del paciente, dichos aspectos suelen ser ignorados en la práctica médica dentro de instituciones.

Machado et. al, (2023) dentro del XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, realizaron una revisión exploratoria y bibliográfica titulada *Psicoanálisis y medicina: crisis del lugar del saber*. El objetivo general consistió en proponer una nueva constitución de la función del médico en el contexto actual de la atención sanitaria, integrando el psicoanálisis para abordar los desafíos contemporáneos en la relación médico-paciente. La metodología utilizada fue la cualitativa mediante la revisión de bibliografía del tema. Los resultados principales indican que la crisis en la función del médico requiere instituir una nueva función que responda a las demandas actuales de los pacientes, reconociendo la diferencia entre demanda y deseo.

Dichos estudios planteados tanto por López y Salomone, Ordoñez y Machado et. al, evidencian que hay un conflicto entre el dispositivo

psicoanalítico en el contexto institucional, además de cierta tensión al momento de llevar la práctica clínica. En las investigaciones planteadas tanto por López & Salomone y Ordoñez, se reconoce que la normatividad dentro de la institución es un factor que interfiere en la práctica clínica y que podría dejar el malestar subjetivo del paciente sin abordar, ya que no es posible pasar del “para todos” a lo singular en este contexto. Machado et. al, por otro lado, concluirá que en que la función del médico requiere una reconfiguración de su papel dentro del sistema de salud, reconociendo de esta manera la diferencia entre demanda y deseo, además de la importancia de establecer un vínculo real con el paciente.

En el marco de la revisión bibliográfica internacional no se ha encontrado suficiente información relacionada al proyecto de investigación, no obstante, se ha identificado un artículo que se alinea a lo explorado anteriormente, puesto que Kaes, R. (1987) aborda un análisis en las instituciones mediante su obra titulada *La institución y las instituciones*, realizada en París. Este libro tiene como objetivo general poner en evidencia el orden propio de la realidad psíquica movilizada por el hecho institucional: movilizadora, trabajada o paralizada y, hay que agregar, apuntalada por la institución. Este trabajo se trata de un estudio cualitativo, dado que se ubican instrumentos de recolección de datos como estudios de caso e interpretación de grupos. Este análisis concluye que las instituciones sociales funcionan como defensas contra las angustias de base persecutorias y depresivas. En la medida en que cumplen funciones defensivas y en que implican el aspecto estructurado de lo social, las instituciones sociales ejercen las funciones que en la personalidad de los individuos son las del yo. Por lo que las instituciones sociales pertenecen al yo de grupo y tienen una historia en la medida en que están vinculadas con las dimensiones y los aspectos socio temporales de la experiencia social.

En conclusión, los estudios revisados a nivel nacional, latinoamericano e internacional destacan las tensiones existentes entre las normativas institucionales y la necesidad/demanda de una atención más personalizada que aborde la subjetividad y el malestar psíquico de los pacientes. A nivel nacional, se evidencia que mejorar la empatía en los profesionales de salud y

adoptar enfoques más inclusivos, como el psicoanálisis, puede tener un impacto positivo en la calidad del cuidado. A nivel latinoamericano, se reconoce que la integración de la psicología y el psicoanálisis en las instituciones de salud enfrenta desafíos, pero es esencial para un tratamiento integral que vaya más allá de los enfoques médicos tradicionales. Finalmente, los análisis internacionales señalan que las instituciones, al funcionar como defensas psíquicas, deben ser repensadas para ofrecer un espacio donde se considere mucho más la singularidad y el deseo del paciente. Estos estudios convergen en la necesidad de transformar las instituciones de salud para garantizar un bienestar más integral con la dimensión subjetiva de los pacientes.

CAPÍTULO 1

Caracterización del Discurso del Amo

Introducción al discurso desde Lacan

En primer lugar, para comprender el Discurso del Amo y su relación con las instituciones hospitalarias, es necesario abordar el planteamiento de Lacan respecto a los cuatro discursos que formalizará en su *seminario XVII: El reverso del psicoanálisis*, donde parte de la conceptualización de la palabra “discurso”. En dicho seminario, Lacan (1969) dirá que el discurso es “una estructura necesaria que excede con mucho a la palabra” (p. 10). Por lo que, es una constitución de operaciones que no se limita al intercambio verbal, sino que va más allá, en tanto opera como una estructura simbólica que instaura las relaciones entre el goce de los sujetos y el saber.

Es importante ahora poder distinguir que, para Lacan, el concepto de estructura es profundamente diferente al de otros enfoques. Desde el estructuralismo este concepto ha sido ampliamente estudiado, Claude Lévi-Strauss (1958) en su texto *Antropología Estructural* afirma que: “Una estructura presenta un carácter de sistema. Consiste en elementos tales que una modificación cualquiera en uno de ellos entraña una modificación en todos los demás” (p. 301). Desde dicha doctrina, una estructura opera como un sistema organizado de relaciones, en tanto se construyen significados a partir de las interacciones entre sus elementos.

Uno de los conceptos claves en el estructuralismo de Lévi-Strauss es el lenguaje. Según Zubkow (2024), en su artículo *El psicoanálisis y el modelo estructuralista*, el estructuralismo asimila el “lenguaje como equivalente a estructura” (p. 115). A partir de este planteamiento, del lenguaje como una estructura, el propio Lacan (1986) en su Seminario XI titulado *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* formula lo siguiente: “El inconsciente está estructurado como un lenguaje” (p. 28), integrando esta noción al psicoanálisis.

En este sentido, Lacan introduce el concepto del inconsciente como una instancia que se organiza a través del lenguaje, de modo que son los significantes los que se inscriben en el aparato psíquico y adquieren sentido en su relación con otros significantes, no de manera aislada. Lo que permite componer la red de significantes que estructura el inconsciente. Lacan, más adelante en el mismo seminario señala: “La naturaleza proporciona, por decirlo con su palabra, significantes, y estos significantes organizan de un modo inaugural las relaciones humanas, proporcionan sus estructuras, y las modelan” (p.28). De esta manera, Lacan integra el lenguaje junto con los significantes a la noción de discurso, que como se mencionó anteriormente, no se limita al intercambio verbal.

Ahora bien, retomando el discurso, Lacan profundizará esta idea, y delimitará los elementos que lo conforman, siendo estos los siguientes: el significante Amo como el que organiza el discurso (S1), el significante del saber (S2), el sujeto tachado por la falta (\$) y el objeto que moviliza el goce (a). Dichos elementos, no se nos presentan de manera aislada, sino que actúan entre sí para formar y configurar el discurso. Lacan (1969), explicará la relación de cada uno de estos elementos de esta manera:

Esta fórmula dice que en el preciso instante en que interviene S1 en el campo ya constituido por los otros significantes en la medida que se articulan ya entre ellos como tales, al intervenir sobre otro, sobre otro sistema, surge esto, \$, que es lo que hemos llamado el sujeto en tanto dividido. Este año debemos considerar otra vez su estatuto, con todo su acento. Finalmente, hemos acentuado desde siempre que de este trayecto surge algo que se define como una pérdida. Esto es lo que designa la letra que se lee como el objeto a (Lacan, 1969, p. 13).

Estos cuatro elementos que componen el discurso tal y como lo plantea Lacan, a su vez también ocupan cuatro lugares dentro de la configuración simbólica del discurso, siendo estos lugares: el lugar del Agente, el de la Verdad, el del Otro y el de la Producción. A partir de esto, Zabalgoitia y Asensi (2023) en su texto *Psicoanálisis, educación y cultura. Presencias, omisiones*

y resistencias al inconsciente, ofrecen una explicación de cada elemento y como estos se ubican en la configuración simbólica del discurso:

El lugar de la S1 se corresponde con el “significante amo”, el de la S2 con el “saber”, el de la \$ con el sujeto barrado, y el de la a con el goce (lugar de la verdad y de la producción) (Zabalgoitia & Asensi, 2023, p.48).

Mostrando de esta manera cómo los cuatro elementos que componen el discurso lacaniano se distribuyen en lugares específicos dentro de su configuración simbólica. El significante amo (S1) ocupa el lugar del Agente, siendo el eje organizador del discurso, el que impone una lógica de poder y autoridad. El significante del saber (S2) se ubica en el lugar del Otro, representando el saber que se transmite de manera mediada, reflejando la posición del Otro como portador de conocimiento. El sujeto barrado (\$), en el lugar de la Verdad, subraya la falta estructural del sujeto, quien se encuentra en una posición de incompletitud y búsqueda. Finalmente, el objeto a, en el lugar de la Producción, se asocia al goce y al deseo, siendo el elemento que provoca una cadena de efectos en el sujeto, manteniendo viva la tensión entre deseo y falta.

$$\frac{S1 \text{ (Significante amo)}}{\$ \text{ (Sujeto tachado)}} \rightarrow \frac{S2 \text{ (Saber)}}{a \text{ (objeto)}}$$

Estos lugares y elementos no solo tienen roles teóricos dentro del esquema del discurso, sino que también están interrelacionados con la dinámica simbólica que regula las relaciones de poder, saber y deseo en la subjetividad, mostrando cómo las interacciones en el discurso son siempre mediadas por la falta y el deseo configurando también lo que Lacan plantea como “lazo social” entre los sujetos. Es necesario aquí mencionar, antes de continuar con esta teorización del discurso, la relación que Lacan plantea entre el lazo social y el discurso. En este sentido, Lacan (1970) menciona que el lazo social “Está ya en el mundo y lo sostiene [...] No sólo está ya inscrito, sino que forma parte de sus pilares” (p. 13), es a través del lazo social que se establecen las relaciones entre los sujetos, es decir, los tipos de lazo. Surmani, et al. (2021) dirán con respecto al lazo social que:

Un lazo social no hace referencia a cualquier tipo de vínculo, sino que establece una relación de parejas asimétricas: profesor y alumno en el discurso universitario; el amo y el esclavo en el discurso del amo; la histórica y el amo en el discurso histórico; el analizante y el analista en el discurso del analista (Surmani et al., 2021, p. 4).

El lazo social opera de modo que los sujetos se vinculan entre sí, construyen relaciones y buscan otras nuevas, las cuales se sostienen por medio del discurso. A propósito de ello, Najles (2006), en su texto *Psicoanálisis con niños y problemas de aprendizaje* afirma, según Miller (1996, citado en Najles, 2006), que "si el otro no existe, si el otro como garante de una verdad universal no existe, entonces lo que ocupa su lugar, como lo dijo Lacan, es el discurso como principio del lazo social" (p. 33). Así, no es sólo el lazo social lo que representa uno de los pilares de la sociedad, al no existir un Otro absoluto garante de respuestas; es el discurso y sus modos de manifestarse los que posibilitan y configuran el modo de hacer lazo social con los demás.

Ahora bien, una vez elaborado el concepto de lazo social, es necesario profundizar en cómo se articula con el goce, ya que este último juega un papel central dentro de la configuración de los discursos. Como se ha venido mencionando, el discurso sostiene el lazo social, de modo que establece las relaciones entre los sujetos con el saber, el significante amo y el objeto a, pero estas relaciones no están únicamente atravesadas por lo simbólico, existe ahí una dimensión de goce que está detrás de cada una de estas interacciones.

El goce, en este sentido, se manifiesta como un efecto de la dinámica de los discursos, una dimensión inaccesible que organiza las relaciones entre los sujetos. Najles (2006) dirá en su mismo texto que "no solo la fraternidad sino todo lo que existe en la sociedad se basa en la segregación, equivale a decir que todo lo social se efectúa en nombre de algo que es separado, desprendido, producido: el goce" (p. 34).

Por lo tanto, si bien comprender el lazo social es fundamental, lo que define la dinámica de los discursos es el lugar que ocupa cada elemento (el sujeto, el significante amo, el saber y el objeto a) dentro de su estructura: el Agente,

la Verdad, el Otro y la Producción. Los cuatro discursos de Lacan (el del amo, el histérico, el universitario y el analista) representan formas específicas de lazo social, organizadas por los mismos elementos, pero con un ordenamiento distinto en los lugares que componen el discurso. Este ordenamiento no solo funciona como estructurador de las relaciones simbólicas, sino que, además, regula las formas de goce que emergen a partir de cada uno de ellos.

Los Cuatro Discursos Lacanianos

Es preciso ahora abordar los cuatro discursos propuestos por Lacan, cada uno parte de una primera fórmula la cual caracteriza al discurso del amo. Si bien todos estos discursos son de gran relevancia en la teoría psicoanalítica, este proyecto de investigación se centrará particularmente en el discurso del amo. De manera breve, y con el objetivo de proporcionar contexto adicional, se explicará primeramente el discurso histérico, seguido por el discurso universitario y el discurso del analista, antes de profundizar en el discurso del amo, que como ya fue mencionado es uno de los ejes centrales de esta investigación.

Primeramente, en el discurso histérico, es el sujeto tachado (\$) quien se encuentra en posición de Agente y que le habla al S1 que se encuentra en el lugar del Otro y, el sujeto, exige una verdad o respuesta. Sin embargo, esta verdad nunca va a ser respondida en plenitud ni va a satisfacer la demanda propia del discurso histérico. Este discurso toma su nombre porque es justamente el sujeto histérico quien desafía al amo, exigiéndole una respuesta, que como ya mencionamos, resulta insuficiente. Es decir, marca una relación evidente con el deseo, en la que este se torna insatisfecho. Zabalgaitia & Asensi Pérez (2023) dirán con respecto al discurso histérico que “Todo lo que el amo pueda decir sobre aquélla no alcanza lo que ésta es, un objeto maravilloso que excede el discurso del amo” (p. 59).

A su vez, lo que el S1 produce es el saber (S2) que ocupa el lugar de la verdad. Saber que el discurso histérico cuestionará. A propósito de ello Zabalgaitia & Asensi Pérez (2023) dirán en esta misma sección del texto en la que nos situamos que “excede el del amo, construye miles de frases, interpretaciones, denuncias, se levanta del diván, mira al analista, todo lo que

se le presenta es demasiado limitado para contenerla” (p. 59). El objeto a quedará como residuo de este proceso: el goce que se escapa de dicha simbolización, dejando al sujeto en una búsqueda interminable.

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

Por otro lado, avanzando con el discurso universitario, este se organiza desde una lógica diferente al histérico, Lacan (1969) lo definirá de manera muy clara al afirmar que “aquí el S2 ocupa el lugar dominante en la medida que el saber ha ido a parar al lugar del orden, del mando, al lugar ocupado en un principio por el amo” (p. 109). De modo que comprendemos como el saber, al estar posicionado en el lugar del agente, no solo organiza el discurso, sino que también se impone como autoridad simbólica. El saber se presenta aparentemente como neutral o científico, pero en realidad opera como una forma de control, ignorando el S2 en posición de verdad. En el lugar del producto se encuentra el sujeto tachado (\$), quien es constantemente evaluado y jerarquizado por el saber, a través de mecanismos como exámenes, logros académicos y certificaciones, debido a esto recibe el título de universitario, haciendo referencia al control ejercido por el saber y cómo los estudiantes deben de ponerse al margen de las expectativas y estándares exigidos. El objeto a, por su parte, se sitúa en el lugar del Otro, representando aquello que el saber intenta capturar pero que siempre escapa.

Zabalgoitia & Asensi Pérez (2023) dirán al respecto del discurso universitario que “Ese plus-de-goce se consigue, por ejemplo, cuando la lección se ha aprendido correctamente, cuando se repite de memoria el saber (S2) transmitido, cuando el examen ha salido de maravilla...” (p. 67). Esto significa que el objeto a está asociado con el reconocimiento y éxito académico, pero también evidencia la imposibilidad de que el saber capture completamente el goce.

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

El discurso del analista por su parte surge dentro del acto analítico mismo, aquí nuevamente se da un giro en los elementos ya mencionados,

donde el lugar de agente es ocupado por el objeto a. Murillo & Manuel (2021) en su artículo titulado *¿Por qué hay cuatro (o cinco) discursos para el psicoanálisis?* mencionan con respecto a esto que: “es la causa del deseo lo que se ubica en el lugar de agente del discurso. Y dado que es el analista quien en la transferencia ocupa ese lugar: hace semblante de ese objeto” (p. 5). Siendo así un elemento que apunta a un trabajo de división subjetiva, ya que no se posiciona como un Otro quien dispondrá de un conocimiento o respuesta para el paciente, sino que, este objeto a se presenta como un vacío caracterizado por el analista y por ende genera un sujeto en falta (\$).

A partir de este lugar de falta, se produce lo que Lacan denomina como "producción", que en el discurso del analista está ocupada por el S1. Murillo & Manuel (2021) explican que “en el discurso del Amo el sujeto trabaja para Otro que explota su saber, aquí trabaja a partir de su propia división, para producir los significantes Amo de los cuales esta se sujeta” (p. 5). Es decir, el sujeto, al atravesar esta experiencia, puede producir nuevas articulaciones simbólicas que lo lleven a resignificar su posición ante el deseo y el goce. Este proceso implica que el analista, desde su posición de semblante de objeto a, habilita un espacio donde el paciente pueda articular una relación distinta con su falta y su deseo, en un movimiento que permite la emergencia la verdad que es ocupada por el S2, por lo tanto, se llega a un saber dentro del trabajo analítico.

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Habiendo avanzado en este recorrido a través de los cuatro discursos propuestos por Lacan, comenzaremos a examinar el discurso del amo, cuya naturaleza es particularmente relevante para el abordaje del proyecto. Este discurso establece una relación de dominio y sumisión entre el amo y el esclavo, articulada a través de la dinámica entre el S1 (Significante Amo) y el S2 (Saber). En su estructura, el sujeto, al estar en posición subordinada debajo del S1, no logra representarse más allá de la marca simbólica que le otorga éste. Nogueira (2020) respecto al discurso del amo, dirá en su artículo nombrado *El discurso del amo: algunos antecedentes a su escritura e incidencias del S1* lo siguiente:

El sujeto está totalmente absorbido por la marca que implica el S1; no se distingue de ella y todo es reinterpretado desde y por ella. En aquel caso, no se establece distancia entre el sujeto (\$) y el S1, que tal como lo explicita la fórmula, no es más que la verdad de ese S1. Marca que, por otro lado, será la condición necesaria, para poner a trabajar al S2, y que se arribe a alguna producción de goce (p. 5).

Es decir, Nogueira subraya la centralidad del Significante Amo (S1) en el marco del discurso del amo, dando a entender que existe principalmente una influencia determinante en la relación con el sujeto y en los efectos que este ejercicio de dominio produce sobre su subjetividad. Esta influencia se manifiesta en la alineación del sujeto con el S1, lo que a su vez lo sitúa en una posición de dependencia frente a este significante. Este proceso tiene una consecuencia colateral, el despliegue del saber (S2) bajo una lógica de dominio, donde el conocimiento no emerge con el fin de distanciar al sujeto del S1, sino más bien, surge como una herramienta subordinada que facilita la producción de goce bajo los parámetros que establece quién ocupa el lugar de Amo.

Por lo que, el significante amo no solo organiza y condiciona al sujeto, sino que también subordina al saber (S2), estableciendo un mecanismo en el que este opera bajo las demandas del S1. Como resultado de esta dinámica, se produce un plus-de-goce, un residuo dentro de la relación entre el S1 y S2 que logra escaparse, marcando la relación del sujeto con el goce. Así, el sujeto queda atrapado en esta lógica de subordinación, donde su producción de sentido y goce están definidas por el control ejercido por el S1, imposibilitando cualquier distanciamiento crítico de esta posición que lo somete, como lo sería la falta. Para complementar esta idea, Zabalgaitia & Pérez (2023) hablan acerca del lugar que ocupa el sujeto mencionado que: “Si en el discurso del amo el sujeto barrado está en posición inconsciente, esto se debe a que S1 no quiere saber nada de divisiones ni de síntomas” (p. 56). Es decir, dentro de la lógica que sigue el S1 como agente, se niega la división del sujeto, absorbiendo su subjetividad y síntomas, siendo así que dentro del discurso del amo no solo existe una influencia en la relación del sujeto con el saber,

sino que también se dicta la verdad desde una posición de control, siendo el sujeto un subordinado en esta estructura simbólica.

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

El Discurso del Amo en la Institución Hospitalaria

Habiendo explorado el discurso del amo y los cuatro discursos lacanianos, resulta fundamental analizar cómo se manifiestan en las instituciones, haciendo un énfasis especial en las hospitalarias, que constituyen la población de interés en esta investigación. Para ello, es importante profundizar en el concepto de institución, el cual se refiere a un “Organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente” (Real Academia Española, s.f., definición 3). Es decir, puede entenderse como una entidad presente en la sociedad, y que es definida por su propósito en brindar un servicio que genere un beneficio para los sujetos vinculados a ella. Este concepto no sólo habla de una función operativa únicamente, sino que también da cuenta de un espacio donde se ven manifestadas dinámicas sociales, roles e intereses que pueden llegar a influir directamente en la subjetividad de las personas involucradas.

Por otro lado, dentro de los estudios relacionados con la salud mental, la psicología institucional se destaca como una disciplina clave para comprender el concepto de institución conforme a los intereses de la investigación psicológica. Diversos autores han analizado tanto su significado como el rol que desempeña la psicología en este ámbito, explorando cómo las dinámicas institucionales impactan en las personas y en su bienestar psicológico. Entre las principales figuras de la psicología institucional, Bleger (1967, como se cita en Schroeder, 2021) establece una definición de institución y se refiere a ella como:

Una relación que se prolonga durante años con el mantenimiento de un conjunto de normas y actitudes no es otra cosa que la definición misma de una institución. El encuadre es entonces una institución dentro de cuyo marco, o en cuyo seno, suceden fenómenos que llamamos comportamientos. Lo que me resultó evidente es que cada institución

es una parte de la personalidad del individuo. Y de tal importancia, que siempre la identidad —total o parcialmente— es grupal o institucional, en el sentido de que siempre, por lo menos una parte de la identidad se configura con la pertenencia a un grupo, una institución, una ideología, un partido, etc. (p. 45)

Esta conceptualización permite notar otro rasgo importante de este concepto, puesto que no sólo lo aborda como un organismo donde varios individuos interactúan, sino que marca la presencia de normas y actitudes que son compartidas por los integrantes del grupo. Esta característica orienta a entender la dinámica que se rige en las instituciones, destacando en ellas interacciones que se encuentran condicionadas por el mandato de un superior, quien se encarga de mantener aquellas normas para el manejo funcional del organismo, aunque en consecuencia este modo de operar de las instituciones llegan a configurar la identidad particular del sujeto por una compartida por la agrupación, mediando así sus necesidades, pensamientos y deseos que son propios del mismo.

La institución vista desde la perspectiva psicoanalítica ofrece una visión no distante de los puntos ya mencionados, puesto que dentro de los discursos planteados por Jacques Lacan se pueden observar aquella dinámica de las instituciones, distinguida por ser una agrupación donde operan reglas y se mantiene una personalidad compartida con los miembros, este eje resulta similar al discurso del Amo donde se opera bajo el mandato de un propietario, es decir, dentro de las instituciones se desenvuelven bajo un discurso donde alguien ocupa un lugar de saber que resulta de interés para el sujeto, en tanto tiene algo que ofrecer, por ende se alinea a este mismo, compartiendo intereses y deseos, que pueden ser representados en la aceptación de normas o reglas, aunque en consecuencia los deseos del sujeto se encuentran regulados por este Amo. Este último enfoque muestra una visión de la institución flexible en tanto no limita sus características a lugares específicos, sino que, profundiza esta dinámica en un formato que puede surgir mientras exista alguien que ocupe este lugar de Amo y ofrezca un saber para el individuo, un discurso.

En el entorno hospitalario pueden encontrarse estas particularidades de la institución, en vista de que en ellas se presenta un sistema que mantiene una variedad de reglas en base a un saber, que no provienen del sujeto internado (el paciente) o de algún familiar, sino que le pertenece a quien ocupa el lugar de Amo en el centro de salud: el médico. Desde esta perspectiva, la medicina puede entenderse no sólo como una práctica científica inicialmente, sino también como un discurso que regula las relaciones entre los sujetos involucrados en el sistema de salud. Este discurso establece jerarquías, define roles y valida saberes, consolidando su posición como una demanda de poder que estructura tanto las dinámicas institucionales como las subjetividades de quienes participan en ellas, en este sentido Sotelo, I. (2004) ofrece una mirada psicoanalítica sobre la medicina, mencionando que “Es un discurso que pone en relación un significante S1 que representará al sujeto dividido frente a otro significante S2; de esta operatoria, se produce, o se pierde, el objeto que para la medicina será la enfermedad (p. 100)”.

Este planteamiento resalta cómo el discurso del Amo visto en la medicina llega a organizar las relaciones simbólicas entre los significantes, subordinando al sujeto a una lógica donde el saber (S2) opera en función del dominio ejercido por el S1. Dentro del campo de la medicina y los hospitales, esta dinámica se puede traducir en la construcción del objeto “enfermedad”, es decir, la enfermedad no es parte de una realidad objetiva únicamente, sino también proviene de una construcción dada por discurso de quien ocupa el lugar de S1 y su relación con el S2. Bajo estos parámetros, el paciente que se encuentra internado en una institución hospitalaria puede verse reducido a un diagnóstico o categoría del saber del médico, produciendo un efecto donde los aspectos vinculados a su singularidad, subjetividad y deseo, se encuentren desplazados e invisibles para este amo, que orienta al sujeto desde su saber, pero sin que este sea consciente de sí mismo.

Entonces, se considera que, dentro de los hospitales, donde existe un sistema institucional, se encuentra presente un saber que es determinado por alguien de un lugar dominante o recesivo, como vendría ser el médico, un profesional que tiene un saber para tratar el malestar referente a lo físico.

Fernández, A. (2023) en su artículo titulado *El concepto de discurso como articulador entre escucha analítica e interconsulta hospitalaria* mencionan que:

El Orden médico instauro -para todos, como partes de dicho discurso- que el profesional debe saber curar o, de lo contrario, que debe haber alguien más que podrá hacerlo y al que deberá convocar. Señalamos que, cuando dicho saber curar se presenta como una verdad absoluta, cuando dicho deber se instala como Ideal inamovible, el sufrimiento de quien lo sostenga -sea profesional, enfermo o familiar- se vuelve aplastante. (p. 4)

El orden médico remite a una postura rígida en la que el profesional de la salud debe cumplir un ideal dado a los conocimientos que posee y que repercuten en el bienestar de alguien más. Este orden convierte el discurso del médico en un lugar donde se encuentra una verdad inamovible, con características absolutas que no solo ejercen presión a los especialistas del campo, al tener que sostener aquel saber definitivo, sino también a los pacientes hospitalizados y sus familiares para llegar a estar alineados a la institución por medio de las reglas que estas manejen, y es que estar atentos al discurso del médico les ofrece una respuesta a su malestar o enfermedad que es en su mayoría de carácter físico.

Por lo tanto, en el ámbito de la psicología hospitalaria, surge una problemática que vincula su entorno con el estado inicial del paciente y de sus familiares. Este ambiente, aunque llega a ser esencial para preservar la salud física, puede influir de manera inconsciente en el sujeto, marcando una distancia con su singularidad y deseos propios. Por ello se identifica un impacto significativo en la intervención psicológica, especialmente en aquellas que se guardan una relación con las demandas de los familiares de los pacientes hospitalizados, dando origen a un desafío para el trabajo del personal de psicología, ya que requieren atender no solo las necesidades emocionales y subjetivas de los familiares, sino también deben considerar el contexto que llegan a condicionar a estos mismos.

Si bien es una situación recurrente en estos ambientes, es importante destacar que este efecto no es resultado de una acción consciente o

intencionada por parte del personal médico, sino que responde a la propia naturaleza del contexto hospitalario. La medicina, como disciplina, tiene una trayectoria histórica orientada a velar por el bienestar humano, desempeñando un papel fundamental en la preservación de la salud, y es que tradicionalmente la relación que ha tenido el médico con el paciente siempre ha buscado promover el bienestar de este mismo de la mejor manera. Calvo, D. (2021) en su artículo titulado *La relación médico paciente* hace mención del modelo Paternalista, el cual representa la forma más tradicional de esta relación:

El paternalismo se basa en la noción de que el médico, ya sea por su conocimiento superior o por algún impedimento del paciente secundario a su enfermedad, tendría mejor percepción de los mejores intereses del paciente que el mismo paciente; o que las obligaciones del médico son tales que está obligado a hacer lo que está médicamente bien, o aun lo que no está “bien” para el sistema de valores del paciente. Por tanto, el médico tiene el poder de tomar las decisiones en la relación terapéutica, y el paciente está obligado a confiar en el médico implícita y completamente. En otras palabras, la jerarquía de la relación paternalista es de dominio de parte del médico y sumisión de parte del paciente. (p. 6)

De esta manera, notamos que este vínculo tradicional de médico-paciente es motivado principalmente por la beneficencia del caso, es por ello por lo que, aunque se muestre una jerarquía donde el médico toma una posición de poder frente al paciente, estos roles asignados se dan a fin de brindar un bienestar a este mismo. La medicina pese a que se encuentra al servicio de cada individuo para responder a su malestar, también está vinculada a un lazo de confianza donde el peso del conocimiento médico puede llegar a irrumpir con los valores del sujeto, y es que, en esta búsqueda de priorizar el bienestar, su conocimiento de lo que está “bien” puede llegar a desplazar lo conocido por el paciente, por lo que sus creencias y deseos ceden al saber del médico, sin llegar a cuestionarlo.

Por tanto, dado al impacto que puede llegar a tener esta experiencia en la subjetividad de los pacientes y de sus familiares, resulta crucial para la psicología identificar y abordar estos efectos inconscientes. De esta manera, se puede garantizar una atención mucho más integral que contemple tanto la dimensión física como la emocional y psicológica del individuo. Este enfoque no busca cuestionar la importancia de la medicina, sino enriquecer el trabajo interdisciplinario para ofrecer un cuidado más completo.

CAPÍTULO 2

Demandas de Atención Psicológica en el Ámbito Hospitalario

Demanda de Atención Psicológica

Una vez caracterizados los discursos lacanianos, y en particular el discurso del amo en las instituciones hospitalarias resulta pertinente abordar cómo se manifiestan las demandas de atención psicológica. Es necesario, en primer lugar, aclarar lo que significa una “demanda” ya que su definición varía según la postura desde que se la entienda. El término demanda se refiere a una “Súplica, petición, solicitud” (Real Academia Española, 2014, definición 1). Esta concepción general resulta útil para comprender el contraste dentro de la terminología médica, psicológica y psicoanalítica, en donde, en primera instancia refleja una solicitud de algo que se considera necesario. Este concepto, no remite directamente al ámbito médico, sino que en su lugar emplea el “Motivo de consulta”, que corresponde a una lógica distinta. Por otro lado, dentro del psicoanálisis y en la práctica del psicólogo clínico que incorpora el método psicoanalítico, la demanda adquiere una resignificación puntual, la cual se irá abordando a profundidad en los párrafos siguientes. Por lo que es preciso conceptualizar, en este apartado, el motivo de consulta desde la perspectiva del personal médico.

Para comprender el motivo de consulta, a propósito del ámbito médico, Albert, J. en su *Guía básica para la confección de una Historia Clínica publicada en la revista electrónica Portales Médicos*, indica que este “Se refiere a la anotación breve de los síntomas que hacen consultar al paciente, debiéndose escribir las propias palabras de este” (2007). Este concepto se refiere a la descripción de los síntomas que el paciente pueda referir por medio de su discurso y que lo orientan a buscar ayuda médica. El médico, quien recibe la solicitud, deberá estar muy atento para desarrollar el abordaje a

seguir, en casos, el personal médico deberá pedirle al paciente que relate cual es la afección que más le preocupa, si es que menciona varias. Es decir, en este primer momento de atención, se manejan mucho los detalles fenomenológicos que el paciente refiere para que el médico pueda establecer un plan de intervención dada la afección.

Es importante destacar que el motivo de consulta no es exclusivo al área médica, sino que es empleado también por psicólogos. En este contexto, el motivo de consulta psicológico discierne de lo observado en un primer momento de atención, o de lo puramente fenoménico, y es por eso por lo que el motivo de consulta para la psicología se clasifica de dos maneras: motivo manifiesto y motivo latente. Por medio del libro *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Siquier de Ocampo et al. (1977) señala que:

El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa al que solicita la consulta hasta el punto de operar en él como señal de alarma. Es decir que algo le ha preocupado, reconoce que no puede arreglarlo solo y decide solicitar ayuda (p. 33).

Usualmente, este motivo representa la parte menos angustiante sobre su malestar o lo más sencillo de narrar entre las diversas problemáticas que lo aquejan, tomando en cuenta además que el motivo manifiesto se presenta en la entrevista inicial y puede resultar lo más accesible a comunicar. Con respecto al motivo latente, a propósito del motivo manifiesto, Siquier de Ocampo et al. dirá que “Por lo general el motivo es otro, más serio y relevante, que el invocado en primer término. Lo denominamos motivo latente, subyacente o profundo de la consulta” (Siquier de Ocampo, 1977, p. 34). Como expone la autora, existe una queja que marca una distinción entre lo dicho inicialmente (lo manifiesto), algo que está disociado, con aquello que logra ubicarse en otro momento, dada la exploración profunda que ocurre en la consulta (lo latente). Este último punto, que denota características subyacentes, guía a un trabajo que corresponde al plano psíquico, en donde el malestar real es inconsciente, y que puede resultar desconocido tanto para el paciente como para sus familiares.

Aunque tanto el motivo de consulta psicológico como el motivo de consulta médico evidencian una queja o malestar del paciente, en donde se verbalizan a través de su discurso, es importante aclarar que dichos conceptos son distintos, dado el manejo que se realiza para abordar el malestar, y precisamente, son distintos al de demanda para el método psicoanalítico del cual se hará uso para comprender a lo que refiere para el psicólogo clínico que incorpora el método psicoanalítico como herramienta para su práctica.

Este campo, que resulta a fin de la investigación, dado a su base que permite explorar a mayor profundidad el área clínica, habla de demanda como concepto que abarca un ámbito mucho más profundo y subjetivo, que, además, es influido por la lógica significativa que opera en cada sujeto. Por lo tanto, en esta sección a manera de profundizar en el concepto de demanda, se definirá cómo los sujetos transforman sus necesidades biológicas en demandas al Otro, qué constituye una demanda desde el psicoanálisis y cómo se diferencian los tipos de demanda que se pueden observar en este ámbito.

Desde el nacimiento, el ser humano se ve atravesado por necesidades básicas que deben de satisfacerse a través del Otro, como la necesidad de conseguir alimento, cuidado y protección. Si bien disciplinas como la biología consideran estas necesidades como aspectos indispensables para poder preservar la vida o recuperar el estado homeostático del organismo, el psicoanálisis las aborda desde una lógica distinta. Bernal, H. (2019) en su artículo *La diferencia entre necesidad, demanda, deseo y pulsión* define a la necesidad de modo que:

La necesidad hace referencia a lo puramente biológico, a esas cosas que el organismo necesita para sobrevivir –alimento, bebida, calor, limpieza–. La necesidad surge por razones puramente orgánicas y se descarga totalmente en una acción específica. El sujeto humano nace en un estado de «desamparo», de «indefensión» tal, que es incapaz de satisfacer sus propias necesidades; por lo tanto, depende de Otro que lo auxilie. (p. 75)

Nacemos en un estado de desamparo en tanto necesitamos de un Otro para poder satisfacer nuestras necesidades y para que estas necesidades sean satisfechas, deben ser inscritas en el campo del Otro, que es el campo del lenguaje; ya que el recién nacido no puede por cuenta propia provocar las condiciones necesarias para conseguir el objeto deseado. Es ese el aspecto clave que diferencia el concepto de necesidad para el psicoanálisis de la biología, en el papel que tiene el Otro. Bernal (2018) sostiene que “Para satisfacer sus necesidades y obtener la ayuda del Otro, el infante tiene que articularlas en el lenguaje, es decir, tiene que expresar sus necesidades en una «demanda»” (p. 75).

Un ejemplo clave para poder ubicar esta lógica es el de un bebé que llora para ser alimentado, este expresa una necesidad fisiológica que debe de cumplirse para evitar su fallecimiento. Sus necesidades biológicas deben de ser trasladadas al campo del Otro, que por excelencia es el del lenguaje. Es ahí entonces, en el lloriqueo del bebé, que se inaugura una relación con el Otro, en este caso con la madre, quien interpreta y responde a su llanto, inaugurándose también la demanda a un Otro. Aquí el Otro va a satisfacer la necesidad fisiológica original.

En este punto ya se plantean dos aspectos fundamentales para entender el paso de la necesidad a la demanda. La primera de ellas es que la necesidad debe ser inscrita en el campo de lo simbólico, que como se ha mencionado es el del lenguaje. ¿Por qué? porque debe de existir un Otro capaz de acogerla, de darle una respuesta digna de interpretación, como hace la madre, a quien el bebé no le ha dicho precisamente que es lo que necesita. Bernal (2018) “Al articular las demandas en palabras, se introduce otra cosa que causa una escisión entre la necesidad y la demanda; junto a la demanda que articula una necesidad, también hay una «demanda de amor»” (p. 75). La madre, haciendo uso de la interpretación le concede un objeto al bebé, alimento en este caso, y este será la prueba del amor del Otro.

Lacan define la demanda como una demanda de amor. Este es el segundo aspecto fundamental: al afirmar que toda demanda es una demanda

de amor, se hace énfasis en la búsqueda por el reconocimiento del Otro. Bernal (2018) mencionará al respecto:

El objeto que satisface la necesidad, que es suministrado por Otro, adquiere la función adicional de dar prueba del amor del Otro. El Otro, su presencia, simboliza el amor del Otro, creándose así una relación de «dependencia». Así pues, la demanda cumple una doble función: expresa una necesidad y se convierte en una demanda de amor. (p. 75)

Hay, sin embargo, un elemento que queda fuera de esta diferenciación entre necesidad y demanda. Dicho de otra forma, en los ojos de la necesidad siempre va a haber un Otro con la respuesta, con el objeto de que satisface y que se necesita. Pero ¿qué ocurre con la demanda de amor? Al inscribirse en el campo del Otro, esta se torna contingente, no existe seguridad de satisfacción, en tanto no hay un Otro universal que la acoja incondicionalmente; dependerá si hay o no un Otro dispuesto a acogerla. En esa falta estructural que surge en el lugar del Otro, emerge un último elemento, el deseo.

Existe entonces una dimensión de la demanda que siempre quedará insatisfecha. Es decir, la demanda no se limita únicamente a satisfacer la necesidad: también incluye un llamado al Otro, un llamado de reconocimiento de parte de este. Así, el bebé llamará a la madre para ser alimentado, pero este seguirá llorando, incluso después de que lo hayan alimentado, buscando la presencia y el afecto de la madre. Se manifiesta así, la dimensión simbólica de la demanda, que es la demanda de amor.

El Otro no puede satisfacer la demanda de amor al completo. Ese vacío que queda insatisfecho en el niño, quien al principio lloraba para ser alimentado y posteriormente llamar la atención de la madre, es a lo que Lacan se refiere con el deseo. “El deseo no es el apetito de satisfacción, ni la demanda de amor, sino la diferencia que resulta de sustraer el primero de la segunda” (Lacan, 1981, p. 287). El deseo, entonces, no es simplemente la necesidad de satisfacción ni la demanda de reconocimiento del Otro, sino lo

que queda por fuera de ambas, el “resto” de entre ellas, aquello que no puede ser completamente satisfecho.

El aspecto fundamental al que se precisa llegar es que, aunque existen necesidades biológicas, como la necesidad de alimentarse o de recibir atención médica estas necesidades sólo pueden conocerse cuando el sujeto se las demanda al Otro, siempre y cuando exista un Otro dispuesto a acogerlas. En resumen, una necesidad pasa a ser una demanda en el momento en que es atravesada por el lenguaje; al hablar de demanda, se dirige a un Otro al que se le pide que logre satisfacerla, lo cual refiere una imposibilidad y no se consigue al completo. Aunque el Otro disponga de el objeto específico que el sujeto demanda, siempre va a haber un campo desconocido que es el del deseo, que permanece insatisfecho.

Una vez caracterizado el pasaje de la necesidad a la demanda y cómo se relaciona con el deseo, es vital abordar cómo se configura una demanda de atención psicológica desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica, como corriente utilizada a modo de recurso para la práctica del psicólogo clínico, ya que posee características que posibilitan explorar de manera más profunda la inquietud del paciente.

Para ello, resulta oportuno aclarar que las razones por las cuales un sujeto podría buscar una atención psicológica radican en la singularidad de cada uno, puesto que la demanda no proviene de un único malestar evidente, sino más bien de la manera particular de ser percibida. Siguiendo esta línea, es preciso definir ¿Qué es lo que se comprende cuando se habla de salud mental? La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. Y es que, aquello que irrumpe en el bienestar psicológico de una persona, no necesariamente se reducen a dificultades relacionadas al estrés, aspectos que impiden desarrollar habilidades o estados emocionales deprimidos; es crucial considerar las características singulares del sujeto, así

como su forma de posicionarse frente a su entorno, ya que esto podría incidir en cómo formula su demanda.

Ahora bien, haciendo uso de la teoría psicoanalítica, es preciso ubicar que este campo plantea un concepto que ayuda al psicólogo clínico a entender de manera más profunda el motivo de consulta, y este es la demanda, concepto que ya se ha trabajado a profundidad en secciones anteriores. Entonces, es momento de revisar aquellas demandas que se encuentran en las instituciones hospitalarias, donde tanto el médico como el psicólogo son considerados por el paciente como un Otro quien puede responder a su necesidad.

La demanda que se dirige para el médico especialista radica mucho en el accionar que puede ofrecer al paciente, en tanto existe una enfermedad que pueda abordar dado a los conocimientos que posee. Galuzzi, L (2022) en su artículo titulado *Cuerpo y demanda en “Psicoanálisis y medicina de Jacques Lacan”* realiza un recorrido de la demanda para Lacan, considerando el ámbito hospitalario, mencionando lo siguiente sobre el área médica:

El médico tendrá la función de colaborador, intentará brindar condiciones determinadas para generar operaciones necesarias que sirvan al mantenimiento y funcionamiento del organismo. Concretamente es la función de la fisiología científica lo que convoca de la especificidad médica. (p. 6)

Definiendo de esta manera la demanda que existe entre el paciente y el médico, resaltado en ella una relación colaborativa condicionada por el manejo óptimo del organismo para alcanzar un bienestar, resultando en que la solicitud hacia el médico radique principalmente en el ámbito fisiológico y puntual de su especialidad. Esta interacción se da de igual manera en el área de la salud mental, debido a que la naturaleza de la demanda no cambia, siempre se buscará a un Otro quien responda a su malestar, no obstante, el servicio que ofrece la psicología considera este llamado de dos maneras ya mencionadas en el motivo de consulta, lo manifiesto y lo latente.

Los términos textuales de “demanda manifiesta y latente” no se encuentran desarrollados por el psicoanálisis, sin embargo, la “demanda” que, si es trabajada por este campo, puede ser utilizada como una herramienta por parte del psicólogo clínico para profundizar de mejor manera el motivo de consulta que se presenta en el hospital. Pero ¿Cómo se implementa esta herramienta? Existen ciertas similitudes entre los términos planteados por la psicología (motivo de consulta) junto con los planteados por el psicoanálisis (demanda), por lo que articularlos de manera conjunta, haciendo uso de los dos tipos de motivos de consulta y tomando el concepto de demanda, es de gran utilidad para comprender las solicitudes de los pacientes, integrando lo dicho en su discurso y aquello que no puede decirse, relacionado a su deseo.

Entonces, al hablar de “demanda manifiesta” y “demanda latente”, la importancia de articular dichos conceptos de esta manera radica en una mayor comprensión del lugar que ocupa el sujeto en relación con sus demandas, en especial en el ámbito hospitalario, en donde las relaciones entre los pacientes y la institución podrían estar definidas por discursos normativos que podría alterar la manera en la que se producen estas.

Por lo que, en este último apartado, se caracterizará lo manifiesto y lo latente para la teoría psicoanalítica, antes de introducir la demanda en estos conceptos. En el estudio del psicoanálisis se trabajan estos conceptos desde lo propuesto por Freud respecto a los sueños, Aracena, F. (2023) en su artículo titulado *Iluminaciones de significación: el trabajo del sueño como interpretación realizada por el inconsciente* hace un recorrido de los estudios de Freud y su planteamiento del contenido manifiesto y latente, destacando de este los siguientes criterios:

Freud distingue dos dimensiones del sueño: la que nombra contenido manifiesto, o sueño manifiesto, que es la dimensión del sueño que podemos recordar y describir y, por otro lado, el contenido latente, o los pensamientos latentes u oníricos, que son las ideas subyacentes al sueño que la interpretación debe poder colegir. (p. 4)

Es decir, estos conceptos hablan de dos apartados que se desarrollan de diferentes maneras. Lo manifiesto, contiene información inicial que permite la descripción literal de un primer conocimiento. Y, por otro lado, lo latente se remite a un saber oculto que es alcanzado por medios interpretativos, requiriendo de esta manera un avance en el conocimiento inicial del caso. Estos dos conceptos, se alinean con los “motivos de consulta” para la psicología, aunque el valor que ofrece el psicoanálisis se encuentra en su manera de explorar lo latente, en tanto se lo considera un área llena de contenidos inconscientes y subjetivos, totalmente desconocidos para el sujeto.

Por lo tanto, los motivos de consulta pueden ser articulados de manera similar al de una demanda, en el marco del psicoanálisis. Miller, J.-A. (1998) en su libro *Introducción al método psicoanalítico* dirá con respecto a la demanda:

Se puede decir que el primer pedido en la experiencia analítica es la demanda de ser admitido como paciente. Esta demanda tiene una precedencia sobre las demás. Así, es verdad que, en psicoanálisis, como fue visto en el ejemplo de hoy por la mañana, la primera evaluación es hecha por el paciente, es él el que primero avala su síntoma. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto evaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa autoevaluación. Decimos que el acto analítico ya está presente en esa demanda de avalar, en el acto de autorizar la auto evaluación de alguien que quiere ser un paciente. (p. 17)

Entonces, se comprende que la demanda dentro del método psicoanalítico para Miller empieza desde el momento en el que el sujeto se dirige a un Otro esperando algo de vuelta, como ya se ha mencionado anteriormente. Y es preciso ubicar lo planteado por Miller ya que expone que antes de que se establezca el acto analítico como tal, tiene que haber un sujeto que esté en posición de demandar, que tenga un motivo de consulta, esto es vital ya que constituye uno de los pilares para que el trabajo analítico pueda existir.

Dentro de las instituciones relacionadas con el área de la salud, como lo serían los hospitales, existirían varias demandas de atención tanto para el médico como para el psicólogo clínico, aunque el enfoque que tienen estas áreas con los pacientes se desarrolla de manera distinta la una a la otra, actuando como agentes que persiguen una dirección específica en el tratamiento de cada paciente. Farrero, M. (2006) en su artículo titulado *Del motivo de consulta a la demanda en psicología* define este concepto de la siguiente manera:

Por «agente terapéutico» podemos entender el elemento que toma contacto con una determinada estructura del individuo, biológica en el caso de la medicina y psicológica en el caso de la psicología, consiguiendo modificarla y produciendo como resultado las mejoras clínicas esperadas por el médico o el psicólogo respectivamente. (p. 2)

Es decir, dentro de los espacios destinados a tratar la salud de las personas se encuentran distintos enfoques quienes se encargan de dirigir u orientar el tratamiento de manera pertinente, considerando el área donde se genera el malestar del paciente. Por ejemplo, el agente terapéutico dentro de la medicina sería el médico quien se encarga de dirigir la medicación del paciente, este último se mostrará receptivo al trabajo del médico tratante en su proceso. Por otro lado, en la atención psicológica el agente terapéutico sería aquella corriente que se usaría como base para llevar a cabo el tratamiento del malestar del sujeto, es decir, el contacto que tiene la psicología con el paciente se puede desarrollar en base a un contenido inconsciente, el cambio de una conducta desadaptativa o una sistematización más saludable de su entorno familiar.

Aunque, si bien la medicina y la psicología se encuentran en el área de la salud y su enfoque los lleva a buscar un bienestar en el sujeto, existe una diferencia entre sus agentes terapéuticos debido al manejo de las demandas del paciente. Mientras que el médico dirige su atención a lo visible y manifiesto del caso, el psicólogo se orienta a una dimensión más profunda y particular que le permite explorar elementos subjetivos del paciente, apunta a lo latente.

Para seguir desarrollando estos enfoques, es fundamental ondear en aquellas características que implican reconocer el lugar que ocupa el sujeto dentro del proceso de atención. Farrero, M (2006) desarrolla dos términos para determinar esta diferencia, el paciente-sujeto y el paciente-objeto:

El concepto de «paciente como sujeto» pretende hacer referencia a los componentes subjetivos del individuo que consulta: el paciente puede entenderse como un «objeto» que sufre, sobre el que se va a aplicar un tratamiento para aliviarlo, pero también como un «sujeto», con un grado mayor o menor de responsabilidad en su sufrimiento y de implicación en la posibilidad de su curación. (p. 3)

Dicho de otro modo, el paciente quien demanda una atención dentro del área de la salud puede ocupar diferentes lugares frente a su tratamiento, pues para la medicina el paciente puede ser visto como un objeto que llega a consulta por una dolencia que busca ser tratada y aliviada, sin que haya algo más que implique alguna condición particular para alcanzar dicho objetivo clínico, puesto que, para tratar la enfermedad, el médico se centraría en lo manifiesto de la demanda. No obstante, para la psicología no aplica este modo de intervención (al menos no totalmente), dado que el actuar en esta área se ve condicionado por la presencia e implicación del sujeto en el proceso terapéutico, lo que permite reconocer elementos particulares del paciente, como lo sería el deseo que existe tras su demanda.

El Servicio de Atención Psicológica en la Institución Hospitalaria

Es oportuno, dado a la finalidad del proyecto, centrar los conceptos de demanda de atención psicológica considerando el contexto hospitalario donde se ofrece también un servicio de atención psicológica. Por lo tanto, se analizará su modo de organización y los objetivos que orientan dicho servicio, así como las posibles limitaciones que pueden surgir en este marco.

Dentro del Ecuador el servicio de atención psicológica en los hospitales ha sido establecido por el Ministerio de Salud Pública basado en su política nacional de salud mental, la cual incorpora esta área en la Atención Primaria de Salud (APS). El Ministerio de Salud Pública (2024) a causa de esta

incorporación ha realizado varias metodologías y estrategias para lograr ajustarse a la definición que engloba este postulado, ya que una atención primaria de salud, tal y como se menciona en su documento *Política Nacional de Salud Mental 2024-2030*:

Considera lo requerido para la permanencia y recuperación de la salud del sujeto, mediante intervenciones colectivas o individuales basadas en la mejor evidencia disponible, y que sean aceptadas por la población, con un involucramiento activo, y, a un costo que permita obtener servicios de salud eficientes y de calidad. (p. 26)

Por ende, dado a estas características del APS, el servicio de salud mental y su fortalecimiento en instituciones hospitalarias, surge a raíz de la búsqueda de implementar un servicio mucho más integral, donde las intervenciones se orientan bajo factores comprobados y que representen un interés para los pacientes, de esta manera teniendo un papel activo y balanceado en la salud de la población.

La organización del servicio de atención psicológica está alineada con sus valores fundamentales, que llegan a priorizar la preservación del derecho al mayor bienestar posible, la protección de las poblaciones vulnerables y la integración de la salud mental en el sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud Pública (2024) mencionan también más adelante el objetivo general de este servicio, el cual busca:

Mejorar la salud mental de la población en el país, mediante estrategias intersectoriales e interinstitucionales orientadas a la reducción de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo, el fortalecimiento de factores protectores a nivel individual, familiar y comunitario, la provisión de servicios de base comunitaria, y la inclusión social de personas con problemas de salud mental. (p. 79)

Este objetivo permite notar los principales pilares de la atención psicológica en los hospitales, los cuales se dirigen a la promoción y prevención, medición de factores de riesgo, y el respaldo de elementos que representen una protección para los pacientes de manera individual o grupal,

considerando no solamente al individuo hospitalizado, sino también a sus familiares y comunidad presente en la institución. De esta manera, con la suma de estos objetivos alcanzar aquella salud integral al abarcar tanto el aspecto fisiológico del bienestar, con las distintas áreas que conforman el centro hospitalario, como el apartado psicológico que se encuentra de igual manera presente en tanto puede existir un malestar en los sujetos que conforman la comunidad de pacientes.

Las líneas de estrategias que se desprenden del objetivo mencionado se expresan posteriormente por parte de El Ministerio de Salud Pública (2024), mencionando que dentro de ellas “se detallan las líneas de acción en las que se describen las actividades, instancias e instituciones responsables de su aplicación (anexo), así como los indicadores y metas para el seguimiento y evaluación” (p. 79). Es decir, dentro del fin de la psicología en los hospitales se encuentran acciones ligadas y a su vez condicionadas por varias áreas donde se ejecuta la intervención, iniciando con el apartado administrativo de la institución, como lo sería la rectoría que daría paso a las actividades de promoción y prevención, provisión de servicios, recuperación e inclusión, y por último recursos humanos e investigación.

Sin embargo, pese a que existe una organización y objetivo general para el servicio de psicología en los hospitales, se muestran también desafíos para dicha atención. El Ministerio de Salud Pública (2024) expresa también en su *Política Nacional de Salud Mental 2024-2030* lo siguiente:

No obstante, los principales obstáculos en la formulación e implementación de estas estrategias son la resistencia al cambio por parte de los profesionales y administradores de servicios, el desconocimiento por parte de los políticos en el cambio de paradigma de la atención hacia lo comunitario, y la limitada participación de los usuarios; lo que ha dificultado de manera particular, el proceso de desinstitucionalización de pacientes de los hospitales psiquiátricos, que, en muchos de los casos se encuentran ingresados durante períodos de tiempo prolongados, lo que, a su vez, provoca deterioro de su salud general, aumento del estigma hacia las personas con trastorno

mental, además de un costo considerable para los sistemas de salud.
(p. 26)

Este punto posibilita evidenciar otros aspectos que están ligados con la atención psicológica en los hospitales, puesto que, si bien se busca la implementación de esta área para alcanzar un servicio de salud mucho más integral, existen también resistencias por parte del personal mismo, como lo serían los profesionales y administradores. Es decir, el ministerio de salud pública del Ecuador también advierte de una situación institucional que incide actualmente en los pacientes, pues se reconoce una resistencia hacia lo comunitario por parte de las gestiones políticas quienes representan el centro hospitalario, generando de esta manera limitaciones para el área de salud mental y una destacada implicación en la institucionalización de los pacientes, dando como resultado periodos de hospitalización más largos y el aumento en el estigma para este grupo de personas. Es importante resaltar que este punto nos habla de una influencia predominante por parte de la institución que llega a influir de manera significativa en otras áreas de la salud, como lo sería la atención psicológica.

El Manejo de la Demanda por el Psicólogo Clínico en el Ámbito Hospitalario

Teniendo en cuenta el contexto hospitalario, se ha llegado a reconocer dimensiones relacionadas a la demanda de atención psicológica por parte de los pacientes hospitalizados y como esta institución llega a operar dicho servicio. No obstante, queda por profundizar el manejo de la demanda por parte del psicólogo clínico dentro de este ámbito.

El psicólogo clínico puede ser percibido como un profesional ligado al área médico, dado a que su entorno de trabajo se encuentra dentro de una institución hospitalaria operada por doctores, entre otros especialistas. Si bien, la presencia del psicólogo clínico se la puede encontrar en estos lugares, no es la razón por la cual se le atribuye lo “clínico” como parte de su característica, sino más bien por su manera de manejar la información perteneciente de los casos.

Bohoslavsky, F. (1974) en su libro titulado *Orientación vocacional: La estrategia clínica*, definirá al psicólogo clínico de la siguiente manera:

El psicólogo clínico es alguien específicamente entrenado en el manejo de la información psicológica mediante el método clínico, lo cual lo capacita para incluirse en la situación de un campo de relaciones humanas, desde donde puede detectar los puntos de urgencia de dicha situación, que le permite diagnosticar la acción crítica y resolverla (...) posibilitando el cambio más adecuado y previniendo las dificultades en la adecuación al cambio logrado. En tanto trabaja a partir del grado de autonomía y de la información del objeto, favorece en éste y en sí mismo el aprendizaje de pautas de conducta eficaces para enfrentar futuros cambios. (Ulloa, 1973, como se citó en Bohoslavsky, 1974)

Se logra evidenciar por medio de la cita realizada por Bohoslavsky sobre el psicólogo clínico, que dentro de su trabajo procesa la información siguiendo un método de carácter clínico, detectando elementos de manera rigurosa con el fin de generar un diagnóstico junto a una acción que le permita resolver el problema.

La síntesis del método clínico se puede definir de la siguiente manera: ver, pensar y actuar bajo los márgenes de la psicología. Estos términos contienen varias actividades dirigidas por el psicólogo, entre ellas la promoción y prevención de la salud (elementos fundamentales del servicio psicológico en los hospitales ya antes mencionado), y, sobre todo, también se encuentran los recursos o técnicas que el profesional en salud mental implementa en su práctica profesional, como lo serían el uso de test, cuestionarios, técnicas conductuales o teorías psicoanalíticas. Esta aclaración del método clínico permite comprender que la definición de lo “clínico” es algo mucho más propio del psicólogo que de una categoría de la psicología, tal y como menciona Bohoslavsky (1974) en párrafos posteriores: “Lo que caracteriza a la estrategia clínica es, como dijimos al comienzo, la síntesis entre investigación y acción; entre teoría y práctica; entre conocer y hacer” (p. 9).

Por lo tanto, el psicólogo clínico deberá contar con una base sólida de conocimientos teóricos específicos en el campo en el cual se desenvuelve. En el contexto de la presente investigación, es importante destacar que, si bien los fundamentos teóricos que el psicólogo puede tener son variados, el enfoque que resulta de interés para la investigación se inclina a uno orientado al psicoanálisis como una herramienta que permite integrar de manera efectiva el conocimiento adquirido a nivel académico con la práctica clínica, asegurando una intervención profunda en su deseo y orientada a los aspectos subjetivos del paciente. Esta integración teórico-práctico constituye una guía esencial para cumplir con los objetivos propuestos por la investigación.

Para el abordaje de la demanda, bajo el sustento psicoanalítico que utiliza el psicólogo clínico, se consideran distintos elementos teóricos para la comprensión de esta y su posible abordaje, entre estos conceptos se destacan los siguientes: la demanda y su contenido manifiesto y latente, y la condición subjetiva del paciente. Para iniciar este camino se empieza con la existencia de una demanda que respondería a la pregunta inicial ¿Por qué se inicia la terapia? Este primer tiempo, que contiene características en su mayoría fenomenológicas y por ende es de carácter manifiesto, hace referencia al motivo por el cual un paciente busca la atención psicológica y comúnmente se lo relaciona con un malestar. Citando nuevamente a Miller, J.-A. (1998) en su libro *Introducción al método psicoanalítico* vincula este momento en el tiempo en que aparece la demanda, mencionando que “Cuando alguien llega y dice que le gustaría ser un analista, la respuesta es: ¡pues bien! anotamos este deseo, pero este deseo, esta demanda, puede contener un deseo escondido que tornará parte en el propio proceso analítico” (p. 18). Es decir, Miller advierte de dos cuestiones que involucra el inicio de la atención psicológica, el primero donde se percibe la intención del abordaje psicológico, y un segundo punto, que habla de un deseo escondido en la demanda que formara parte dentro de todo el proceso psicológico, demostrando así su nivel de importancia e implicación. ¿Qué existe luego de lo manifiesto? Sería la pregunta para llegar al segundo punto, que remite a la condición subjetividad del paciente y a sus deseos inconscientes.

El valor del abordaje que contiene el psicoanálisis como base referente para el psicólogo clínico, se haya en este segundo punto, pues dado a la profundidad en el manejo de los casos, reconoce la localización subjetiva del paciente frente a su malestar, tal y como menciona Miller, J.-A. (1998) “Es imperativo para el analista distinguir siempre el enunciado de la enunciación y, paralelamente, el dicho del decir. Una cosa es el dicho, el dicho como hecho, y otra lo que el sujeto hace de lo que dice” (p. 44). Por lo cual, existe un segundo mensaje en aquello que paciente demande o dirija al psicólogo, y es que, dentro de su discurso no solo se da la presencia de una sola palabra, frase o información, el paciente que también es un sujeto se encuentra en un constante dialogo con varios espacios que dan a conocer elementos que lo remiten de manera particular. De esta manera, Miller explica que no solo se comparte información de una situación (el dicho) sino también de uno mismo y con ello se revela la posición que tiene el sujeto con lo que dice (el decir).

Para esclarecer esta idea Miller, J.-A. (1998) en su subtema *Evolución de la modalización del dicho* comenta un caso en el cual se logra reflejar los dos niveles de lo dicho en la demanda de atención, mencionando lo siguiente:

Un hombre llega sin su mujer, pero presentándose como "marido", presentándose como alguien que tiene una esposa que inició un análisis y a quien después de algunos meses, ya no puede reconocer como su esposa. El análisis cambió a su mujer y, por otra parte, él tampoco es tan nuevo en la dimensión analítica pues ya se analizó durante mucho tiempo. Aquello que él desea, lo que pide del análisis, es lo siguiente: con certeza, su mujer se prepara para separarse y él quiere, a través de un nuevo análisis, prepararse para esa separación. Ésa es una forma de demanda de análisis. (p. 53)

En este caso, el paciente demanda un procedimiento para anticiparse a la ruptura de su matrimonio, una demanda que puede ser interpretada de manera directa por las circunstancias que atañen al sujeto y por lo tanto la intervención pareciera no tener mayor profundidad. No obstante, a medida que la sesión se desarrolla se logra encontrar aquel segundo mensaje, en el cual se revela la posición que ocupaba el paciente frente a lo dicho, y es que,

si bien el sujeto solicitaba ayuda para prepararse ante la posible separación, su demanda también estaba guiada por su deseo de sostener el mismo lugar que ocupaba su padre en su hogar como “el jefe de la casa quien debía guiar su esposa”. Por lo que Miller, J.-A. (1998) destaca lo siguiente:

Es claro que su demanda de análisis era en el sentido de no cambiar, o sea él prefería aceptar su pérdida a cambiar cualquier cosa de sí mismo, manteniéndose en la misma posición, y eso a pesar de perder a su mujer. Su demanda era: "Ayúdeme a perderla" -como si ella fuese nada-, es decir confirmar su posición inicial de sujeto. (p. 54)

De esta manera, el autor explica como la demanda contiene un decir, donde se expresa una petición explícita desde un inicio, y un dicho que revela la condición subjetiva del paciente, es decir, su posición frente a su malestar. Este último aspecto es aquel que logra pasar desapercibido en un primer tiempo, por lo que requiere tiempo para poder emerger y ser notado desde su verdadera dimensión.

Esta dinámica relacionada a la demanda se complejiza dentro del entorno hospitalario, puesto que el sujeto se ve sumergido en un proceso hospitalario rodeado de normativas y jerarquías necesarias para la solventar su malestar, siendo este un factor importante debido al efecto que puede tener en su demanda y lo subjetivo que radica en ella.

CAPÍTULO 3

La Hospitalización como Experiencia y Proceso Subjetivo para Pacientes y Familiares

La Hospitalización desde la Perspectiva Institucional

La hospitalización no solo implica el conjunto de procedimientos médicos que buscan alcanzar la recuperación óptima del paciente, sino que también forma parte de un proceso con características institucionales u organizacionales que marcan una regulación, definen roles y normas dentro del sistema brindado por el área de salud. La institución, dada a su definición como un “Organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente” (Real Academia Española, s.f., definición 3). Se la vincula también a los centros hospitalarios donde se ofrece un beneficio ligado a salud de las personas, esto engloba tanto al sector privado como al público dado que pertenecen también al sistema de salud que puede desempeñar un país. Y para ofrecer dicho beneficio debe existir una gestión, a interés de este punto Morejón, et. (2021) en su artículo titulado *Contribución de los indicadores de gestión en la eficiencia organizacional y la administración hospitalaria en instituciones de salud* mencionará que:

Para el logro de una adecuada gestión hospitalaria, los directivos y su estructura de dirección no basan sus decisiones en la suposición de que todo va e irá bien, en cambio, operan bajo la lógica de ser eficientes, productivos y eficaces en la prestación de servicios de calidad. Además, se ejecutan las funciones del proceso administrativo, que requiere una adecuada planificación, organización, dirección y control de las actividades y recursos existentes. Adicionalmente, una gestión hospitalaria ajustada a esos criterios considerará la necesidad

de definir un conjunto de indicadores de gestión de las unidades de salud. (González & Barrios, 2007, citado por Morejón, 2021)

Morejón y sus colaboradores ofrecen una vista organizacional del manejo que existe dentro de un hospital, resaltando en ella su excelencia en la productividad al momento de ofrecer un servicio de salud a las personas, sin embargo, a la par se menciona un predominante control en la planificación de toda actividad que se realiza dentro de este espacio, todo bajo la mirada de su criterio, de su saber frente a la necesidad de quien busca ser atendido.

En el Ecuador, la gestión hospitalaria se desarrolla bajo una base integral que guía toda actividad relacionada con la salud, estando regulada por el Ministerio de Salud Pública dado a que es la entidad encargada de garantizar la promoción y prevención de la salud, investigación y provisión de los servicios de atención integrada e integrada. Dentro de su gestión, la MSP opera mediante una matriz de diversas competencias, el Ministerio de salud pública – MSP (2022) en su análisis titulado *Modelo de gestión institucional* señalara que:

La matriz de competencias del Ministerio de Salud Pública atribuye 6 (seis) competencias: 1) Gobernanza de la Salud; 2) Vigilancia de la Salud; 3) Prevención y Promoción de la salud; 4) Sostenibilidad del Sistema y Recursos; 5) Provisión de servicios de salud; 6) Gestión de calidad de los servicios de salud; para lo cual ejerce las facultades de rectoría, regulación, planificación, coordinación, gestión, control y evaluación a nivel central (p. 7)

Esta estructura muy bien organizada no solo permite ver la regulación eficiente de los servicios de salud público, sino también evidencia el nivel jerárquico que manejan dentro de los hospitales. En este sistema, la gestión es guiada bajo el criterio y saber de una entidad (MSP), que, a través de la gobernanza y la vigilancia, llega a condicionar el servicio que se ofrece y sus actividades en el ámbito hospitalario. Desde esta perspectiva, en la hospitalización no solo se encuentra un proceder médico, sino también se hayan características de una institución que ofrece un servicio: la salud.

Resulta evidente que la relación entre el paciente y la institución hospitalaria se desarrolla en condiciones particulares, pues el funcionamiento del hospital se encuentra estructurado por roles y conocimientos funcionales para el servicio de salud que se ofrece. Dentro de esta dinámica, el médico llega a ocupar un lugar de saber dado a la capacidad que posee para brindar la atención, mientras que por otro lado se ubica el paciente, quien al encontrarse en una situación de necesidad, acude al servicio para solicitar una respuesta a su malestar.

Esta dinámica puede generar un impacto significativo en el paciente, ya que su ingreso a la institución hospitalaria implicaría también registrarse bajo las normas, procedimientos y tiempos del lugar, y que no siempre se encontraran acorde a sus expectativas, deseos y tiempos propios como sujeto. Por lo que, para ser parte del proceso de hospitalización, el paciente debe aceptar dichas condiciones que podrían interferir con aquella individualidad que tiene como sujeto. A propósito de este punto, Gonzales, et al. (2020) en su artículo *El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA* destaca lo siguiente:

La institución pública en salud opera y está presente en la consulta entre médicos y pacientes; las normas y requerimientos desempeñan un papel relevante en las pautas de la interacción social. Esto se expresa, por ejemplo, en el tiempo regulado en la consulta, en la obligación que tiene el médico de complementar la información del expediente para prescribir ciertos medicamentos o en los procedimientos burocráticos para solicitar estudios. En el caso del paciente, se relaciona con los horarios de atención, las citas programadas y el tiempo de espera. Así, la lógica de la institución puede potenciar o limitar el servicio de atención, afectar el encuentro clínico y la posibilidad de lograr una comunicación dialógica. (p. 2)

Es decir, Gonzales mediante su artículo evidencia que tanto el médico, como parte del personal de salud, como el paciente, en su posición de usuario del servicio de salud, se encuentran fuertemente condicionados por la estructura que posee el hospital como institución. Por ello, la dinámica que se

encuentra entre el médico y el paciente no resulta de manera neutral, sino más bien está determinada por parámetros, tiempo de consulta predefinidos y procedimientos burocráticos, los cuales se encuentran alineados a los intereses del hospital y el personal médico.

El Paciente y la Relación con los Médicos

Como se estableció, hay una asimetría en la relación entre el médico y el paciente, puesto que el primero forma parte de la institución hospitalaria desde un lugar de conocimiento y de autoridad, mientras que el paciente ingresa a este espacio dado a la necesidad de aliviar su malestar.

Esta distinción logra marcar el lugar que ocupan dentro del entorno hospitalario, el medico como quien opera bajo el saber especializado que posee y por ende lo capacita para responder a la enfermedad, y, por otro lado, se encuentra el paciente quien no posee este saber, por ello se encuentra en un lugar de dependencia frente a la institución y al médico, como señala De los Ríos Uriarte, et al. (2023) en su artículo *Fundamentos antropológicos y éticos de la relación médico-paciente y su dinámica durante la pandemia por covid-19* donde menciona el rol del médico:

El médico, por su parte, se siente interpelado éticamente a restaurar la salud del paciente porque entiende que, si bien hay una responsabilidad primaria en el paciente, la hay también en él en cuanto que él tiene los conocimientos y experiencia suficientes para ayudar al enfermo, es decir, reconoce su natural obligación para con el otro. Lo que mueve al médico, entonces no es una necesidad y tampoco una finalidad utilitarista sino un reconocimiento de la dignidad del paciente, de su necesidad de ser ayudado y de su relación social con él que lo llevan a no poder quedar indiferente frente al sufrimiento del otro. (p. 2)

Esta cita muestra el doble lugar que ocupaba el medico en la relación con el paciente, dado que, por un lado, llega a reconocer su dignidad y necesidad, lo que orienta su trabajo a un compromiso ético con el caso; y a su vez, se encuentra su posición de saber que le otorga autoridad sobre el tratamiento, resaltando así la dependencia que puede tener el paciente. En

este sentido, la relación médico-paciente no solo se establece en el marco de la atención médica, sino también se basa en una estructura jerárquica donde quien posee el saber se encuentra en un lugar de autoridad ante la necesidad/demanda de alguien más.

El médico, quien posee un saber considerado incuestionable dentro del entorno hospitalario, es percibido por los pacientes como una figura de autoridad pues se le considera capacitado para atender y aliviar el malestar. En este sentido, Compte-Pujol, et al. (2020) en su artículo *Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente?*, destaca que “Sin embargo, la realidad no siempre es tan idealizada, y a menudo los pacientes perciben la figura del médico como una autoridad que tiene en sus manos la curación o la mejora del estado de su salud” (p. 4). Por lo que, en esta idealización el paciente desde su lugar de necesidad posiciona al médico en un lugar de completud, otorgándole un saber absoluto que lo aleja del lugar carente en el cual el paciente se encuentra. Desde el enfoque psicoanalítico, esta posición puede ser relacionada con el discurso del Amo donde opera el Amo simbólico, pues cumple con las características con las cuales se percibe al médico, una autoridad completa. A propósito de este punto, es importante recordar el manejo que se da en este discurso, Belaustegui & Victoria (2024) en su artículo *La voz, entre el amo y el analista* hacen un recorrido en los discursos planteados por Lacan, en donde mencionara que:

El discurso del amo inicia la serie. El lugar del agente, arriba a la izquierda, es ocupado por el S1, el amo, que pone a trabajar al S2, esclavo, que ocupa el lugar del Otro. Ese trabajo implica una producción, el objeto a. Sin embargo, esta producción quedará separada del lugar de la verdad, tal como lo indica la doble barra de la imposibilidad. En este caso, la reunión imposible se sitúa entre sujeto y objeto. Así, el discurso del amo excluye la fórmula del fantasma, y esto es lo que lo hace completamente ciego. (p. 2)

Este discurso establece una jerarquía en la que el Amo (S1) posee un saber con el cual llega a dirigir al Otro (S2), quien ejerce una acción. En el

entorno hospitalario, esta dinámica se encuentra reflejada en la relación médico-paciente, donde el médico ocupa el lugar de Amo/Agente al ser quien maneja el saber y la autoridad en el tratamiento. El paciente, por su parte, se sitúa en una posición similar a un subordinado, donde su malestar queda condicionado a lo que el médico remita, por lo que la figura del médico es quien llega a orientar la experiencia hospitalaria del sujeto, notando así un lugar de poder.

Vivencia Subjetiva de la Hospitalización

En este apartado, es preciso ubicar la vivencia subjetiva que ocurre al momento de la hospitalización. No se hace énfasis a la hospitalización únicamente de parte del paciente, a pesar de que este sea el responsable de la enfermedad, sino que se hace referencia a la hospitalización tanto para pacientes como para sus familiares, acompañantes o cuidadores, dado el contexto hospitalario que ha sido observado en un hospital pediátrico, en donde la vasta mayoría de los pacientes son niños quienes necesitan de un adulto que los supervise en todo momento, por lo que residen en el hospital al lado de la camilla que se dispone para el paciente.

Dadas las precisiones respecto a la subjetividad, la demanda y el deseo en párrafos anteriores, es necesario que, de igual manera, se caracterice a la hospitalización con un enfoque subjetivo, en donde el sujeto en cuestión se pone a sí mismo, y a su enfermedad, bajo el cuidado de la institución hospitalaria y su personal médico.

En primera instancia, para poder comprender el proceso subjetivo que se ve envuelto en la hospitalización, se incorpora el planteamiento de un autor que afirma la existencia de dos dimensiones en el padecer de una persona, Martínez (2002) en su artículo *Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica* dirá con respecto a esto que:

Todo padecer está constituido por dos planos: Primero, el plano de las molestias o de los síntomas: dolores, disnea, astenia, etcétera. Segundo, el plano de las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos. A este respecto hay que recordar aquel aserto de los

fenomenólogos que dice: la conciencia no percibe los sucesos como son, sino como sucesos para un sujeto. (p. 114)

Respecto al primer plano del padecer, resulta pertinente aclarar que este llega a ser el de mayor peso desde la perspectiva médica, porque es a partir de aquel que se desarrollará la hipótesis médica del padecer del paciente, consecuentemente el médico podrá confirmarla o descartarla, dados los resultados obtenidos al realizar un examen físico del cuerpo del paciente o resultados de un laboratorio, por ejemplo. Y, tal como menciona Martínez (2002) posteriormente:

Lo que hasta este momento ha hecho el médico es interpretar el malestar o el padecer del paciente desde el punto de vista de las ciencias médicas. Pero esto, que en sí mismo es fundamental, debe completarse con el conocimiento de lo que ese malestar o padecer es o significa para la persona que lo está viviendo, así penetramos al segundo plano de esta experiencia. (p. 114)

Martínez, entonces, precisa dos planos del padecer, uno que hace referencia a las molestias físicas, y otro relacionado con las interpretaciones subjetivas que el paciente tiene con respecto a su enfermedad. A propósito de ello, Lopera & García (2024) en su artículo titulado como *Reivindicación de la dimensión subjetiva en el cuidado de enfermería* mencionan que: “Cuando se cuida, se cae en el error de interpretar la enfermedad del paciente y su sufrimiento, desde la perspectiva biomédica” (p.11).

La perspectiva biomédica a la que hacen alusión las autoras mencionadas anteriormente se trata del modelo biomédico (MBM) en donde, por medio de Elío-Calvo (2023) en su artículo *Los modelos biomédico y biopsicosocial en la medicina* comprendemos que en este modelo: “El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara” (p. 115). Es decir, se trata de un modelo en el que sólo se consideran los factores biológicos de la enfermedad. Es importante resaltar esta cuestión, ya que si solo se aborda la parte observable de la enfermedad, lo que corresponde al cuerpo, se puede llegar a interpretaciones imaginarias del contexto o significado de la

enfermedad para el paciente. Martínez (2002) menciona a propósito del significado del malestar que:

La preocupación, la cual generalmente es la expresión de miedos o temores referidos a varios asuntos —impotencia, sufrimiento, inutilidad, marginación social, desprecio y aun la muerte—es una de las maneras más frecuentes de sentir el paciente su padecer. A esto podemos agregar la desesperación, la vergüenza, el disgusto por molestar a los familiares, el sentimiento de minusvalía o inferioridad, etcétera. (p. 115)

Entonces, se conoce que al momento en el que el sujeto comprende que algo en su cuerpo no está funcionando de manera óptima o de un quebranto de salud, hay varias posibles maneras en las que este puede posicionarse frente a la pérdida de salud, y, existe un significado propio frente al padecer o la enfermedad para el sujeto y que lo ha hecho consultar con un especialista.

Se plantean estas cuestiones, ya que el abordaje a partir de la hipótesis médica podría ir direccionado a la categorización del paciente por lo observado en el primer plano, o por lo considerado en el modelo biomédico en donde se puede llegar a objetivar el cuerpo del paciente como un lugar de intervención, despojado de subjetividad. Hoyos (2001), en su artículo *La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma* menciona respecto a categorizar el sufrimiento del paciente que: “es impedirle hacerse cargo de su cuerpo atravesado por la incompletud que señala la enfermedad, es despojarlo de lo más humano que tiene” (p. 146).

Por lo que resulta indispensable que al momento de abordar el padecer del paciente, se considere su dimensión subjetiva, entendiéndola como una forma de hacer con la enfermedad, observando que ante esta enfermedad también existe una posición inconsciente dentro del paciente que remite a la pérdida de salud en el cuerpo, responsabilizándolo por su afección, de modo que también se reconoce el segundo plano del padecer, de lo que significa la enfermedad para este.

Si se reconoce que existe un plano de significaciones propias del paciente y que, además, es desconocido para él y para el resto, se está haciendo referencia al plano subjetivo. Dadas las aproximaciones de este proyecto de investigación, en este apartado se profundizará en las vivencias subjetivas dentro del contexto hospitalario.

Retomando la posible categorización del paciente, y que consecuentemente posibilitará plantear las vivencias subjetivas de la hospitalización, se hará uso de las formulaciones respecto a la “Alienación” y “Separación” de Lacan, de modo que estos términos facilitan la conceptualización la subjetividad en la hospitalización. Lacan (1964) desarrolla en su *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* en donde dirá con respecto al primero de estos conceptos que:

La alienación consiste en ese vel que condena [...] al sujeto a aparecer en esa división que he articulado lo suficiente, según creo, al decir que, si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro lado aparece como afanisis. (p. 218)

Con respecto a esto, hay que empezar con lo que Lacan dice con “vel”. Este existe de tres maneras diferentes: el primero que implica dos disyunciones coordinas por el conector “o” (puedo hacer esto “o” aquello), un vel que excluye (lo uno o lo otro) y un tercer vel que implica una imposibilidad de conservar ambas posibilidades al mismo tiempo.

La alienación se ubica en este tercer vel, implica una elección que, además, implica una pérdida para el sujeto. Lacan explica esta teoría al incorporar la metáfora de “La bolsa o la vida”. Con respecto a esto dirá lo siguiente: “Si elijo la bolsa, pierdo ambas. Si elijo la vida, me queda la vida sin la bolsa, o sea, una vida cercenada” (Lacan, 1964, p. 220).

Es decir, en esta elección, que es más una elección forzada, el sujeto termina perdiendo algo de todas maneras. Aquí la elección radica entre “el ser” (el sujeto) y “el sentido” (el Otro). Si se elige al ser “el sujeto desaparece, se nos escapa” (1964, p. 219), ya que quedaría por fuera del lenguaje que remite al campo de lo simbólico; queda en el sin-sentido. En cambio, si se

elige el sentido, se renuncia a una parte del ser, quedando este cercenado de esa porción de sin-sentido que constituye el inconsciente (Lacan, 1964, p. 219). En otras palabras, el sentido que emerge en el campo del Otro, es eclipsado por la desaparición del ser, resultado de la función significante.

Desde otra autora, Brousse (2020) dirá con respecto a este primer concepto que:

La alienación, dice Lacan, “es cosa del sujeto” –el “sujeto”, nótese bien, y no el parlêtre. El sujeto no está en el ámbito de lo real, ningún sujeto puede aparecer en lo real; depende estrictamente de los significantes de los que sólo es su efecto [...]. (p. 3)

Es decir, a través de Brousse y Lacan, se comprende que el sujeto se constituye a través del discurso, y precisamente de los significantes que le son otorgados, todo esto en relación al Otro. Por lo que, un sujeto solo se puede definir en relación con el Otro, y para esto, debe de existir un Otro que lo pueda representar. En la dinámica institucional en la que se ubica el presente proyecto de investigación, este Otro al que se hace referencia, viene a ser el hospital como institución que opera bajo la lógica del discurso del amo, y, el discurso médico al estar inmerso en esta lógica también forma parte.

Brousse (2020), continuando con su planteamiento, dirá que: "La alienación, como la define Lacan, compete del hecho de que el significante se produce “en el lugar del Otro” y congela al sujeto en un “vel”” (p. 3). El sujeto queda “congelado”, como menciona Brousse, en el discurso del Otro y definido por este. Un sujeto obligado, de manera simbólica, a tomar los significantes que le son impuestos, en este caso por la institución hospitalaria y el discurso médico. De manera que desaparece su ser.

Para complementar esta idea, Brousse (2020) dirá, en su misma obra, posteriormente que:

La operación de alienación se presenta en forma de una elección. Pero este vel, al contrario del sentido exclusivo que el discurso corriente da al término elección, responde a la estructura lógica de la reunión. Entonces se puede hablar de 'elección forzada. (p. 3)

Se ha planteado, hasta este punto, que el sujeto se ve inmerso en la lógica del discurso del Otro, y remite a una elección forzada, impuesta por la estructura del lenguaje y por los significantes. El sujeto se ve imposibilitado a reconfigurar su rol en esta operación. Es decir, su libertad se ve limitada, en tanto el paciente o familiar se ve alienado por el discurso médico. Bajo este contexto, el sujeto es nombrado, por ejemplo, como un ser “enfermo” que precisa de cuidados y atención, o como un “acompañante” que no padece ya que solo acompaña. Y, como precisamente este discurso vela por el bienestar integral en el sistema, de carácter nosológico, la dimensión subjetiva de los sujetos podría quedar ignorada, ya que esta no es imprescindible dentro de este ámbito.

Hasta este punto, se ha analizado como el discurso médico, desde su posición de amo, puede llegar a alienar tanto a pacientes como a familiares dentro de su discurso, provocando que puedan asumir e interiorizar roles predefinidos que limitan su capacidad de definirse más allá de estos, lo que significa que también, se limita su capacidad para constituirse como sujetos. Ya que hay significantes que son impuestos, de manera simbólica. Lo que resulta en una objetivación dentro de la institución que prioriza el saber médico, donde lo subjetivo no tiene cabida. Por lo que, una vez definido como la alienación frente al saber médico configura la experiencia subjetiva que pueden tener tanto familiares como pacientes, resulta idóneo definir, de igual forma, a lo que remite la “separación” como concepto desde Lacan.

Mientras que la alienación se refiere a la relación que el sujeto tiene con los significantes del Otro, la separación implica que algo sucede en dicha relación, se produce una torsión. Lacan, en este mismo seminario al que se hace referencia, dirá con respecto a la separación que:

El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación del que ejerce sobre él el Otro con su discurso. En los intervalos en discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se detecta en ellos radicalmente – me dice eso, pero ¿qué puede querer? (1964, p. 222)

El sujeto, que tenía que renunciar a partes de sí mismo para satisfacer al deseo del Otro durante la alienación, tenía que desaparecer en cierta

medida. Pero en la separación, se produce una torsión, ya que el sujeto en cuestión reconoce que el deseo del Otro no es completo, que existen fallas en él y que está marcado por la falta. Al reconocer que existe una falta en el deseo del Otro, el sujeto ya no queda totalmente capturado por el discurso del Otro, puede posicionarse como sujeto deseante y se puede orientar hacia su propio deseo.

Esa es la explicación teórica que ofrece Lacan respecto a la constitución subjetiva, pasar de estar inmerso en el discurso del Otro y definido por los significantes que este le proporciona, a reconocer las carencias que existen en el deseo del Otro y dar paso al suyo. Ahora bien, ¿Qué sucede en el ámbito hospitalario? El sujeto se encuentra inmerso en un nuevo ambiente, en donde tiene que regirse, alienarse, bajo un nuevo discurso, el del orden médico. Entonces los familiares y pacientes inmersos en este discurso atraviesan esta constitución subjetiva en donde se ven nombrados por estos significantes que ya se han mencionado con anterioridad ("enfermo" o "acompañante") en donde no hay cabida para lo subjetivo.

Para respaldar esta idea, Liberman (2003) en su artículo llamado *Psicoanálisis en el hospital. Algunos aspectos de la acción analítica en el contexto institucional* plantea que:

Tanto el orden médico como la estructura hospitalaria exigen al consultante, como prenda de entrada que "deshable", que asuma el rol de paciente que la sociedad le asigna. Para ser atendido hay que despojarse de lo que es más propio de cada quien. (p. 69)

El discurso médico no se remite a escuchar el padecer subjetivo de familiares o pacientes, estos se encuentran objetivados de manera que su cuerpo es campo de intervención y los familiares que acompañan a los pacientes están limitados al cuidado de otros, más no de sí mismos, a pesar de que también sufran de ver al Otro sufrir. Existe, sí, un sujeto deseante, ya que la separación lo produce, pero el discurso de amo lo silencia y lo reduce a un objeto. Por ello la importancia del trabajo y espacio que oferta el psicólogo clínico en el ámbito hospitalario.

Entonces, una vez conceptualizado la subjetividad dentro del padecer de pacientes y familiares, ¿Qué efecto tiene la hospitalización en la población infantil? Como señalan Adame et al. (2020) en su artículo *El acompañamiento del cuidador primario durante la hospitalización. Un factor de prevención de afectaciones psíquicas en el paciente pediátrico con Covid-19* Las reacciones emocionales más comunes que presentan los niños en el hospital son:

Temor a separarse de sus padres, tristeza, ansiedad, irritabilidad, miedo, pérdida de control, así como necesidad de expresión y comunicación. Estas pueden manifestarse de manera activa –como llorar, gritar, conductas auto-destructivas, pegar–, de manera pasiva –dormir en exceso, disminución de la comunicación, falta de apetito– o de manera regresiva –dificultad para descansar, alteraciones en patrones de sueño, desarrollo de conductas compulsivas, enuresis, encopresis. (Thompson, 2009; Rennick et al, 2002; como se citó en Adame et al., p. 134)

Se evidencia entonces que la hospitalización produce un efecto emocional significativo en los menores, cabe recalcar que, dadas las circunstancias ambientales, como la separación de los padres en algunas áreas del hospital, estas también influyen en las reacciones emocionales que pueden aparecer en los niños hospitalizados. A propósito de ello, es importante mencionar a los padres y el papel que tienen ellos frente a las reacciones emocionales de sus hijos en la hospitalización. Según Adame et al. (2020), "la regulación y conductas de los padres para aliviar su propia ansiedad ayuda a los hijos a afrontar la experiencia hospitalaria de una mejor forma" (Brasher et al., 2014; Ortigosa & Méndez, 2000, como se citó en Adame et al., p. 136).

El hospital y sus estresores, puede ocasionar en los padres que estos experimenten un sinfín de fantasías respecto al pronóstico de la enfermedad de sus hijos, sin mencionar otros factores que pueden influir como los gastos hospitalarios, por ejemplo. Según Yáñez (2020):

Los hallazgos sugieren que después de un diagnóstico de enfermedades infantiles graves, los padres sufren mayores niveles de

angustia. En consecuencia, corren un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión, estrés postraumático, ansiedad y una morbilidad psiquiátrica persistente. Además, pueden experimentar incertidumbre sobre el futuro y sentir inseguridad sobre su capacidad para hacer frente a la enfermedad (párr. 8)

Por lo que comúnmente los padres padecen de incertidumbre al estar envueltos dentro de esta dinámica médico-familiar-paciente, en donde, al ser definidos como “acompañantes” no tienen una función más allá de velar por el enfermo. A propósito de ello y, retomando lo planteado por Adame et al., reducir el sufrimiento de los padres puede ayudar a los pacientes pediátricos a una mejor experiencia hospitalaria, por lo que la manera en la que los familiares enfrentan la hospitalización de sus hijos también tiene un efecto en estos últimos.

Estas cuestiones mencionadas que ocurren en la hospitalización, como las reacciones emocionales, pueden ser vistas como la parte latente del malestar, es decir que podrían remitir a alguna dimensión más profunda con la que trabaja el psicólogo clínico. Por lo que observar esta dinámica de la hospitalización desde la teoría psicoanalítica proporciona un contexto diferente al de la psicología tradicional, resaltando la importancia de ambos enfoques, más no excluyéndolos.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

En este apartado se presenta la metodología implementada para el presente trabajo de investigación, en la cual se profundiza aspectos tales como su enfoque, paradigma, método, técnica de recolección de datos, y población.

La base de esta sección posibilita explorar aquellos elementos que se relacionan con el presente proyecto de investigación y con sus variables, tales como lo sería el discurso del amo y las instituciones hospitalarias. Ofreciendo de esta manera una visión amplia del tema y su problemática, resultando un período esencial previo a las conclusiones alcanzadas.

Enfoque

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, ya que, como menciona Rojas, W. (2022), “La investigación cualitativa es utilizada para observar, describir, explorar, comprender las experiencias, formas de pensar, sentir de otras personas y propias” (p. 81). Las propiedades de este enfoque permiten explorar condiciones subjetivas que tienen los familiares de los pacientes hospitalizados por medio de la visión y experiencia de los profesionales de la salud mental, quienes trabajan directamente en la atención psicológica dentro del entorno hospitalario.

Si bien este enfoque cualitativo difiere del cuantitativo en términos de estadísticas y en su medición de datos, su valor particular radica en la profundidad con la cual permite comprender la dinámica del hospital como institución en la demanda psicológica.

Paradigma

La orientación de la investigación se abordó desde el paradigma interpretativo, el cual, según Walker, W. (2021) en su artículo titulado “Una

síntesis crítica mínima de las aportaciones de los paradigmas interpretativos y sociocríticos a la investigación educativa” destaca lo siguiente: “También se lo conoce como fenomenológico, naturalista, humanista o etnográfico. Se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social” (p. 10). Este paradigma permite comprender la condición subjetiva de los familiares de los pacientes hospitalizados y su interacción con los profesionales de la salud mental, considerando los significados y construcciones sociales que surgen a raíz de su entorno hospitalario.

En este sentido, el paradigma interpretativo contiene otro rasgo importante para la investigación, puesto que reconoce la importancia del contexto en la experiencia del sujeto, como lo señala posteriormente Walker, W. (2021) en el mismo artículo, “También cuestiona que el comportamiento de los sujetos esté gobernado por leyes generales y esté caracterizado por regularidades subyacentes” (p 10). Por lo que el paradigma resulta idóneo para el análisis del proyecto donde el ambiente hospitalario toma un papel fundamental frente a la demanda de atención psicológica.

Método

El método utilizado en esta investigación es el descriptivo y explicativo, ya que el primero permite analizar y caracterizar en profundidad las variables de estudio, como el discurso del Amo, la demanda de atención psicológica y el hospital como institución. En este sentido, Guevara et al. (2020), en su artículo “Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)”, señala que el método descriptivo:

Tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes (p. 4).

Por lo que el método descriptivo resulta adecuado para esta investigación, ya que permite una exploración detallada de las condiciones subjetivas que influyen en la demanda de atención psicológica dentro del contexto hospitalario.

De igual manera, al utilizar un método explicativo, se podrá dar explicación en las causas de los fenómenos descritos, permitiendo no solo caracterizarlos, sino también comprender el porqué de ellos. Como señalan Manuel & Miriam (2004): “Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales” (p. 21).

Este último método que es clave para la investigación, ya que orienta a analizar los factores que influyen en la demanda de atención psicológica en el contexto hospitalario, así como la relación entre el discurso del Amo y la estructura institucional del hospital, ofreciendo de esta manera una comprensión más profunda de las dinámicas que descritas inicialmente.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos para esta investigación un medio importante para obtener información sería la lectura intratextual, la cual Pérez, J. (1998) en su artículo *Elementos para una teoría de la lectura* definirá esta técnica de la siguiente manera:

La lectura intratextual intenta establecer, con el mayor rigor posible, qué es lo que básicamente dice un texto que se pretende haber leído, a partir de lo que allí dice, no de lo que se le atribuye o se exija como condición de lectura, más allá del texto. Se trata de una interpretación básica, necesaria a cualquiera otra, e incompleta; no pretende responder todas las preguntas pertinentes que le sean formulables a un texto, ni tampoco estar exenta de la posibilidad del error. (p. 3)

Es decir, se implementa una lectura de varios textos con la finalidad de establecer una base teórica que permita comprender la problemática.

Sumado a esta técnica, se implementó también la entrevista estructurada, la cual permitió obtener información directa de profesionales de la salud mental dentro del entorno hospitalario. Según Sánchez & Murillo (2021), “La que emplea un cuestionario (o guion de entrevista) con el objeto de asegurarse que a todos los encuestados se les hacen las preguntas de manera estandarizada, esto es, de igual modo y en el mismo orden” (p. 11).

De esta manera, la combinación de estas técnicas permitirá obtener una visión integral y profunda sobre la influencia del discurso del Amo, la demanda de atención psicológica y la estructura hospitalaria, desde una perspectiva tanto teórica como experiencial.

Las preguntas de las entrevistas estructuradas realizadas a psicólogos fueron las siguientes:

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?
2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?
3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?
4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?
5. Cuando se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?
6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?
7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?
8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Población

En lo que respecta a la población, se considerará la percepción de expertos en el área de la salud mental, por lo que se entrevistara a 8 psicólogos clínicos que trabajen actualmente en instituciones hospitalarias, ya que su experiencia y conocimiento resultan de especial interés para la problemática principal, además de ser una fuente directa con el familiar del paciente hospitalizado y su demanda. Al respecto, Sampieri, et al. (2014) en

su libro *metodología de la investigación* señala que “Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios” (p. 419). Siendo así que, este enfoque resulta pertinente para la investigación, dado que aportaría un análisis mucho más preciso del estudio.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos por medio del uso de la entrevista estructurada como método de recolección de datos. Se realizaron ocho entrevistas a Psicólogos Clínicos con experiencia dentro del ámbito hospitalario, con el fin de recoger información respecto a su conocimiento y experiencia sobre el tema a investigar: *La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de atención psicológica de familiares de niños hospitalizados*.

Las entrevistas realizadas comparten una relación con las variables del proyecto, por lo cual se puede ubicar una conexión entre las respuestas ofrecidas por el personal profesional de la salud mental y la teoría desarrollada en el marco teórico, para posteriormente ofrecer una conclusión. Se presentan las preguntas agrupadas por variable que fueron realizadas a Psicólogos Clínicos con experiencia en ámbitos hospitalarios.

Tabla 1
Preguntas agrupadas por variable

Variables	Preguntas
Discurso del amo	¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?
	¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?
Hospitalización	¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

	¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?
Demanda	Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?
	¿Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?
Atención Psicológica	¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?
	¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

Presentación de resultados

Se presentarán en primera instancia, las entrevistas realizadas a profesionales junto con la información recogida. Para posteriormente, continuar con el análisis de estas.

Tabla 2

Preguntas y respuestas de los profesionales

Pregunta 1: ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?	
1	<i>“El doctor pasa, da una devolución que puede ser rápida, que puede ser con palabras muy técnicas o que puede y esto genera ansiedad que no permite un acompañamiento por parte de ellos.”</i>

2	<i>“Considero que sí, que ofrece un espacio para que puedan expresar su malestar emocional, que justamente es el departamento de psicología.”</i>
3	<i>“Pienso que la dificultad radica en la consideración del médico, en torno al lugar donde ese malestar debe ser depositado.”</i>
4	<i>“Los médicos tratantes logran identificar cierta sintomatología a nivel emocional y posteriormente el equipo de psicología pueda identificar y abordar el malestar emocional del paciente o familiar.”</i>
5	<i>“Sí, sí se permite la opción de poder de alguna manera hablar malestares mucho más allá de lo físico, [...], pero no siempre la mirada médica permite entender que esa no es la razón por la cual estamos en el hospital.”</i>
6	<i>“Sí lo hay, yo diría parcialmente. Es un tema en el cual yo sí he pedido en momentos en los cuales se habla con área médica. Actualmente, muchas interconsultas que hay son para soporte familiar.”</i>
7	<i>“Creería que parcialmente depende del tipo de sistema de atención que damos, realmente dentro del Orden público no se da mucho eso es más de una lección propia, ética propia y forma de trabajar de el equipo de médicos.”</i>
8	<i>“El sistema hospitalario actual se preocupa no solo por el bienestar emocional de sus pacientes ingresados, sino también por el bienestar de su cuidador primario. Y esto se evidencia en las diferentes interconsultas que recibimos.”</i>
Pregunta 2: ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?	
1	<i>“Los padres sienten un deseo de querer más tiempo para que se le dedique a su hijo... 'el doctor no me explica, ya me explicó, pero no comprendí, no quiero preguntarle otra vez para no molestarlo (...) Hay este pensamiento de que</i>

	<i>los doctores se los está molestando cuando se les pregunta algo.”</i>
2	<i>“Algunos están muy agradecidos... Pero también se frustran y como se frustran, a veces pelean con el personal o hay ciertas riñas que incluso no están tan relacionadas no con la parte médica, sino con la frustración que tiene este familiar, este cuidador o este padre.”</i>
3	<i>“La percepción puede variar... En relación a lo que podría aquejar al familiar es la solicitud de mayor diálogo, empatía y presencia.”</i>
4	<i>“Los familiares perciben de una forma positiva [...] debido a que consideran que esto va a mejorar el estado de salud del paciente. Sin embargo, en otras ocasiones también perciben de forma negativa o con temor debido a que algunos procedimientos requieren mucho más dolor a los procedimientos ambulatorios.”</i>
5	<i>“Muchos pacientes se quejan bastante de la cuestión del personal médico frente a esta actitud tan fría, a esta incapacidad de dar acompañamiento.”</i>
6	<i>“Del personal médico netamente sí hay mucha queja porque el área médico no quiere psico educar al familiar y al paciente sobre su patología médica, quiere que psicología clínica psico eduque de un diagnóstico médico.”</i>
7	<i>“Definitivamente la perspectiva puede variar, definitivamente el personal por la varianza que se puede encontrar, generalmente es por el tipo de tiempo, calidad del tiempo que utiliza el médico para poder dar principalmente la información al paciente.”</i>
8	<i>“Se sienten como objetos o como simplemente un número de historia clínica. Muchas veces hay pacientes que refieren que ni siquiera el médico se presenta (...) simplemente van con los tres, cuatro, cinco personas más,</i>

	<i>con posgradistas y hablan del caso sin a veces tomar en cuenta que el paciente está ahí escuchándolos.”</i>
Pregunta 3: ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?	
1	<i>“Yo creo que la demanda con psicología es alta y cuando los doctores identifican a un padre con una ansiedad elevada, se gestiona la interconsulta... No te pudiera decir qué tan acompañado se siente por los doctores, porque a veces lo sienten como muy apurado.”</i>
2	<i>“Lo viven como una experiencia estresante, es desgastante, física y emocionalmente (...) En cuanto al apoyo emocional, podría decírtelo que lo tienen... Quizás para el médico la postura pueda ser de que es algo simple o que quizá como que lo abrumba de preguntas, pues para nosotros, pues ese significativo, obviamente, es sumamente importante.”</i>
3	<i>“La experiencia más frecuente es la de agotamiento físico por los tiempos de estancia... Que se produzca un acompañamiento profesional dependerá de la valoración del profesional que atiende al paciente.”</i>
4	<i>“Los familiares de los pacientes muestran angustia, temor, enojo o frustración... Por lo general, los familiares no se encuentran, bueno, no se encuentran emocionalmente acompañado... ellos deben de seguir un proceso y ese proceso es indicarle netamente al médico tratante que desean tener un abordamiento psicológico.”</i>
5	<i>“Dependerá puramente de la capacidad de los autores de ver la necesidad del paciente. ¿Por qué te lo digo? Porque muchas veces si es necesaria la presencia del psicólogo y no llaman.”</i>
6	<i>“Muchos lo viven un poco incómodo ... para el familiar es complicado por temas de comodidades, no hay espacio</i>

	<i>muchas veces de habitaciones compartidas entre seis pacientes, tres pacientes, a veces hay una división sólo por una cortina. Entonces eso sí genera que también desde el sistema no haya también ese acompañamiento, ese apoyo, no necesariamente psicológico, pero eso son ciertas cuestiones que sirven también.”</i>
7	<i>“No están tranquilos, por supuesto hay una ansiedad evidente... hay una perspectiva de sentirse acompañado emocionalmente, creo que es muy bajo, desafortunadamente nuestro sistema social todavía lo que es el área de la salud mental no está totalmente desarrollada y desafortunadamente no está totalmente protocolizada y por el otro lado, dentro del área externa social, el ambiente social no se completa o no se da una mayor extensión con respecto a dar una psicoeducación acerca de qué hacen los psicólogos en hospital.”</i>
8	<i>“Hay personas que lo llevan bien y en otras genera mucha angustia y por ende nosotros como psicólogos somos llamados a través de una interconsulta para poder escuchar e intervenir con ese malestar que pueda surgir no solo en el paciente, sino también en los familiares.”</i>
Pregunta 4: Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?	
1	<i>“No quiero hablar, no quiero ponerme a llorar, no quiero estar mal porque tengo que cuidar a mi hijo... Los médicos suelen decir que hay que estar tranquilos para que la estancia hospitalaria del niño esté bien.”</i>
2	<i>“El médico es quien hace la demanda, pero el paciente no quiere y lo dice claramente, dice no, yo no quiero la atención psicológica porque regularmente en el hospital no es que hay un deseo, es que nosotros instauramos ese deseo del espacio psicológico, pero debido a que es un</i>

	<i>hospital, o sea que van netamente, se dedican a la parte física, no llegan al hospital por algo psicológico, entonces nos toca a nosotros crear esa demanda y pues en ocasiones no la quieren.”</i>
3	<i>“No cobertura, falta de tiempo en tanto son cuidadores primarios, desconocimiento de acceso a atenciones e inclusión del psicólogo en la imagen del médico.”</i>
4	<i>“Temor de ser vulnerable ante una figura totalmente desconocida.”</i>
5	<i>“Suelen ser motivos por el simple hecho de que consideran no necesitarlo [...]. Creen que el psicólogo es para los locos.”</i>
6	<i>“Mantienen el estigma de ¿por qué yo voy a necesitar un psicólogo? [...] Algunos justifican la consulta psicológica diciendo 'es porque reclamé mis derechos y creen que tengo problemas mentales'.”</i>
7	<i>“No de los motivos más comunes generalmente puede ser el desconocimiento. No saben que cuentan los sistemas de salud con un apoyo emocional.”</i>
8	<i>“Desconocimiento y falta de información del personal de salud del área ... Hay resistencia por parte del familiar, pues le da prioridad atender a su familiar en la hospitalización.”</i>
Pregunta 5: Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?	
1	<i>“Lo primero que se piensa es bien psicólogo, darme una mala noticia... se manifiestan las resistencias pues “No, no puedo, estoy ocupada, no, me duele la cabeza en este momento, ya mismo me tengo que ir, no tengo tiempo en este momento, ya estoy con psicólogo, a veces se hacen los dormidos.”</i>
2	<i>“En relación a las resistencias, se ha observado un montón... Entre esas está la negación como primera, la</i>

	<i>negación, esa necesidad de ayuda, el no querer hablar sobre sus emociones, la invalidación de su malestar o minimizar aquello.”</i>
3	<i>“La ubicación del malestar en el paciente, negando que exista en su ser algo que pudiera ser susceptible de atención. La exaltación a su rol, que opera como barrera infranqueable.”</i>
4	<i>“Depende mucho del cuadro clínico del paciente, si este cuadro es grave o es algo mucho más leve.”</i>
5	<i>“A veces la mejor manera de entablar una transferencia con los pacientes es brindar ciertas respuestas. [...] Ellos no podían ni siquiera digerir la información médica.”</i>
6	<i>“Muchas veces con rechazo, porque ellos dicen que, vulgarmente, yo no estoy loco por reclamar.”</i>
7	<i>“Las resistencias comunes que se pueden encontrar son generalmente han sido por cuestiones de malestares o cuando tratamos de los familiares, porque se tratan de patologías que evidentemente también vienen dentro del área familiar.”</i>
8	<i>“No quieren dejar solo a su familiar o simplemente porque no quieren hablar de su propio malestar, pues piensan que es más importante la salud de su familiar... Hay irritabilidad, hay cansancio, agotamiento, conflicto entre el personal de salud y el familiar.”</i>
Pregunta 6: ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?	
1	<i>“Trabajo del psicólogo como aquel que va a darles malas noticias... la noción que tienen los familiares puede ser de miedo y alerta ante su presencia.”</i>
2	<i>“Algunos pueden verla como algo, un recurso valioso... que no lo necesitan, que en realidad ellos están bien, que lo pueden sobrellevar.”</i>

3	<i>“Persiste el “desconocimiento” en tanto se mantiene la lectura de ser un espacio reservado para quienes se encuentran en estado de gravedad.”</i>
4	<i>“Consideran que el área de psicología es un área de ayuda para los niños [...] pero cuando se aborda a los padres sin que ellos lo pidan, hay resistencia... Porque justamente consideran tal vez que ellos están emocionalmente estables, sin ningún tipo de angustia, sin ningún tipo de preocupación. Sin embargo, sucede todo lo contrario.”</i>
5	<i>“Encuentran cierto apoyo en psicología siempre es más una cuestión de apoyo emocional, de acompañamiento, ya cuando se trata de un tratamiento efectivo frente a un malestar psicológico real.”</i>
6	<i>“Muchos creen que el psicólogo está para dar consejos o cambiar mágicamente su forma de pensar. Otros ni siquiera saben qué hace un psicólogo”</i>
7	<i>“Hay familiares que valoran el servicio... Sin embargo, también hay quienes lo ven con cierto recelo, ya que todavía existe el estigma de que la atención psicológica es solo para quienes tienen problemas graves.”</i>
8	<i>“Muchos se sienten aliviados cuando llegamos a la habitación y nos presentamos como servicio de psicología.”</i>
Pregunta 7: ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?	
1	<i>“El doctor las identifica. El doctor a veces no sabe gestionar, ve a un papá que está preocupado o que está triste, pero ¿quién no va a estar triste en una hospitalización?”</i>
2	<i>“En relación a las derivaciones del servicio por parte del personal médico, pues te digo que las derivaciones son acordes a lo que ellos identifican o cree que un familiar está expuesto.”</i>

3	<i>“Por medio del sistema AS400 que permite la comunicación interna entre las áreas.”</i>
4	<i>“Las derivaciones se realizan a través del médico tratante. El médico tratante verifica o nota si es que hay algún síntoma a nivel emocional que debe ser trabajado o no.”</i>
5	<i>“Siempre te los dan por medio de una computadora, a veces ni siquiera conoces al doctor que te los deriva. Es bastante friolento por ese lado.”</i>
6	<i>“El médico percibe que el paciente está llorando, lo ve lábil, pero muchas veces no es porque lo ve lábil, simplemente lo ve irritado, molesto, pero muchas veces son mal derivados, diría yo.”</i>
7	<i>“Las derivaciones dependen en gran parte del criterio del médico. Generalmente, cuando un médico identifica signos de angustia o ansiedad en los familiares.”</i>
8	<i>“Las interconsultas las recibimos a través del sistema AS 400.”</i>
Pregunta 8: ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?	
1	<i>“Creo que influye también en que el médico solamente cuando no identifica nada, sin saber cómo la parte psíquica está, no ofrece el servicio... No hay un espacio físico o no se ofrece el servicio en cada pase de visita o en cada inicio del hospital cuenta con estos servicios.”</i>
2	<i>“No hay cultura de salud mental (...) el hospital promueve bastante lo que es la salud emocional, la salud mental y se ofrece siempre información con los trípticos, con las charlas que se dan.”</i>

3	<i>“Las rutas, lineamientos en torno a la localización geográfica, acceso por nivel de atención de salud y la disponibilidad horaria.”</i>
4	<i>“Está la promoción de los servicios (...) que el área de psicología promociona sus servicios en cada sala mediante estudiantes que se encuentran en el proceso de prácticas preprofesionales, ellos van a ver que hay una abertura a este servicio.”</i>
5	<i>“Es justamente esta incapacidad de comunicación doctores, pacientes, psicólogos, que impide un buen proceso. Muchas veces genera mayor impacto y resistencia por parte de los pacientes.”</i>
6	<i>“Hay ese choque con el área médica que genera que llega el psicólogo también con un mandil y tú lo veas en una posición negativa, entonces ya eso genera que el paciente se encapsule”.</i>
7	<i>“Uno de los principales factores es la falta de información. Muchos familiares no saben que pueden acceder al servicio de psicología, ya que no es algo que se comunique de manera constante dentro del hospital.”</i>
8	<i>“El familiar que está acompañando al paciente en el área de hospitalización puede acercarse a la estación de enfermería del piso y hablar con el médico residente o tratante”.</i>

Análisis de resultados

El análisis se realizará acorde a los resultados obtenidos de cada pregunta, iniciando con **¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?** Dentro de las

respuestas de los participantes se refleja una aceptación parcial del malestar emocional en los espacios hospitalarios, dado a que, existe un área de psicología encargada de abordar estos casos que pueden involucrar al paciente y a su familiar, este planteamiento es compartido por cinco especialistas entrevistados. Sin embargo, los tres restantes consideran que al momento de presentarse un malestar emocional no se encuentra una acogida completa por parte del personal médico, debido a que este se estaría centrando en el diagnóstico físico del paciente y en su entorno agitado, que lo limita en tiempo. Por último, es importante mencionar que, dentro del llamado para el área de la salud mental, se encuentra primero esta mirada del médico quien generaría la interconsulta.

Centrando esta primera pregunta con lo teórico, notamos dos posturas dentro del mismo entorno, la visión del área de psicología y la visión del médico tratante, siendo este último un elemento que llega a determinar la intervención del psicólogo puesto que es aquel quien realiza la interconsulta. Este lugar que ocupa el médico puede relacionarse a lo planteado por Lacan, un discurso del Amo quien configura el espacio institucional desde un lugar de autoridad y saber, pues se depende de su validación para atender la angustia del familiar del paciente, subordinado a su vez la intervención psicológica.

Siguiendo esta línea marcada por el discurso del Amo, se plantea la siguiente pregunta **¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?** En base a las respuestas se ubica una falta en el contacto médico-paciente, y es que seis de los entrevistados mencionan que existe una distancia entre estas dos partes, reflejando así una carencia en la comunicación, la presencia y la empatía por parte del personal médico hacia los pacientes y sus familiares. Mientras que los dos restantes centran esta relación desde el familiar agradecido con el médico y en caso de haber un conflicto, esto es más propio del paciente que del médico.

Nuevamente se presentan dos posturas, en la cual la mayoría remite un malestar en la manera en la cual el familiar percibe la atención del personal médico, esta perspectiva puede entenderse desde la teoría psicoanalítica

como aquella jerarquía que se establece al momento en el que el S1 se posiciona en el lugar de Agente, promocionando un saber al sujeto (los familiares) como lo sería el diagnóstico de su caso, pero sin llegar a considerar otros aspectos como la cercanía, el vínculo o tacto con este mismo. Mostrando al médico como una figura de autoridad frente al familiar del paciente, generando así una distancia entre ellos y por lo tanto una jerarquía, vista en el discurso del Amo. Este tipo de dinámicas no solo llega a influir en la duda del familiar al querer consultar algo o a la posible percepción de objeto que tienen los pacientes al momento de ser revisados por los grupos de postraditas, sino que también incide en el rol del psicólogo ya que pueden presentarse tareas de carácter médico por parte de quien configura las dinámicas del lugar, el médico.

La tercera pregunta **¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?** Es respondida por los entrevistados destacando las dificultades que viven los familiares dentro del proceso de hospitalización, los ocho psicólogos mencionan aspectos negativos con los que convive el familiar, entre ellos está el desgaste físico y emocional, ansiedades, temor, incomodidad, etc. Evidenciando de esta manera una necesidad de carácter psicológico que debe ser abordado, por ello se sitúa un acompañamiento que es percibido mucho más por el área de psicología dado que el médico mantiene un rol que prioriza otros aspectos, generando un sentir apurado por parte del paciente hacia el médico.

Orientando estas descripciones con la teoría, se percibe la dinámica del hospital con la estructura que ofrecen las instituciones pues en ellas se establecen roles que deben ser aceptados por aquellos que conforman la institución, como lo sería el médico, el psicólogo y también el paciente, quien busca un servicio de salud en tanto exista una carencia en el bienestar de él. El hospital como institución configura el accionar de su personal, por ello el médico tiene un especial enfoque en lo fisiológico del caso, y no muestra un acompañamiento personal dado que el especialista de la salud mental podría hacerse cargo del caso en tanto también es parte de la institución, aunque se encuentre condicionado al esperar la orden del médico. Esta dinámica puede

tener un efecto en como percibe el acompañamiento el familiar del paciente, debido a que si bien existe una necesidad marcada dentro del proceso de hospitalización en tanto representa momentos de ansiedad, miedo y angustia, siempre se procederá bajo el eje de preservar la salud física, desplazando aquello propio del sujeto como lo serían sus deseos, expectativas y tiempos.

La cuarta pregunta **¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?** Contiene respuestas variadas por parte de los psicólogos, tres de los profesionales de destacan la falta de conocimiento del espacio por parte del familiar del paciente, y los otros cinco ubican que dentro de las razones por las cuales el familiar no solicita atención psicológica está el estereotipo de la salud mental, resaltando comentarios como: “el psicólogo es para los locos”, “no quiero estar mal porque tengo que cuidar a mi hijo”, “¿por qué yo voy a necesitar un psicólogo?”, etc. Estas dificultades dan a conocer la idea que se establece dentro del hospital acerca del espacio psicológico, pues no se promociona del todo este servicio que también es de la salud, además, por parte de los familiares, persisten ideas preconcebidas de carácter cultural que dificultan el acercamiento a este servicio, reforzando la resistencia y la falta de demanda de atención psicológica.

Viendo estas respuestas con la teoría, se ubica una dificultad en el desarrollo de la demanda por parte del familiar, pues dicha demanda que contiene un mensaje para un Otro quien podría solventar su necesidad, como el estrés o angustias, pareciera no ejecutarse de manera clara. Uno de los entrevistados también menciona que la falta de esta demanda es porque no se piensa en una atención psicológica al estar en un hospital que trata un malestar físico, por ello este llamado posee un segundo aspecto de carácter latente que difiera de lo manifiesto, es decir, lo visto en los primeros momentos. Y es que, aquello latente o también considerado oculto, podría relacionarse con aquellas ideas que los familiares traen consigo y que no permiten notar su demanda con claridad.

En la quinta pregunta: **Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan**

estas? Las respuestas de los psicólogos 1, 2, 3 y 5 destacan que las resistencias más comunes están vinculadas a la negación de la necesidad de atención psicológica, lo cual puede interpretarse como un intento de no querer encontrarse en falta, con eso que produce conflicto de manera subjetiva. Lo que señala que los familiares prefieren no lidiar con su malestar emocional. Se hace énfasis en esto ya que, en un ambiente hospitalario donde existe una gran cantidad de estrés y tensión, los familiares prefieren no dar importancia a su sufrimiento subjetivo. Por medio de la articulación de la teoría, se puede interpretar estas cuestiones también, como justamente a lo que empuja el discurso del amo, a categorizar y dar significaciones que operen bajo su norma. Si se dice que los familiares son acompañantes de los propios enfermos, estos solo estarán para aquello, para acompañar justamente y el momento para demandar, bajo su deseo, intervención psicológica será nulo. Resulta pertinente mencionar también, la irritabilidad de los familiares que menciona la respuesta 8, ya que podría sugerir que, además del sufrimiento psíquico, este malestar conlleva un agotamiento emocional reflejado con el personal de la salud, lo que puede relacionarse con el proceso de separación planteado por Lacan en donde el sujeto, deja de estar alienado al discurso de la institución y del médico, para poder expresar su malestar subjetivo.

En la sexta pregunta: **¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?** Las respuestas obtenidas por medio de los Psicólogos entrevistados reflejan una realidad comúnmente observada en el hospital, y es la del desconocimiento del rol que mantiene el psicólogo dentro del ámbito hospitalario, e inclusive fuera de este, de parte de los familiares. Varias respuestas indican que los familiares perciben al psicólogo como alguien que da “malas noticias” o como un espacio para casos de gravedad únicamente. Por medio del análisis teórico, esta creencia de que solo es un espacio para casos graves (respuesta 7) o por el contrario, un espacio innecesario ya que ellos lo pueden sobrellevar (respuesta 2), resalta como el malestar subjetivo es minimizado dentro de la institución hospitalaria. En este contexto, el malestar de mayor relevancia es el del organismo, el de la enfermedad, las otras dimensiones del malestar, como lo es el subjetivo o

emocional, es silenciado, y subordinando bajo las normativas institucionales que definen lo que es de carácter urgente y qué no lo es.

Este análisis del discurso del amo y de las respuestas presentadas, permite comprender como esta creencia de que la psicología es un espacio para casos graves o algo innecesario para muchos, refleja una alienación simbólica con las normas institucionales y con el discurso médico. Siguiendo este planteamiento, el discurso institucional dicta la demanda y quien demanda, por lo que despoja a los familiares de la posibilidad de articular la suya. Ya que, los familiares por medio de la significación que se les otorga al ser llamados “acompañantes”, son silenciados de cualquier capacidad para demandar algo de sí mismos, porque no son la prioridad para el orden institucional.

En la séptima pregunta: **¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?** Las respuestas obtenidas en esta pregunta evidencian un patrón en la forma en la que los médicos realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología. Se identifican dos cuestiones principales al momento en el que el personal médico realiza las derivaciones, en primer lugar, está el sistema AS400 (respuestas 3 y 8), el cual permite una comunicación interna entre todo el personal hospitalario. Y, en segundo lugar, no se evidencia un protocolo claro a seguir para las derivaciones, ya que por medio de la mayoría de respuestas (respuestas 1, 2, 4, 5, 6, 7) se evidencia que la derivación dependerá en gran medida de lo observado por el médico. Es decir, los médicos deberán de identificar síntomas o comportamientos que justifiquen la necesidad de atención psicológica, aquí el sujeto en cuestión no es el que produce la demanda, sino el médico.

Además, se abre la posibilidad de que estas derivaciones se basen en percepciones subjetivas o incluso personales de los médicos, lo que podría reforzar el rechazo a recibir atención psicológica ya que el paciente no la ha solicitado. Entonces, el médico se convierte en el agente que dicta lo que es urgente y lo que no, lo que amerita ser hablado, el que dicta la demanda. El espacio psicológico se termina convirtiendo en un acto administrativo, algo

que debe de hacerse por protocolo o por normativa, más que un espacio de escucha.

En la octava pregunta: **¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?** Por medio de las respuestas obtenidas en esta última pregunta, se muestra que existen varios factores propios del funcionamiento del hospital que podrían influir en la forma en la que los familiares se acercan al servicio de psicología. En las respuestas 1, 5 y 6 se evidencia una falta de comunicación por parte de las diferentes áreas del hospital, ya que muchas veces, el espacio de psicología no es ofertado para que pacientes acudan a este bajo su propia decisión, además, el desconocimiento mencionado en preguntas previas sobre el rol del psicólogo dentro del hospital puede generar confusiones en pacientes por su vestimenta y una visión negativa del profesional de la salud mental. A pesar de que se mencionan esfuerzos de promocionar los servicios de salud mental, en las respuestas 3 y 4, por medio de trípticos por los estudiantes que realizan sus prácticas preprofesionales en hospitales, no se evidencia alguna manera de integrar el servicio psicológico dentro del tratamiento de pacientes.

Otro aspecto fundamental mencionado, es la falta de un espacio físico para el área de psicología, podría entenderse que desde la institución no se le da la importancia necesaria a dicha especialidad. Lo que podría dificultar la accesibilidad del psicólogo para recibir pacientes. Añadiendo a esto la falta de información, explicada en la respuesta 7, sobre la disponibilidad del servicio, sumado a la falta de rigurosidad en la derivación al área de psicología, podría contribuir a la falta de acercamiento a este servicio. Finalmente, desde el análisis teórico, se puede interpretar, que el hospital busca el control por medio del silencio de los sujetos. De esta manera, no se considera necesario intervenir, ya que no hay una queja y, por lo tanto, tampoco existe una demanda, lo que se traduce a que no existe la necesidad de ofrecer servicios adicionales.

Análisis General

El análisis de las entrevistas permite profundizar en la dinámica institucional del hospital y en la forma en que el discurso del Amo se presenta en ella, sobre todo en la relación que se establece entre los profesionales de la salud y los familiares de los pacientes. Los resultados obtenidos aportan nuevos conocimientos entorno a la falta de demanda de atención psicológica en este entorno hospitalario, pues si bien existen estudios previos que ofrecen modos de comprender el tema, dentro de esta investigación se evidencia de manera mucho más clara aquellos elementos específicos que inciden en la dinámica de la salud física y la mental en este espacio.

Considerando el contexto ecuatoriano, se identificó que la demanda de atención psicológica no es producida por los familiares, sino más bien por el médico mediante su criterio para poder generar una interconsulta que derive el caso para el área de psicología. Reforzando de esta manera la idea de que el hospital, que funciona como una institución, regula y define que malestares abordar, subordinando la dimensión subjetiva del sujeto y a sus familiares.

Además, este análisis da a conocer que la falta de demanda de atención psicológica se produce también por el desconocimiento del espacio por parte del paciente y su familiar, puesto que en muchos casos no se realizan una promoción directa de este servicio, por lo que la salud mental a la vista de la institución no se encuentra establecida del todo pues sigue existiendo el bienestar físico como eje de interés para la institución hospitalaria.

Por último, los resultados coinciden y reafirman los estudios previos del tema sobre la demanda de atención psicológica en los hospitales, pero también aportan elementos adicionales al mostrar aquel desconocimiento de este servicio, los prejuicios e ideas culturales que el paciente puede tener en un inicio, y la falta de promoción de espacio psicológico, incluyendo el espacio físico que se le brinde al servicio de salud mental.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación, se abordó cómo el discurso del amo en el ámbito hospitalario incide en la ausencia de demanda de atención psicológica en los familiares de pacientes hospitalizados. De acuerdo con el planteamiento de Lacan, el discurso del amo apunta a la búsqueda de control sobre los elementos que lo conforman, donde el amo, delimita el saber y la relación que tienen los sujetos con este. Al enfocar esta investigación en un contexto hospitalario, se menciona a la institución hospitalaria como el espacio donde este discurso opera, dado que el discurso médico, es el de mayor relevancia dentro de los hospitales. En este marco, los sujetos quedan reducidos a objetos, a lo relacionado con el malestar físico, mientras que sus subjetividades y sufrimientos emocionales son despojados de sí. De esta forma, los familiares de los pacientes se convierten en meros receptores de la información médica, o meros “acompañantes” que no padecen, despojados de la posibilidad de articular su sufrimiento o de demandar atención psicológica.

El análisis del discurso del amo permite comprender cómo, en este contexto, el saber médico se posiciona en el lugar de agente, con una particular relación con el esclavo, quienes podrían ser los familiares de pacientes, donde sus demandas subjetivas son ignoradas. Esta relación, de subordinación también puede verse en la dinámica del médico y el psicólogo, puesto que dentro del abordaje del paciente se encuentra condicionado por aquel que realiza la interconsulta (el médico), limitando el espacio psicológico por el criterio médico quien representa una autoridad en la institución. Por ello caracterizar este discurso implica entender las estructuras de poder que lo configuran, en las que el sujeto queda subordinado bajo el saber del Otro, del discurso médico.

En cuanto a la demanda del paciente, para que esta pueda transformarse en una, debe de hacer un recorrido donde parte de una necesidad biológica, que, al entrar en el campo del lenguaje, es decir de lo simbólico, se convierte en una demanda subjetiva. Esta demanda debe de ser reconocida por el Otro, en este caso, ese Otro es la institución. Pero la

institución, bajo el discurso del amo, no da cabida a esta demanda. En este sentido, el discurso del amo incide en la incapacidad de los familiares para articular sus demandas subjetivas, ya que el ambiente hospitalario no les ofrece el espacio ni el reconocimiento necesario para expresarla. También, siguiendo esta línea de la demanda, se descubre por medio de las entrevistas, que hay un factor cultural que incide en la percepción del familiar del paciente para solicitar el espacio psicológico, es decir, se muestra la presencia de una idea preconcebida que encasilla el abordaje psicológico desde los estigmas.

Los efectos del discurso del amo en la falta de demanda de atención psicológica a los familiares de pacientes hospitalizados, radica en ignorar estos requerimientos, en categorizar de manera nosológica los malestares físicos y emocionales, de este modo los familiares se ven atrapados en una dinámica en la que, debido a la omnipotencia del discurso médico, estos no logran reconocer su necesidad de apoyo emocional. Se encuentran alienados al discurso médico en donde son definidos por este, como “acompañantes”, por lo que no sufren, a pesar de que sí lo hagan. Sufren de ver al Otro sufrir.

En conclusión, el discurso del amo en el contexto hospitalario tiene una incidencia directa en la falta de demanda de atención psicológica por parte de los familiares de los pacientes hospitalizados. La generalización del discurso médico, centrado exclusivamente en el organismo y el padecer físico, silencia las necesidades emocionales de los familiares, impidiendo que estos formulen una demanda de atención psicológica. Este análisis resalta la necesidad de una atención más integral que, además de abordar lo físico, también considere el bienestar psicológico de quienes acompañan a los pacientes, para así ofrecer un enfoque de cuidado más humano y completo.

REFERENCIAS

- Adame, M. J., Luque, M., Morales, F., Busqueta, M. F., Campos, M., & Campos, S. (2020). *El acompañamiento del cuidador primario durante la hospitalización pediátrica: una revisión narrativa*. Cuadernos de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 1(2), 133-149. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2020-apm-cuadernos-1-2-13.pdf>
- Aracena, F. (2023). *Iluminaciones de significación: el trabajo del sueño como interpretación realizada por el inconsciente*. Psicologías, (6), 138–159. <https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/21043/18583>
- Albert, R. (2007). *Guía básica para la confección de una Historia Clínica: Desde los datos de identidad del paciente hasta la confección de la historia de la enfermedad actual*. Portales Médicos. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/732/1/Guia-basica-para-la-confeccion-de-una-Historia-Clinica-Desde-los-datos-de-identidad-del-paciente-hasta-la-confeccion-de-la-historia-de-la-enfermedad-actual.html?>
- Belaustegui Goitia, V. C. (2024). *La voz, entre el amo y el analista*. En XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-048/269>
- Bernal Zuluaga, H. (2019). *La diferencia entre necesidad, demanda, deseo y pulsión*. Poiésis, (36), 74-78. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3190>
- Bohoslavsky, R. (1978). *Orientación Vocacional: La Estrategia Clínica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Brousse, M.-H. (2020). *La elección forzada*. Lacan Cotidiano, (890). <https://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-891.pdf>

- Calvo, D. (2021). La relación Médico Paciente / The doctor-patient relationship [Archivo PDF]. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v27n2/1726-8958-rmcmlp-27-02-92.pdf>
- Compte-Pujol, M., Marca-Francès, G., Menéndez-Signorini, J., & Frigola-Reig, J. (2020). *Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente?* Revista Latina de Comunicación Social, 75, 207-223. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1423>
- Dávila Pontón, Y., Díaz-Narváez, V. P., Montero Andrade, B., López Terán, J. J., Reyes-Reyes, A., & Calzadilla-Núñez, A. (2023). *La empatía de los enfermeros con los pacientes en los hospitales públicos.* Revista Latino-Americana de Enfermagem, 31, e3969. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6591.3969>
- De los Ríos Uriarte, M. E., Cerdio Domínguez, D., Hernández Gonzáles, J. A., & Ricaud Vélez, I. A. (2023). *Fundamentos antropológicos y éticos de la relación médico-paciente y su dinámica durante la pandemia por covid-19* [Archivo PDF]. https://www.researchgate.net/profile/Jhosue-AlfredoGonzalez/publication/363520870_FUNDAMENTOS_ANTROPOLOGICOS_Y_ETICOS_DE_LA_RELACION_MEDICO-PACIENTE_Y_SU_DINAMICA_DURANTE_LA_PANDEMIA_POR_COVID-19/links/6320fcbb071ea12e362ed238/FUNDAMENTOS-ANTROPOLOGICOS-Y-ETICOS-DE-LA-RELACION-MEDICO-PACIENTE-Y-SU-DINAMICA-DURANTE-LA-PANDEMIA-POR-COVID-19.pdf
- Elío-Calvo, D. (2023). *Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina.* Revista Médica La Paz, 29(2), 112-123. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v29n2/1726-8958-rmcmlp-29-02-112.pdf>
- Farrero, P. (2006). *Del motivo de consulta a la demanda en psicología.* Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, (97), 53-69. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v26n1/v26n1a04.pdf>

- Fernández, A. (2023). *El concepto de discurso como articulador entre escucha analítica e interconsulta hospitalaria* [Archivo PDF]. <https://www.aacademica.org/000-009/374.pdf>
- Galuzzi, L (2022). *El cuerpo y la demanda en "Psicoanálisis y medicina" de Jacques Lacan*. *Revista psicoanálisis en la universidad Rosario, Argentina*, (6), 127-137. <https://psicoanalisisenlauniversidad.unr.edu.ar/index.php/RPU/article/view/126/97>
- González-Rojas, J. M., Hamui-Sutton, A., Rossi, I., Paulo-Maya, A., & Hernández-Torres, I. (2020). *El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA*. *Revista CONAMED*, 25(1), 23-33. <https://dx.doi.org/10.35366/92892>
- Guevara Albán, G. P., Verdesoto Argüello, A. E., & Castro Molina, N. E. (2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*. *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. 10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
- Haldemann, G., & Muraro, V. (2006). *Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica*. Ponencia presentada en las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-039/480.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014) [Archivo PDF]. Recuperado de <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Hoyos Zuluaga, J. E. (2001). *La relación médico-paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma*. *Iatreia*, 14(2), 141–148.

Recuperado

de

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/2734>

Kaes, R. (1987). *La institución y las instituciones*. Paidós.
https://www204.ucsg.edu.ec/pluginfile.php/66625/mod_resource/content/5/Libro%20Kaes-R-y-otros-La-institucion-y-las-instituciones.pdf

Lacan, J. (1964). *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós. [PDF]

Lacan, J. (1992). *El reverso del psicoanálisis. El Seminario, Libro 17 (1969-1970)*. Paidós. [PDF]

Lacan, Jacques (1986). *Seminario XI - Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
<https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/06/Lacan-Seminario11.pdf>

Liberman, M. (2000). *La escucha en la institución*. Acheronta, 18.
<https://www.acheronta.org/acheronta18/liberman.htm?>

Lopera, D. M., & García Uribe, J. C. (2024). *Reivindicación de la dimensión subjetiva en el cuidado de enfermería*. RHS-Revista Humanismo y Sociedad, 12(1), e5/1-23.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9512172.pdf>

López, G., & Salomone, G. (2014). *El psicoanálisis en dispositivos públicos de salud: nuevas preguntas para la ética en un nuevo contexto socio-histórico a partir de una lectura clínica*. Revista Universitaria de Psicoanálisis.
<https://www.psi.uba.ar/accesos.php?var=investigaciones/revistas/psicoanálisis/revista14/index.php&seccion=Psicoan%C3%A1lisis%20y%20Sociedad>

Machado, M. I., Semeñiuk, M. L., Botto, K. M., Ledesma, C., Amar Aldao, M. F., Gonzalez, P. A., Canuti, E., Franco, M. F., & Llobet, M. S. (2023). *Psicoanálisis y medicina: crisis del lugar del saber*. En XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXX Jornadas de Investigación, XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología,

Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-009/421>

Manuel & Miriam, (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación* [Archivo PDF]. https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf

Maquilón, F. J. (2018). *El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana* (Tesis de maestría, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil). Repositorio Digital UCSG. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11992/1/T-UCSG-POS-PSCO-54.pdf>

Markman, B. (2015). *Los Pioneros del Psicoanálisis de Niños*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9780429203503/los-pioneros-de-psicoanalisis-de-ninos-beatriz-markman-reubins?refId=c5153e09-3a92-46c8-a781-f1692735b4d6&context=ubx>

Martínez Cortés, C. F. (2002). *Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. Anales Médicos del Hospital ABC*, 47(2), 66-70. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2002/bc022k.pdf>

Martínez, M. (2023). *La demanda del paciente en la sesión analítica (Parte III)*. Revista FROI. <https://www.revistafroii.com/post/la-demanda-del-paciente-en-la-sesi%C3%B3n-anal%C3%ADtica-parte-iii>

Miller, J.-A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico* (1ª ed., 5ª reimp.). Editorial Paidós. [PDF]

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Modelo de Gestión Institucional MSP - 2022*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/09/Modelo-de-Gesti%E0%B8%82n-Institucional-MSP-2022.pdf>

Morejón Valdés, M., Ramírez Pérez, J. F., Vargas Contreras, E., & Henriquez Ritchie, P. S. (2021). *Contribución de los indicadores de gestión en la eficiencia organizacional y la administración hospitalaria en instituciones de salud*. UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria, 5(4), 151-168

- Murillo, M. (2021). *¿Por qué hay cuatro (o cinco) discursos para el psicoanálisis?* XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-012/538>
- Najles, M. (2006). *Psicoanálisis con niños y problemas de aprendizaje*. Nueva Escuela Lacaniana, sede en Guayaquil.
- Naciones Unidas Ecuador. (2025). *Objetivo de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas en Ecuador. <https://ecuador.un.org/es/sdgs/3>
- Neuro-Class. (2020). *Hospitalización infantil: Impacto en el paciente y su familia*. <https://neuro-class.com/hospitalizacion-infantil-impacto-en-el-paciente-y-su-familia/>
- Ordóñez Rodríguez, A., & Moreno Camacho, M. A. (2018). *Psicoanálisis e institución. Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales*. *Revista Affectio Societatis*, 15(28), 196-227. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v15n28a09>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pérez, J. (1998). Elementos para una teoría de la lectura: (lectura e interpretación). *Revista Interamericana De Bibliotecología*, 20(1), 7–32. <https://doi.org/10.17533/udea.rib.330021>
- Real Academia Española. (s.f.). *Institución*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de octubre de 2024, de <https://dle.rae.es/instituci%C3%B3n>
- Real Academia Española. (s.f.). *Demanda*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 29 de octubre de 2024, de <https://dle.rae.es/demanda>
- Rosero Padilla, A. (2019). *Emergencia de la Psicología en Ecuador. Un estudio de las condiciones históricas de posibilidad e institucionalización*. FLACSO Ecuador.

<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15613/10/TFLA-CSO-2019APRP.pdf>

- Sánchez Molina, A. A., & Murillo Garza, A. (2021). *Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa*. Debates por la Historia, 9(2), 147-181. <https://www.scielo.org.mx/pdf/dh/v9n2/2594-2956-dh-9-02-147.pdf>
- Secretaria Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025* [Archivo PDF]. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
- Schroeder, D. (11 de junio de 2021). *La institución en el encuadre psicoanalítico*. Equinocci. <https://www.audepp.org/ojs/index.php/eqo/article/view/43/33>
- Silanes, M., & Mercedes, E. (2018). *Demanda y entrada en análisis. Una clínica freudiana viva*. <https://www.aacademica.org/000-122/547.pdf>
- Siquier de Campo, M. L., García Arzero, M. E., & Grassano, E. (1997). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión
- Sotelo, I. (2004). "La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia". En G. Belaga (eds.), *La urgencia generalizada* (p. 100). Buenos Aires: Grama.
- Surmani, Florencia, Esborraz, Marina y Queipo, Rodrigo (2021). *Acerca del plus de gozar en los síntomas actuales. Una lectura desde la teoría de los discursos en Lacan*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXVIII Jornadas de Investigación XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, CABA. <https://www.aacademica.org/rodrigo.queipo/17.pdf>
- Walker, W. (2022). *Una síntesis crítica mínima de las aportaciones de los paradigmas interpretativos y sociocríticos a la investigación educacional* [Archivo PDF].

<https://www.scielo.org.ar/pdf/enfoques/v34n2/1669-2721-enfoques-34-02-13.pdf>

William, J. R.-G. (2022). *La relevancia de la investigación cualitativa*. Revista Studium Veritatis, 20(26), 79–97.
<https://studium.ucss.edu.pe/index.php/SV/article/download/353/395/1102>

Zabalgoitia, M., & Asensi Pérez, M. (2023). *Psicoanálisis, educación y cultura. Presencias, omisiones y resistencias al inconsciente*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
<https://doi.org/10.22201/iisue.9786073088411e.2023>

Zubkow, Viviana (2024) *Psicoanálisis y el modelo estructuralista*. Revista psicoanálisis en la universidad N°8. Rosario, Argentina, UNR Editora. Pág. 113-128.
<https://psicoanalisisenlauniversidad.unr.edu.ar/index.php/RPU/article/view/191/160>

ANEXOS

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #1:

Información personal y profesional

Nombre: Daniela Mackenzie

Título: Psicóloga Clínica

Corriente: Psicodinámico

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 11 años.

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

Bueno, con respecto a la primera pregunta, pues considero que sí, que ofrece un espacio para que puedan expresar su malestar emocional, que justamente es el departamento de psicología, que está constantemente en ocasiones como yendo a las salas para ver si alguien necesita, ya sea por la demanda del médico o del mismo familiar. Entonces, a pesar de que el foco principal es en sí el tratamiento médico del niño o de quién esté hospitalizado, pues obviamente el hospital de niño, Roberto Gilbert, reconoce bastante lo que es la parte emocional del cuidador que está en el hospital o de quién se está haciendo cargo de este niño. Por lo tanto, se le otorga el espacio para que pueda expresar su malestar, ya sea a nivel hospitalario, familiar, social, académico o por lo que está atravesando, que de alguna manera pueda incluso aquel malestar influir en el cuidado que pueda estar dando el niño. A pesar de que, como ya te dije, la necesidad de ese padre o del niño que está hospitalizado es netamente médica, se ha hecho una cultura de salud mental en el hospital donde se anuda un poco esa parte física con la mental y del bienestar que pueda tener el niño, si su cuidador está bien o está estable, de alguna manera, con la parte emocional y de los impactos que pueda causar el hospital o del dolor que tenga o la angustia.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Con respecto a tu segunda pregunta acerca de qué manera perciben los familiares, la atención que recibe el personal médico. Son muchas matices. No te puedo generalizar en mis casi 12 años que tengo en el hospital. Algunos están muy agradecidos, incluso aunque el niño a veces no precisamente tiene un buen diagnóstico o incluso, yéndome un poco más allá de cuando en las áreas críticas los niños fallecen, se acercan al médico, le agradecen al Departamento de Salud Mental, en este caso, psicología, y también por todo el acompañamiento y el apoyo emocional que se le dividió durante toda la estancia hospitalaria de su hijo y de ese cuidador, en este caso, la gran mayoría de las madres. Pero también se frustran y como se frustran, a veces pelean con el personal o hay ciertas riñas que incluso no están tan relacionadas no con la parte médica, sino con la frustración que tiene este familiar, este cuidador o este padre. Y pues eso ocasiona que haya fricción, que este padre pierda o esta madre pierda el foco que es el cuidado de este niño, que a veces suelen estar en áreas intensivas.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

Con respecto a tu tercera pregunta de cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañado emocionalmente se siente por el sistema hospitalario. Lo viven como una experiencia estresante, es desgastante, física y emocionalmente, siempre que hemos podido compartir esto con pasantes, con los que hacen pasantías aquí en el hospital. Es super desgastante. Primero porque están en un ambiente que para ellos es muy hostil, no se sienten cómodos, ves que no duermen bien, algunos tienen que ir al albergue, otros duermen en el piso, otros ni siquiera se quieren mover de la sala donde están sus nenes. Entonces, sí es un poco estresante físicamente, no duermen bien, no comen bien mentalmente, porque están con una hipervigilancia bastante tenaz, elucubran muchísimo de las posibilidades o de los diagnósticos, o de lo que entendieron, de lo

que no entendieron, y llenan esos vacíos con mucha fantasía. También sienten miedo por el diagnóstico o por lo que pueda pasar, por los tratamientos, por la parte económica también. El proceso de hospitalización de un padre es bastante duro, aunque incluso todas sus áreas o, aunque incluso tenga algún acompañamiento de salud mental, ya sea fuera o dentro del hospital o que ya venga incluso haciendo un trabajo, porque la percepción de un hospital tampoco es muy agradable, porque un hospital, obviamente, viene gente que está en alguna condición más en las áreas críticas. Entonces, esto hace que el cuidador o los padres o los familiares puedan sentir miedo. En cuanto al apoyo emocional, podría decírtelo que lo tienen, pues ves que aquí hay muchísimo personal predispuesto a eso, sobre todo los chicos que hacen la práctica preprofesional y por parte de quienes también trabajamos aquí, que estamos muy predispuestos a hacer eso, que el médico, incluso en ocasiones, por falta de tiempo o porque tiene que entrar a cirugía o porque tiene que ir a ver otros pacientes, no tiene esa empatía de escuchar todo lo que el padre quizás tenga que decir, que preguntar o esclarecer o alguna de estas situaciones, que nosotros, si y que le damos ese espacio y esa importancia acerca de lo que le está preocupando. Quizás para el médico la postura pueda ser de que es algo simple o que quizá como que lo abruma de preguntas, pues para nosotros, pues ese significativo, obviamente, es sumamente importante. Se le da el espacio, se le coloca ahí toda la explicación dentro de lo posible, lo que nosotros también sabemos. Un poco acompañamos en esa posición subjetiva hospitalaria en la cual se encuentra. Y me atrevo a decir que sí, que acompañamos dentro de lo posible lo más que podemos. Atendiendo un poco esa parte emocional para que no traspase a algo un poco más grave, como puede ser algún brote psicótico que, si ha pasado, para que la angustia no se intensifique, para que no llegue la depresión, para que no se aíle tampoco. Entonces, sí, me atrevo a decir que sí.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Todos hemos sido testigos de aquello, los que han pasado por práctica y los que trabajamos ahí, que es cuando el médico es quien hace la demanda, pero el paciente no quiere y lo dice claramente, dice no, yo no quiero la atención psicológica porque regularmente en el hospital no es que hay un deseo, es que nosotros instauramos ese deseo del espacio psicológico, pero debido a que es un hospital, o sea que van netamente, se dedican a la parte física, no llegan al hospital por algo psicológico, entonces nos toca a nosotros crear esa demanda y pues en ocasiones no la quieren. La otra situación que pueda pasar es de que ellos no lo necesitan, ellos tienen que ser fuertes y que la psicología es para locos, no es para un acompañamiento, que ellos pueden manejar su situación, que ellos se pegan de alguna manera, perdón, que ellos de alguna manera se dan un baño o salen a pasear o se comen algo rico y pues los problemas y la angustia y la preocupación se van. Así que la falta de información sobre la disponibilidad y los beneficios de esta atención también puede traer eso y pues también el no reconocer que hay necesidades de apoyo, o sea que tiene una necesidad de apoyo, entonces pues regularmente eso no hace que estos familiares no se les pueda dar la atención.

5. ¿Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

En relación a las resistencias, se ha observado un montón, un montón, un montón y de diferentes formas y maneras. Entre esas está la negación como primera, la negación, esa necesidad de ayuda, el no querer hablar sobre sus emociones, la invalidación de su malestar o minimizar aquello, la demanda y perdón, la auto demanda que ellos se hacen del ser fuertes. Entonces pues acerca también de que no se vaya a decir lo que ellos nos vayan a contar, porque a veces pues surgen otras situaciones de otra índole que no son netamente hospitalarias, a veces también te piden de alguna manera la efectividad del tratamiento,

de la intervención que le vayas a hacer y pues no, sabemos que no es así, así que por lo tanto se otorga alguna explicativa de esta situación.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

En cuestión de la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital, varía un poco, asimismo tiene diferentes matices, algunos pueden verla como algo, un recurso valioso, ya que nunca se han hecho entre comillas tratar o ellos siempre han querido, así que es su oportunidad, es más, quieren que lo vayan a ver todos los días varias veces y es como, no, tiene como sus espacios y sus tiempos para poder hacerle las intervenciones, otros dicen gracias por la ayuda, otros pues simplemente te dicen que como te lo dije anteriormente, que no lo necesitan, que en realidad ellos están bien, que lo pueden sobrellevar. Es más, la resistencia es tal, es tal que a veces te aconseja que más bien veas al de al lado, que a ese lo han visto llorar, entonces pues también se otorga la explicación en relación a esto y de la importancia del espacio y pues que, si no, si el niño no está en un área que esté de alguna manera intubado o que pueda tener el lenguaje verbal sin dificultad, pues se le otorga al niño, se le pide permiso al padre pues y no se trabaja con el padre sino con los niños.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

En relación a las derivaciones del servicio por parte del personal médico, pues te digo que las derivaciones son acordes a lo que ellos identifican o cree que un familiar está expuesto, experimentando algo, por ejemplo, si está angustiado, si en ocasiones son madres consumidoras, si son padres que son de una sospecha altamente de abuso, ya sea sexual, de violencia intrafamiliar o algo que pueda estar angustiendo o afectar el bienestar del niño. es una cuestión netamente subjetiva por parte del médico, a veces porque ya vienen con una historia en la epicrisis o en el historial médico de cuando son madres que ya vienen dando a luz o que ya han tenido otras internaciones, cuando son de anorexia, cuando son de transgresiones sexuales, de transgresiones físicas, de suicidio, de bulimia, bueno, todas estas

cosas sí o sí pues les hacen derivación, cuando hay obesidad, cuando hay diabetes, ya estas son otras especialidades que en realidad están dentro del protocolo, cuando tienen epilepsia también todas estas cosas tienen protocolos en el hospital que sí o sí tienen que pasar por psicología.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Podrían influir, como no, resulta que como no hay cultura de salud mental, entonces el hospital lo que hace es crear, como ya te dije, esta demanda a través de charlas, a través de manera grupal, de manera individual, a través de escuela para padres, de capacitaciones, se explica, los padres saben que ahí hay porque pues se corren la voz entre ellos, como estuviste ahí puedes ver que cada vez que hay algo que es un día internacional que esté relacionado a la parte médica, nosotros lo ligamos con la parte de salud mental, como es por ejemplo la obesidad, cuando es el día de la insuficiencia renal, también ahí lo ligamos, cuando es el día de, no sé, de la diabetes, cuando es el día de la nutrición, cuando bueno, cuando hay todas estas cosas del sida, del VIH, lo que hacemos es ligarlo un poco o enlazarlo con la salud mental de los cuidados del niño y del familiar, o sea, siempre se dan ese deseo hacia los padres de querer tener ese servicio debido a que también tiene esta condición o este diagnóstico y que pues si ellos pueden acceder a esa parte de la salud mental, pues que la pueden tener. De todas maneras, el hospital promueve bastante lo que es la salud emocional, la salud mental y se ofrece siempre información con los trípticos, con las charlas que se dan, con el médico que también de alguna manera lo menciona varias veces, con el personal de salud mental que siempre se está acercando y ellos están viendo si están atendiendo a otros. A veces hay ciertos familiares que dicen ¿Cómo puedo acceder al servicio? Entonces pues ahí se da la información y pues la idea es que estén dentro de lo posible, aunque pues son muchos acompañados durante la hospitalización y pues que sea un poco más llevadera.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #2:

Información personal y profesional

Nombre: Estefanía Gavilánez

Título: Psicóloga Clínica

Corriente: Psicodinámico

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 10 años

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

Yo creo que lo intenta. Creo que aquí la comunicación, no sé si directamente aquí, pero en los hospitales, sobre todo cuando es un hospital público, de cierta forma, hay muchas personas en una misma habitación cuando los pacientes están hospitalizados, los tiempos de visita donde el doctor busca darle una información, hay muchas palabras técnicas, hay mucha rapidez, entonces puede que el padre al momento de recibir esto se muestre como con una incógnita que al momento de buscar, no sé si me estoy saliendo de la pregunta, pero luego voy como a ubicarla un poco. Sí hay un espacio donde los doctores ubican cuando hay un malestar, llaman a psicología, buscan que el paciente y el acompañante del paciente pueda estar bien. Sin embargo, dentro de la sala muchas veces la rapidez y las palabras técnicas puede generar que entren en un estado de angustia al momento de no comprender y cuando piensan nuevamente que se les explique o hay algo de esto o expresar algún tipo de malestar, ya sea de lo que no comprenden o de la angustia que pueden estar sintiendo por ver el paciente ahí, el apuro hace que muchas veces los doctores no permitan esto y es como “no, ya le expliqué, ya lo de aquí” y sigue pasando (visita). Es decir, creo que lo apurado muchas veces, no sé si lo apurado porque intentan hacerlo con un tiempo para cubrir todas las áreas. Creo que la cantidad de pacientes que pueda haber dentro de una sala, los pacientes no pueden vivir un acompañamiento más personalizado o de otro tipo de contención, porque el doctor pasa, da una devolución que puede ser rápida, que puede ser con palabras muy

técnicas o que puede y esto genera ansiedad que no permite un acompañamiento por parte de ellos. Sin embargo, si lo identifican y llaman a psicología para que dé una contención, solo que ellos no hacen este contacto también para generarle o para decirle, o sea, aquí estoy.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Va a depender, sin embargo, los padres están con un temor latente, un temor latente que puede ser producto de múltiples factores, la parte económica, entre la estancia hospitalaria, un diagnóstico que todavía no tiene, el malestar del niño cuando le tienen que poner alguna vía. Entonces todo esto se suma porque de alguna u otra forma, aunque sepan que los doctores están para acompañar y está para [me estoy trabando, voy a decirle un poco a dónde quiero llegar. Creo que hay cierta, no malestar, pero creo que de entrada a la estancia hospitalaria causa cierto rechazo al estar, entonces puede que el padre se sienta que no hay como una “ya cuando tengo mi diagnóstico, esta agilidad, por qué el médico no viene, ¿Por qué se tarda esto? ¿Por qué vienen y le ponen la vía otra vez? ¿Por qué?”. Los padres me han dicho a mí, “si yo fuera pensionista, si yo estuviera por pensionado, el trato fuera más focalizado”. Los padres sienten un deseo de querer más tiempo para que se le dedique a su hijo, para que a lo mejor si tiene miedo a las agujas, de que primero se haga un proceso antes de ponerle la aguja, entonces puede que lo sientan como muy, no distante, pero sí de lo que he escuchado, de lo que me dicen los padres, “el doctor no me explica, ya me explicó, pero no comprendí, no quiero preguntarle otra vez para no molestarlo”. Hay este pensamiento de que los doctores se los está molestando cuando se les pregunta algo, no sientes así, pero los pacientes cuando están con ansiedad es uno de los común denominador.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

Yo creo que la demanda con psicología es alta y cuando los doctores identifican a un padre con una ansiedad elevada, si se gestiona la interconsulta para que el paciente pueda recibir la contención emocional que necesita, brindarle este espacio de palabras que de entrada esto genera cierto, el verbalizar el malestar genera cierto alivio y sí creo que por parte del departamento se busca dar esto. No te pudiera decir qué tan acompañado se siente por los doctores, porque como anteriormente te comentaba, a veces lo sienten como muy apuro, pero yo creo que sí ha sido un trabajo de años que puedan ubicar que el departamento de psicología va a estar también para acompañar.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Yo creería que el verbalizarlo y que ellos estén moviendo un poco acerca de este malestar al estar en un ambiente hospital donde tienen que estar, y lo voy a poner por supuesto entre comillas, como “fuertes”, no quisiera o no quieren, porque hay muchos padres que dicen “no, no quiero hablar, no quiero ponerme a llorar, no quiero estar mal, no porque tengo que cuidar a mi hijo, no porque tengo que estar fuerte, porque me tengo que ir a la casa con mis hijos y mis familiares”. Entonces yo creo que evitan un poco esto, estar movilizados. ahorita estoy pensando en las terapias intensivas, sobre todo, pero no también en la hospitalización, los médicos suelen decir que hay que estar tranquilos también para que la estancia hospitalaria del niño esté bien. Entonces yo creo que también el padre, el ir a verbalizar su malestar, el ir a comentar, puede hacer que ellos al verbalizarlo empiecen a llorar y evitan eso, pero no lo sé.

5. Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

Diversas. Creo que lo importante es cómo se dé el acercamiento, porque lo primero que se piensa es bien psicólogo, darme una mala noticia. Entonces yo creo que reforzar... todos tenemos emociones, está en un espacio donde puede que las emociones estén con altibajos, entonces yo creo que el cómo se aproxima. Cómo se manifiestan las

resistencias pues “No, no puedo, estoy ocupada, no, me duele la cabeza en este momento, ya mismo me tengo que ir, no tengo tiempo en este momento, ya estoy con psicólogo, a veces se hacen los dormidos.” Ahí uno identifica la resistencia en ellos.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

A veces suele presentarse el miedo, porque lo suele haber un pensamiento que relaciona en trabajo del psicólogo como aquel que va a darles malas noticias o que sienten que están haciendo algo malo con su hijo y por ello el psicólogo va a asistir en esos temas.

Aunque esta percepción varía mucho en el área en el que estén, por lo que un psicólogo que se encuentre en el área de cuidados intensivos, la noción que tienen los familiares puede ser de miedo y alerta ante su presencia.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

El doctor las identifica. El doctor a veces no sabe gestionar, ve a un papá que está preocupado o que está triste, pero ¿quién no va a estar triste en una hospitalización? Es decir, a veces el médico cuando no sabe, cuando se angustia, el médico realiza la interconsulta con psicología y la interconsulta identifican al padre, a los padres que están con algún tipo de muchas preguntas, es decir, que ellos lo identifican como ansiosos cuando quieren saber mucho acerca de la evolución del hijo, cuando identifican un padre que no está tan presente, cuando identifican a un padre que lo notan triste o lo notan que no duerme, porque esto lo avisan a veces en la noche a los doctores en la mañana, el doctor realiza una interconsulta con psicología para poder identificar cómo está emocionalmente el padre.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Creo que, así como hay un espacio de voluntariado grande donde los pacientes van a veces a preguntar, “yo vivo lejos, quisiera saber, me dicen que en el albergue hay lugares para dormir, yo tengo lo de aquí”,

está el voluntariado visible, está una capilla, no voy a comparar, no, pero está una capilla visible, está trabajo social visible, cosas que no van directamente con los médicos, pero los médicos están visibles por todos lados y está un médico de cabecera donde se le puede acercar. Pero yo creo que el departamento de psicología necesita siempre tener como un intermediario y a veces estos intermediarios están ocupados. Entonces no estuviera mal que pueda haber un servicio de psicología con un espacio de psicología donde diga “psicología” y que el padre en todas las múltiples charlas que se da y que van entendiendo la importancia de psicología, el acompañamiento o incluso saber que los hijos también pueden tener atención, que vayan y soliciten, “Yo tengo a mi hija que está aquí, también estoy yo” entonces como un espacio físico donde el padre también pueda ir y no necesite de este intermediario, porque los doctores están muy abiertos a o creo que también no lo comentan cuando están pasando visita “en caso de que necesite, hay un servicio de psicología”. [Porque no sé cómo está el tema de los cobros ahora por página de consulta tampoco. Anteriormente era diferente, no sé cómo esté ahora]. Entonces creo que influye el desconocimiento de la parte económica, si es que va a cobrar o no va a costar, si es que es un servicio adicional que da el hospital o si cuenta con una interconsulta y esto va a tener un valor al final. Creo que influye también en que el médico solamente cuando no identifica nada, sin saber cómo la parte psíquica está, no ofrece el servicio. Creo que, al no tener un espacio físico, a lo mejor puede limitar que el paciente pueda identificar que el hospital cuenta también con un acompañamiento. Solo se le da a los que están angustiados a los que ellos identifican, puede ser puede ser un padre que está bloqueando sus emociones y que está teniendo inicio de psoriasis y no siempre lo van a identificar ellos y no se le da la oportunidad a lo mejor a ese padre que se acerque o que acuda a un espacio psicológico para también dar un acompañamiento dentro de la hospitalización como el que se suele dar. Entonces está muy a lo que ellos identifican. No hay un espacio físico o no se ofrece el servicio en cada pase de visita o en cada inicio del hospital cuenta con estos servicios, que son adicionales de paso.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #3:

Información personal y profesional

Nombre: Lizbeth Estefanía Solís Rodríguez

Título: Psicóloga Clínica

Corriente: Psicodinámico

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 10 años

- 1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?**

Pienso que la dificultad radica en la consideración del médico, en torno al lugar donde ese malestar debe ser depositado. Actualmente las instituciones de salud poseen áreas de psicología y psiquiatría, atención al usuario, trabajo social entre otros. Un médico podría solicitar a cualquiera de esos profesionales la intervención, frente a la lectura que haga de lo que escucha o no desea escuchar.

- 2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?**

Podría decir de forma general que la percepción puede variar según a las condiciones de cada área y equipo médico. En relación a lo que podría aquejar al familiar es la solicitud de mayor diálogo, empatía y presencia.

- 3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?**

La experiencia más frecuente es la de agotamiento físico por los tiempos de estancia, la incidencia anímica a nivel de la responsabilidad de ser cuidador primario de un paciente hospitalario quien presenta diferentes afectaciones a nivel emocional y físico. Que se produzca un acompañamiento profesional dependerá de la valoración del profesional que atiende al paciente.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

En el contexto en el que laboro podría ser por: No cobertura, falta de tiempo en tanto son cuidadores primarios, desconocimiento de acceso a atenciones e inclusión del psicólogo en la imagen del médico.

5. Cuando se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

La ubicación del malestar en el paciente, negando que exista en su ser algo que pudiera ser susceptible de atención. La apelación al tiempo y los recursos. La exaltación a su rol, que opera como barrera infranqueable.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

Dependiendo de la frecuencia con la que un paciente transita en el hospital, los familiares pueden tener conocimiento del espacio y sus funciones. En algunos casos persiste el “desconocimiento” en tanto se mantiene la lectura de ser un espacio reservado para quienes se encuentran en estado de gravedad.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

Por medio del sistema AS400 que permite la comunicación interna entre las áreas.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Las rutas, dado que al ser una casa de salud que funciona bajo la lógica de ser un seguro de salud y jubilación, posee lineamientos en torno a la localización geográfica, al acceso por nivel de atención de salud y la disponibilidad horaria. Esas complejidades pueden limitar la llegada de los pacientes a servicios como el de psicología.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #4:

Información personal y profesional

Nombre: Katherine Margarita Quijije Álvarez.

Título: Psicóloga Clínica

Área: Neuropsicología

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 1 año 7 meses.

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

Si hay una apertura por parte del sistema hospitalario, debido a que se cuenta con un servicio por medio de interconsultas en el área de hospitalización. Por lo cual los médicos tratantes logran identificar cierta sintomatología a nivel emocional y posteriormente el equipo de psicología pueda identificar y aborda el malestar emocional del paciente o familiar. Por esta razón, si hay una apertura para que ellos expresen sus emociones, pensamientos, malestar e inquietudes, debido a que la institución hospitalaria prioriza el bienestar emocional y físico de los pacientes y familiares. Sin embargo, en ciertas ocasiones podemos encontrar a pacientes o a familiares con cierta resistencia al momento de abordar su malestar emocional.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Bueno, los familiares perciben de una forma positiva, sobre todo con una aceptación, el tratamiento y los procedimientos médicos que harán los licenciados o médicos tratantes, debido a que consideran que esto va a mejorar el estado de salud del paciente. Sin embargo, en otras ocasiones también perciben de forma negativa o con temor, debido a que algunos procedimientos requieren mucho más dolor a los procedimientos ambulatorios, verdad.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

Los familiares de los pacientes muestran angustia, temor, enojo o frustración debido a que no saben si el cuadro clínico del paciente va a haber una mejoría o tal vez todo lo contrario, verdad. Algún agravante en su salud. Por lo general, los familiares no se encuentran, bueno, no se encuentran emocionalmente acompañados, ya que ellos tienen un horario fijo de visita para atender las necesidades básicas o tal vez necesidades físicas y emocionales del paciente. Entonces no hay ese espacio para la cual ellos puedan indicar su malestar emocional, pero siempre está la puerta abierta por el área de psicología, verdad. Pero claro, ellos deben de seguir un proceso y ese proceso es indicarle netamente al médico tratante que desean tener un abordamiento psicológico.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Tal vez por el temor de ser vulnerable ante una figura totalmente desconocida. Recordemos que hay resistencia en la mayoría de pacientes o la mayoría de familiares al hablar de momentos difíciles que ellos se encuentran pasando. Además, hay una percepción negativa de que indican, bueno, que en el área de psicología solamente van las personas que tal vez se encuentran inestables emocionalmente cuando no es así. Entonces, por este temor, ellos tal vez no desean pedir el servicio de psicología.

5. Cuando se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

En ciertas ocasiones noto una negación por parte de ciertos familiares en cuanto al diagnóstico clínico del paciente, pero en ciertas ocasiones también noto que hay una aceptación. Entonces, las resistencias que nosotros podamos ver en sesión depende mucho del cuadro clínico del paciente, si este cuadro es grave o es algo mucho más leve, y también de los antecedentes que la familia ha tenido, si es que tal vez anteriormente el paciente ha tenido alguna recaída y si es que en esta recaída él evolucionó de una forma bastante lenta o, todo lo contrario.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

La percepción de los familiares es que el área de psicología es un área de ayuda para los niños, para ser escuchados y que les va a ayudar sobre todo en el tratamiento médico y en la hospitalización. Sin embargo, cuando el área de psicología desea abordar a los padres sin que ellos hayan pedido el abordamiento, hay una resistencia. ¿Por qué? Porque justamente consideran tal vez que ellos están emocionalmente estables, sin ningún tipo de angustia, sin ningún tipo de preocupación. Sin embargo, sucede todo lo contrario. Y también porque hay un mito que indica que el área de psicología netamente es para las personas que tienen algunas inestabilidad a nivel psicológico o algún trastorno. Entonces recordemos que, por esta razón, por esta razón, ellos no desean tener este abordamiento porque según ellos está muy bien emocionalmente.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

Las derivaciones se realizan a través del médico tratante. El médico tratante verifica o nota si es que hay algún síntoma a nivel emocional que debe ser trabajado o no, no solamente en el paciente, sino también en el familiar a cargo. Posteriormente, el médico tratante realiza una interconsulta. Esa interconsulta es contestada por el psicólogo a cargo de la sala. Luego, el psicólogo acude a la sala de hospitalización, realiza la entrevista inicial, va durante diversos días, dependiendo del periodo, o claro, dependiendo del periodo en la cual el paciente se encuentra hospitalizado.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Dentro de los aspectos que influyen, considero que está la promoción de los servicios. Entonces, si es que el área de psicología promociona sus servicios en cada sala mediante estudiantes que se encuentran en el proceso de prácticas preprofesionales, ellos van a ver que hay una abertura a este servicio. Pero si es que no ocurre esto, si es que no hay

esta promoción de la salud mental, no solamente mediante estudiantes que vayan a la sala, sino también mediante charlas, ellos no van a tener esa, no van a tener ese deseo por querer asistir o por querer decir o tal vez asistir a charlas psicológicas.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #5:

Información personal y profesional

Nombre: Elmer Isaac Francis Alvarado

Título: Psicólogo Clínico

Corriente: Psicodinámico y psicoanálisis.

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 3 años.

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

Sí, sí se permite la opción de poder de alguna manera hablar malestares mucho más allá de lo físico, y al menos para ciertas áreas suele ser relevante. Lo que sí marca cierta distinción y vale la pena mencionarlo, es que a veces se habla de malestares que no están todavía o malestares naturales. Poniéndolo en planos fisiológicos, es como que bueno, si te voy a poner una inyección, obviamente parte del proceso va a ser que te duela al ponerte la inyección, porque la aguja va a penetrar tu piel. De la misma manera, había muchos casos donde eran derivados ciertos pacientes porque, yo qué sé, iban a sufrir una amputación, tenían un diagnóstico bastante grave y necesitaban comunicárselo a los familiares o al paciente mismo. Y en esos casos obviamente va a haber cierto malestar, pero esa no era la posición del psicólogo, y muchas veces el malestar era propio y natural del paciente. Se daba acompañamiento, pero no era necesario, digamos, a nivel terapéutico una intervención, porque no podemos evitar cuestiones naturales como la tristeza de una amputación, de, yo qué sé, un diagnóstico de cáncer, o que el paciente ya no da más, y que desconectarlos. Ese tipo de cosas se van a dar y es necesario comunicarlos y que se dé de manera natural como tiene que darse, pero no siempre la mirada médica permite entender que esa no es la razón por la cual estamos en el hospital.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Con respecto a la segunda pregunta, muchos pacientes se quejan bastante de la cuestión del personal médico frente a esta actitud tan fría, a esta incapacidad de dar acompañamiento, porque se le dice a los doctores de hecho este es un problema muy común en ámbito hospitalario que contigo en los casos anteriores, uno no está allí como psicólogo para eso, está para problemas a nivel psicológicos que de alguna manera se lleguen a presentar bajo cualquier contexto, pero eso no es un problema psicológico, esa es la parte natural de sufrir un evento que de alguna manera es negativo para la persona. No tiene nada que ver con el ámbito psicológico, mucho más allá de si más adelante repercusiones. Pero al haber, digamos, una monotonía a nivel médico, se lo ve como un caso más. Hay poco acompañamiento por parte del médico, a pesar de que el médico ha sido la cara presente durante todo el proceso, y cuando sea el peor de los casos, mandan una cara totalmente nueva solamente a dar la noticia. Entonces si hay cierto tipo de queja frente a este tipo de conductas o esta forma de abordaje frente a este tipo de momentos.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

En cuanto a la tercera pregunta, la verdad es que dependerá puramente de la capacidad de los autores de ver la necesidad del paciente. ¿Por qué te lo digo? Porque muchas veces si es necesaria la presencia del psicólogo y no llaman. Aparte la cantidad de psicólogos por hospitalización, en hospitalización no suele ser mucho, en la mayoría de los hospitales públicos o incluso los privados no hay suficientes psicólogos. Entonces la presencia del psicólogo puede estar, sí, pero no siempre todos tienen la oportunidad. Aquellos que la tienen obviamente se sienten bien acompañados, pero no es el caso de todos y es una cuestión ya administrativa que se sale de la cuestión de nuestro ámbito.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Bueno, en cuanto a la cuarta pregunta, suelen ser motivos por el simple hecho de que consideran no necesitar lo que lo que está pasando es normal, sea porque efectivamente han normalizado una conducta que no es normal o por ya tú has de saber o ya los has de haber escuchado conforme vas avanzando en la carrera y lo comentas con cualquier persona ajena a ella, que consideran que el psicólogo es para los locos o que de alguna manera la presencia de uno indica un problema mental grave de un ámbito que ellos no padecen.

5. Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

Sabes que en hospitalización no es tan común como la gente lo piensa, más que nada cuando llegan con cierto tipo de preguntas. Hay otra cuestión y es que a veces la mejor manera de entablar una transferencia con los pacientes de hospitalización, y es algo que yo hice bastante, es brindar ciertas respuestas. Yo me empapaba mucho de los casos que me tocaban para de esa manera poder hablar con ellos de aquello que estaba sucediendo. Porque los doctores recibían información, se las tiraban a ellos cuando podían y ellos no podían ni siquiera digerirlo porque llegaban en un lenguaje que no entendían y tras eso llegaba de a montones o por porciones. Entonces yo lo que hacía era de alguna manera empaparme bastante los casos, digerirlo y traducirlo para regurgitárselo a ellos en palabras que sean más comprensibles, lo cual hacía mucho más efectivo y mucho más fácil generar una transferencia porque había una respuesta. Entonces ahí se te pasaba lo emocional.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

En cuanto a la cuestión de la percepción de los familiares, ya te digo, dependiendo del caso, si es un caso que está pasando por algo común, yo qué sé, en el área de quemados, obviamente los pacientes están, los familiares están muy desesperados porque son los que tienen menos contacto con los pacientes, suelen estar más desesperados y encuentran cierto apoyo en psicología siempre es más una cuestión de apoyo emocional, de acompañamiento, ya cuando se trata de un

tratamiento efectivo frente a un malestar psicológico real. No quiero decir que lo anterior no sea real, pero realmente no entra dentro de nuestro ámbito por completo. Igualmente, si hay una buena recepción, hay familiares incluso que se unen al proceso terapéutico y abren un espacio para ellos mismos, o al menos yo trato de abrirles un espacio y lo suelen tomar.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

En cuanto las derivaciones en hospitales públicos siempre te los dan por medio de una computadora, a veces ni siquiera conoces al doctor que te los deriva. Es bastante friolento por ese lado. En otros ámbitos clínicos, por ejemplo, una clínica de diálisis como la que yo trabajo ahorita, ahí sí, como el personal es más reducido y los pacientes son más comunes, sí hay mayor empatía. Y hay incluso casos donde están presentes los doctores, no con interés terapéutico, sino de alguna manera de ir haciendo, digamos, de ir derivando al paciente, porque hay pacientes que sienten más cómodos con algún doctor o algún enfermero y son ellos los que vienen y nos dicen bueno, hay que hablar con este paciente y junto con ellos hay un primer acercamiento que permite ya generar una transferencia y un buen proceso terapéutico.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Es poder avisar y decirle a los a los familiares que nos vamos a acercar. Hay muchos familiares que ya saben, al menos en los hospitales más grandes o hospitales públicos, que uno va para allá, que uno está acercándose a decirles “Oigan, soy el psicólogo y vengo a prestar mis servicios”. Simplemente uno llega y piensan que es un doctor más. Entonces al no haber esta capacidad por parte de los doctores de comentar y hablar con los pacientes, genera mayor dificultad en el proceso terapéutico. Es justamente esta incapacidad de comunicación doctores, pacientes, psicólogos, que impide un buen proceso. Muchas veces genera mayor impacto y resistencia por parte de los pacientes. Entonces ahí es cuando uno tiene que generar nuevas formas de

configurar el proceso terapéutico que le permitan al paciente sentirse cómodo y a su vez que se permita a sí mismo usar el espacio que uno les brinda a nivel terapéutico.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #6:

Información personal y profesional

Nombre: Francisco Maquilón.

Título: Psicólogo Clínico

Corriente: Psicoanálisis

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 8 años.

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

Sí lo hay, yo diría parcialmente. Es un tema en el cual yo sí he pedido en momentos en los cuales se habla con área médica. Actualmente, muchas interconsultas que hay son para “soporte familiar”. El tema es que hay “soporte familiar” que están muy desbordados, que hay una crisis, porque ya tienen ciertos temas subjetivos ellos mismos, depresiones, ansiedades previas, y el tema familiar genera una exacerbación de sus síntomas. Entonces son pacientes que ya hay que también estabilizarlos de manera farmacológica. El tema es que cuando se ha pedido que también sean atendidos por psiquiatría, no se permite, porque no se puede evolucionar en una historia clínica que no sea de esa persona. Entonces no puede evolucionar en la historia clínica del paciente hospitalizado que está realizando una atención al familiar. Entonces desde psiquiatría no se puede hacer eso. Psicología lo hacemos, pero es un tema debatible, porque si hay casos en los cuales se necesita que también tenga un abordaje psiquiátrico. Y de cierta manera hay un tema un poco legal, porque uno no puede evolucionar en una historia clínica de otra persona sobre el otro. Se puede poner que se realiza un soporte psicológico al familiar en una ocasión, pero muchas veces ese paciente necesita algo más consecutivo y el área médica quiere en nuestra unidad hospitalaria que se lo vea constantemente. Se lo puede hacer, pero el tema es que no entraría como una evolución en un sistema porque hay un tema legal. Es decir, uno puede evolucionar en una historia clínica que no es esa persona. Entonces ahí entra un poco esa parte que es un poco

complicada, porque hay soportes psicológicos y hay otros que necesitan otro tipo de valoraciones. Entonces en nuestra unidad sí hay, sí se brinda, pero con esta complicación que te indico.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Del personal médico netamente sí hay mucha queja porque el área médica no quiere psico educar al familiar y al paciente sobre su patología médica, quiere que psicología clínica psico eduque de un diagnóstico médico. Y ahí hay una cierta confrontación, sobre todo de mi parte, porque les digo que psicología no va a realizar una psicoeducación sobre un diagnóstico médico. Porque a veces el familiar y el mismo paciente tiene dudas sobre su diagnóstico, no entendieron, usan terminología médica y muchas interconsultas son para psicoeducación. Entonces se explica, nosotros vamos a psico educar. Es un tema que se usa mucho en la salud, que psico educar al paciente, digamos así, sobre su patología, pero con respecto a salud mental. Ejemplo, uno va a poder psico educar si aquí existiera una hospitalización psiquiátrica, es decir, por un cuadro depresivo, una ansiedad, pero no en nuestro ámbito. Muchas veces quieren que nosotros les expliquemos. Hay psicólogos que sí lo hacen en ciertas unidades, pero no es lo correcto, no es nuestro campo. Ahí genera que no se permita esa, digamos así, una palabra que no me gusta mucho, pero para que me entiendas, un respeto a qué se hace y qué no se hace. Entonces muchas veces hay psicólogos que lo hacen, que psico educan, que están psicoeducando al paciente, pero no es tu función, porque luego el área médica cree que el psicólogo hace esas cosas, que quiere decir que hace lo que ellos no quieren hacer. Entonces es un poco complicado porque se pierde lo que realmente es un psicólogo clínico, que es un espacio, una palabra, una escucha de un malestar, entonces termina siendo otra cosa. Y hay mucha queja del área familiar sobre el área médica, en el sentido de que no entienden, que no les dicen, que pasan visita y no les explican y esas cosas.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

Muchos lo viven un poco incómodo, porque lamentablemente el sistema hospitalario lo quiere tener, así como, pero eso pasa a nivel público, porque no hay mucha comodidad, digamos así, para el acompañante del paciente. Tienen unas sillas, tienen unos respaldares que no son muy cómodos. Entonces llega un momento hacer esa hospitalización un poco complicada para ellos, por comodidad, por dificultades, porque no pueden tampoco tener ciertas cosas. Pero eso no pasa en una clínica privada. Y ahí hay una diferencia, porque una clínica privada quiere que el paciente se quede más tiempo, porque lo quiere tener como un hotel. En cambio, en el sistema público, en un hospital, lo que más quieren es que el paciente esté el tiempo menos posible. Entonces sí, para el familiar es complicado por temas de comodidades, no hay espacio muchas veces de habitaciones compartidas entre seis pacientes, tres pacientes, a veces hay una división sólo por una cortina y eso genera ciertas dificultades. También hay malos olores de ciertos pacientes que tienen ciertas cosas por sus patologías médicas, sobre todo en áreas de medicina interna, es un área en el cual puedes percibir porque infectados, hay pacientes que no están infectados y tienen otra cosa y eso genera un malestar y a veces no siente un acompañamiento del sistema hospitalario. Ir al sistema hospitalario público, porque no sé si tú has ido a un hospital público, una hospitalización no cuenta ni con televisores en las habitaciones. Entonces eso sí son mecanismos distractores importantes tanto para el paciente como para el familiar. ¿Entonces el paciente y el familiar están todo el día haciendo qué? Mirando techo vulgarmente. Entonces eso sí genera que también desde el sistema no haya también ese acompañamiento, ese apoyo, no necesariamente psicológico, pero eso son ciertas cuestiones que sirven también. Como te digo, muchas veces hay interconsultas, sobre todo de áreas pacientes paliativos. Cuando llega un paciente paliativo, el área médica realiza interconsultas a psicología porque ven que es familiar, tiene

cierta labilidad, como ellos dicen, susceptibilidad y nosotros como psicólogos vamos a brindar ese soporte al familiar y cuando vamos nos damos cuenta de que realmente es una queja por ciertas cosas que ellos creyeron o vieron que no procedieron bien con el paciente. Entonces su malestar tiene que ver muchas veces porque ellos creen que el paciente no fue bien atendido o no se hizo algo más, entonces por ahí. Entonces psicología brinda el espacio, nosotros no hacemos un pase de visita a los pacientes, nosotros nos manejamos por interconsulta.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Muchos porque no lo saben, otros porque mantienen ese estigma de por qué yo voy a necesitar psicólogo muchas veces, pero “¿ha venido por mí?, ¿pero por qué?, ¿por qué por mí?, ¿qué ha pasado?”. Entonces justifican “es porque reclamé tal cosa, porque estoy reclamando los derechos de mi familiar que está hospitalizado, creen que yo estoy, tengo problemas mentales” y se les tiene que explicar y se les dice “no, simplemente porque, así como para su familiar es un proceso complicado la hospitalización, para usted también lo puede ser”. Entonces hay muchos familiares que aceptan muy bien el espacio, te lo piden y si el paciente está afiliado, lo que se hace especialmente, yo le digo “¿usted está afiliado?”, dice “sí”, le digo “ok, veámoslas por consulta externa para tener espacio más privado”. Y muchas veces tiene el espacio más privado el familiar, que viene ya directamente desde su historia clínica. Entonces hay un momento de que se puede registrar la atención, porque seamos de la corriente que seamos a nivel de salud, el paciente es un número, hizo una producción para que se contrate un personal de psicología. De nada sirve que se brinde atenciones psicológicas si eso no se queda registrado en un sistema, porque eso genera que digan no hay producción. Entonces si no hay producción, ¿por qué tenemos psicólogos? Tampoco podemos encontrar eso, es el sistema ya establecido, hay que jugar con eso.

5. Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

Muchas veces con rechazo, porque ellos dicen que vulgarmente yo no estoy loco por reclamar las cosas por algo de mi paciente de esta manera, entonces hay muchas veces que lo rechazan porque ellos dicen porque no quieren o simplemente yo no quiero, no quiero la atención psicológica y otros que dicen que sí, sí la quieren. Entonces diría que es un 50/50. La población que más acepta son las mujeres, los hombres los que acompañan tienen un tema mucho más distante, entonces se sienten que se lo está persiguiendo, siente que está evaluando para algo, entonces se ponen a la defensiva: “no, yo no necesito, muchas gracias”. Y la mayoría de la población, te hablo, es la familiar, mujeres, hijas, esposas, madres, que permiten ese espacio también ella para hablar.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

Bueno, a veces no conocen para qué es un psicólogo, muchas veces creen que el psicólogo es para dar consejos, creen que el psicólogo es para dar tips para que mágicamente les cambie estos pensamientos de sus cosas y a veces ni saben para qué es un psicólogo. Entonces muchas veces ahí tenemos que explicar: “bueno, un espacio en el cual...” [yo muchas veces doy un ejemplo que puede ser un poco vulgar, a muchos no les agrada] y le pregunto “¿quién bota la basura en su casa?” me dice: “bueno, la boto yo” “Y bueno, ¿quién se lleva la basura de las casas?” Me dice: “ah, el recolector de basura”, me dice, “puerto limpio”, le digo “exactamente”, “¿Y él le garantiza que nunca más abre basura?” me dice: “No, yo la tengo que sacar constantemente”. Y bueno, esa es una función parecida a la del psicólogo clínico, le digo, en el sentido de que usted constantemente va a tener que hablar de esas cosas en las cuales la hacen sufrir o no andan. Entonces no es alguien que garantiza que nunca va a haber malestar emocional, pero que eso ayuda un poco a disminuir para muchos una carga. Entonces hago esa analogía que a muchos puede que no les guste, pero de esta manera ya Lacan algo hablaba de eso,

es decir, qué lugar tiene el analista que ocupa en analizante, digamos así. Entonces es una posición mucho por ahí, es decir, estar en ese lugar de recetar ese malestar, eso que no anda, como ya has escuchado en un momento a nivel universitario. Podría decir que bueno, la percepción va muy de la mano al desconocimiento del espacio. Porque a nivel cultural es a nivel social diría yo que hay un retroceso en los últimos años a nivel cultural y tiene que ver porque cada vez menos hay personas que estudian y eso también tiene que ser importante, porque desconocen, entonces simplemente buscan otros mecanismos para aliviar el malestar, como mecanismos de sublimación o mecanismos adictivos. Ya Freud hablaba del malestar de la cultura y las soluciones posibles a ese malestar. Muchos prefieren la bebida, el juego, esto se me va a pasar hablando con mis amigos o “x” cosas. Entonces también tiene que ver un tema cultural. En Ecuador en los últimos años diría yo que ha retrocedido en muchas cosas, en muchos espacios sociales. Entonces eso también depende mucho, ha habido un aumento, muy bien sabemos del nivel de delincuencia también, eso también tiene que ver con otros factores. Entonces eso también va por ahí algo, es decir, la persona puede decir, “¿yo por qué voy a un psicólogo? Yo no estoy loco”. Lo seguimos escuchando, han pasado más de 10 años y seguimos escuchando yo no estoy loco. Allá que valen los que están locos y creen que loco es necesariamente alguien que alucina, delirio.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

El médico percibe que el paciente está llorando, lo ve lábil, pero muchas veces no es porque lo ve lábil, simplemente lo ve irritado, molesto, pero muchas veces son mal derivados, diría yo, porque a veces una molestia hacia el área médica, porque el médico no especifica bien tratamiento posible y todo. Pero también hay algo que también he percatado en el sistema de salud el médico vulnera el derecho del paciente. Hay una ley que habla la ley y derecho del paciente. Sucede que, en nuestro país, sobre todo los médicos no, yo diría que por vagancia y comodidad no le dan el diagnóstico de manera privada al paciente, se lo dicen al

familiar y eso es vulnerar un derecho, porque el primero que tiene que conocer su patología es el paciente. Tú lo puedes encontrar en una ley que se encuentra en el ministerio de Salud pública, la ley derecho amparo del paciente. Entonces sucede que a veces tengo que decirle al médico por qué usted le dio el diagnóstico oncológico al familiar y el familiar por un tema de que ya una pareja no quiere que su familia sufra, no quieren que se le revele el diagnóstico del paciente porque ejemplo es un cáncer muy avanzado y ya no hay mucho que hacer porque es un paciente ya un poco mayor, entonces quiere que psicología le diga al paciente. Entonces ahí hay un tema que se vulneró un derecho porque el médico prefirió decírselo al familiar y no decírselo al paciente. Y la ley indica que el paciente tiene que conocer su patología, su tratamiento y acepta o no es su derecho también, porque muchas veces sucede que como te explico, mandan interconsulta que al familiar porque el familiar se niega a un procedimiento, el familiar no tiene que negarse, es el paciente el que puede aceptar o negar. No es entonces tengo que decirle “¿por qué usted está aceptando, negando algo de su padre, de su esposo, si él es el que tiene que aceptar?”, “es que no lo va a aguantar, no va a soportar aguantar” Él es el que tiene que decidir si él decide o no decide también es su derecho. Entonces hay a veces ese tema interiano. Y ahí no es nuestra función como psicólogo clínico ahí es un tema de trabajo social, un tema legal, porque yo siempre digo: “hay que conocer también desde psicólogo el tema legal cuando entra a un sistema de salud, un sistema educativo, porque si no pasan estas cosas”, entonces porque cualquier psicólogo va y dice ok, interviene, pero si no conoces que hay una ley y un derecho, luego pueden pasar que ya ha pasado colegas, le han pasado circunstancias legales por desconocer. Entonces bueno, por ahí a veces el médico percibe en el familiar y a veces están bien inter consultados y a veces están mal inter consultados porque es un tema que el paciente, el familiar dice que yo “no tengo nada, estoy molesto porque pasa esto”. No se quejó porque no le dieron la mezcla a tiempo, se quejó porque no la me iba a limpiar. Entonces muchas veces el área médica para que no se queje manda la interconsulta a psicología. El médico es el que bajo su creencia hace

interconsulta, se ha intentado dar capacitaciones, lamentablemente hay una negativa y yo siempre digo que hay una responsabilidad propia de los propios psicólogos, valga la redundancia, porque los psicólogos por querer tener cabida quieren aceptar todo. Entonces en el sistema de salud manejamos bajo discurso médico, discurso de la tú mismo sabes, pero también hay que jugar con eso, o sea, el psicólogo clínico que lo dicen al psicólogo clínico como que fuera un auxiliar, venga a hacer lo que yo no quiero hacer y tenemos que tener también un que sea respetado como una especialidad. Entonces cuando se explica capacitar qué casos se debe Inter consultar por familiares, ellos un poco se ponen molestos diciendo no, porque ustedes no tienen que decir a nosotros qué casos pasarles. Entonces pasa esto, que hay casos que sí y como casos que no. Te vas a encontrar, bueno, que te pudiste haber encontrado como no, depende a veces de la unidad hospitalaria, depende del ego mucho de los médicos, porque para ellos son los que dicen que se tiene que ver y que no se tiene que ver, cuando se han pedido, no es que ejemplo, puedes me invento, a veces ha pasado que uno va por un paciente y ve que hay algo de otro paciente y el familiar algo le pasa y se pide, dice, pero es que ese paciente no tiene nada. Le digo bueno, se fue y se observó ciertas cosas, déjeme hablar con el médico tratante para ver si se hace la interconsulta, entonces bueno, pasa eso algunas veces.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

A veces hay una mala predisposición porque han tenido ya cierto malestar con el médico. Entonces yo que tuve que hacer últimos años a nivel de hospitales, el psicólogo anda también con mandil, no sé si te has percatado, no sé si a ti te pidieron en tu práctica usar mandil. Yo voy sin mandil. En los últimos que será un poco antes de la pandemia, antes del 2019-2020, yo comencé a andar sin mandí por cuando uno iba con mandil ya había un rechazo porque ya había pasado, el médico había tenido una mala relación con el paciente o el familiar, entonces ya hay una mala predisposición, entonces al momento que voy sin

mandil ya hay una baja un poco esa carga, entonces ya no cree que ya no me pone del área médica, entonces me pongo en otra posición, permite que el familiar esté más calmado, no tanto a la defensiva, pueda hablar mucho mejor y eso, entonces yo he optado en los últimos años por eso y ha funcionado. Estar sin el mandil, solo con la credencial del hospital, presentarme un poco, ahí para ofertar ese espacio, hay que ofertar muchas veces decía Nora Guerrero, que Miguel la puede conocer muy bien, Nora decía hay que ofertar muchas veces el servicio a las áreas hospitalización porque no hay una demanda propia ahí, no hay una demanda propia del paciente ni del familiar, sino que muchas veces viene por un tercero porque el médico ve, entonces hay un poco a veces ofertar ese espacio también permite ahí algo de que se abra una demanda también, pero con la pregunta a veces digamos así, a poder, o el familiar se capsule a poder verbalizar su malestar sobre su estancia hospitalaria, sobre el diagnóstico de su familiar, sobre esas cosas.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #7:

Información personal y profesional

Nombre: Karen Peralta Argudos.

Título: Psicóloga Clínica

Corriente: Cognitivo conductual con formación psicoanalítica.

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 4 años

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

Creería que parcialmente depende del tipo de sistema de atención que damos, realmente dentro del Orden público no se da mucho eso es más de una lección propia, ética propia y forma de trabajar de el equipo de médicos. En el sistema hospitalario, más por tiempo, cantidad de pacientes y demás, generalmente no se les facultan, mientras que en el área de salud de lo que he podido evidenciar dentro del área de salud privada tienen mayor apertura, incluso la atención suele ser un poco distinta, no totalmente distinta, pero un poco diferente.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Efectivamente también depende del tipo de atención o del tipo de institución en la que se esté trabajando, generalmente depende también de cuánto tiempo vayan estando, por ejemplo yo que trabajo en una institución pública, definitivamente la perspectiva puede variar, definitivamente el personal por la varianza que se puede encontrar, generalmente es por el tipo de tiempo, calidad del tiempo que utiliza el médico para poder dar principalmente la información al paciente.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

Bueno, obviamente los familiares dentro del acompañamiento, en su papel de acompañamiento no están tranquilos, por supuesto hay una ansiedad evidente por el hecho de el tener un familiar acompañando o estar acompañando a algún familiar, pero definitivamente también tiene

que ver mucho los factores de cuántos años tiene el paciente o qué edad tiene o qué condiciones tiene, porque igual podemos tener un paciente que sea mayor de edad pero con condiciones de déficit intelectual, entonces obviamente también requiere un poco más de ayuda. Hay pacientes, incluso yo, sus familiares que se encuentran un poco más cómodos, de la experiencia que he podido ver que se encuentran un poco más cómodos por el hecho de que se encuentran respaldados por el sistema de salud, es decir, porque reconocen que están en el hospital, sus pacientes tienen todos los cuidados que estando en casa les correspondería a ellos como familiares, así que yo creo que también nuevamente depende de la individualidad. Ahora con respecto a qué tanto se encuentran acompañados o qué tanto emocionalmente se sienten o hay una perspectiva de sentirse acompañado emocionalmente, creo que es muy bajo, desafortunadamente nuestro sistema social todavía lo que es el área de la salud mental no está totalmente desarrollada y desafortunadamente no está totalmente protocolizada y por el otro lado, dentro del área externa social, el ambiente social no se completa o no se da una mayor extensión con respecto a dar una psicoeducación acerca de qué hacen los psicólogos en hospital. Hay mucha desinformación en ciertos ambientes.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Uno de los motivos más comunes generalmente puede ser asimismo el desconocimiento. No saben de qué cuentan los sistemas de salud con un apoyo emocional. Por el otro lado, tampoco les informan acerca de eso, que sigue siendo dentro de los factores de desinformación. Y por el otro lado, también la cobertura de los seguros, tanto dentro de la parte médica privada, hay ciertos seguros que no cubren, por ejemplo, no cubren lo que es el área de la salud mental, por lo cual tiene que ir a lo que es los costos de los familiares o de los pacientes. Entonces depende si es que ellos deseen o si encuentren en posibilidades de

pagarle. Cuando está dentro de las tarifas públicas, generalmente es el desconocimiento, por lo cual no soliciten esta atención.

5. Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

Las resistencias comunes que se pueden encontrar son generalmente han sido por cuestiones de malestares o cuando tratamos de los familiares, porque se tratan de patologías que evidentemente también vienen dentro del área familiar. Es decir, a veces tenemos a niños, por ejemplo, que son maltratados de una u otra forma, física, verbalmente o psicológicamente. Y al mencionarle, darle esta retroalimentación para gestionar cambios, hay familiares que obviamente también por sus propios factores y o patologías es que se encuentren en dificultades de poder aceptar sus propias patologías, inclusive como para también aceptar la de sus familiares. Generalmente eso es lo más común que se podría ver.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

Hay familiares que valoran el servicio, sobre todo cuando se sienten desbordados por la situación y ven en el psicólogo un apoyo emocional. Sin embargo, también hay quienes lo ven con cierto recelo, ya que todavía existe el estigma de que la atención psicológica es solo para quienes tienen problemas graves o trastornos mentales.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

Las derivaciones dependen en gran parte del criterio del médico. Generalmente, cuando un médico identifica signos de angustia o ansiedad en los familiares o en los pacientes, puede hacer la interconsulta para que el servicio de psicología intervenga. En algunos casos, la derivación se realiza cuando ya hay un desbordamiento emocional evidente, es decir, cuando el malestar es innegable.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

Uno de los principales factores es la falta de información. Muchos familiares no saben que pueden acceder al servicio de psicología, ya que no es algo que se comunique de manera constante dentro del hospital. Además, la disponibilidad del servicio es otro factor clave, ya que en hospitales públicos los recursos son limitados y puede haber pocos psicólogos para una alta demanda de pacientes y familiares.

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #8:

Información personal y profesional

Nombre: Johanna Mariuxi Romero Loaiza

Título: Psicóloga Clínica

Corriente: Psicoanálisis.

Años de experiencia en ámbito hospitalario: 9 meses

1. ¿Considera que el sistema hospitalario permite que los familiares de pacientes hospitalizados expresen su malestar emocional, incluso cuando este no es de orden físico?

De acuerdo a mi experiencia en el área hospitalaria, el sistema hospitalario actual se preocupa no solo por el bienestar emocional de sus pacientes ingresados, sino también por el bienestar de su cuidador primario. Y esto se evidencia en las diferentes interconsultas que recibimos, donde muchas veces se nos pide no solo el abordaje al paciente, sino también al familiar cuando el personal de salud identifica la necesidad.

2. ¿De qué manera perciben los familiares la atención que reciben del personal médico?

Realmente todos tienen experiencias diferentes con el servicio recibido. Hay quejas institucionales por los tiempos de espera, por ejemplo, cuando se requiere derivación a un hospital de tercer nivel. Esa espera genera en algunos pacientes y en sus familiares también ansiedad, sentimientos de frustración. Y también otro punto importante que hay que resaltar es que muchas veces suelen referir que es la forma como se dirigen al paciente la que molesta, la que causa malestar. No hay empatía, no hay una comunicación asertiva, se sienten como objetos o como simplemente un número de historia clínica. Muchas veces hay pacientes que refieren que ni siquiera el médico se presenta, ni siquiera los observa, los mira a los ojos, les pregunta algo, simplemente van con los tres, cuatro, cinco personas más, con posgradistas y hablan del caso sin a veces tomar en cuenta que el paciente está ahí escuchándolos. Entonces, ese es el malestar que ellos suelen expresar.

3. ¿Cómo viven los familiares el proceso de hospitalización y qué tan acompañados emocionalmente se sienten por el sistema hospitalario?

Para cada individuo el proceso es distinto, va a depender también de la capacidad de cada persona para sobrellevar situaciones difíciles y estresantes, como lo es una hospitalización, sobre todo de larga estancia. Hay personas que lo llevan bien y en otras genera mucha angustia y por ende nosotros como psicólogos somos llamados a través de una interconsulta para poder escuchar e intervenir con ese malestar que pueda surgir no solo en el paciente, sino también en los familiares.

4. Según su experiencia, ¿Cuáles son las razones más comunes por las que los familiares de pacientes hospitalizados no solicitan atención psicológica?

Hay varias causas. La primera puede ser por desconocimiento y falta de información del personal de salud del área, por ejemplo, que realmente si es que evidencian que hay un familiar que requiere apoyo psicológico, puedan acercarse, puedan indicarle que harán el requerimiento, harán la interconsulta a través del sistema para que el servicio de psicología pueda atender esa demanda que se está está generando. Entonces es súper importante poder tener una buena comunicación con el personal de salud y ellos sepan identificar en qué momento pueden generar una atención, generar una interconsulta para que el servicio pueda dar una atención. También a veces hay resistencia por parte del familiar, pues le da prioridad atender a su familiar en la hospitalización, atender su dolor, a darle contención a él y muchas veces se olvidan de que toda esa carga emocional también les afecta a ellos, entonces lo dejan como en 1 s plano, no toman asunto de lo que pueda estarles generando a ellos mismos.

5. Cuándo se ofrece atención psicológica, ¿Qué resistencias ha observado en los familiares y cómo se manifiestan estas?

Muchas veces puede ser porque no quieren dejar solo a su familiar o simplemente porque no quieren hablar de su propio malestar, pues piensan que es más importante la salud de su familiar. Muchas veces

no identifican su propia demanda y todo lo que pueda estar generando en ellos el estar ahí atendiendo diariamente a su paciente. Muchas veces es una sola persona la que recibe toda esa carga emocional, física de estar cuidando a un familiar con larga estancia y muchas veces se olvidan de todo lo que eso también pueda generar en ellos y empiezan pues los conflictos. Hay irritabilidad, hay cansancio, agotamiento, conflicto entre el personal de salud y el familiar, conflicto con el propio familiar o con el resto de la familia que no ayuda un poco a repartirse quizás el cuidado de ese familiar.

6. ¿Cuál es la percepción de los familiares sobre el papel de la psicología dentro del hospital?

Muchos se sienten aliviados cuando llegamos a la habitación y nos presentamos como servicio de psicología. Se trata también de poder aprovechar ese momento de la interconsulta para poder generar una pregunta en ellos sobre su malestar emocional y como esto influye en su situación actual de salud.

7. ¿Cómo se realizan las derivaciones hacia el servicio de psicología por parte del personal médico?

Las interconsultas las recibimos a través del sistema AS 400. Ahí se elevan todas las interconsultas diarias dirigidas al servicio de psicología de las diferentes especialidades de hospitalización. Los profesionales que trabajamos ahí estamos divididos por áreas. En mi caso particular, estoy como responsable del piso de ginecología y obstetricia y si en ese día hay más interconsultas de otras áreas, hay un excedente de interconsultas que no se pueda cubrir por los otros colegas y me asignan una nueva área, pues ese día cubro también esa área que me han asignado.

8. ¿Qué aspectos del funcionamiento del hospital pueden influir en la forma en que los familiares se acercan (o no) al servicio de psicología?

El familiar que está acompañando al paciente en el área de hospitalización puede acercarse a la estación de enfermería del piso y hablar con el médico residente o tratante para que pueda generar a

través del sistema S 400 la atención psicológica y pues el servicio de psicología responda a ese llamado.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Naula Rodríguez, Sebastián Andrés**, con C.C: # **2000084687** y **Reyes Sánchez, Guillermo Andrés**, con C.C: # **0952938017** autores del trabajo de titulación: **La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de atención psicológica de familiares de niños hospitalizados** previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos 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 SENESCYT 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.- Autorizamos a la SENESCYT 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, **24 de febrero de 2025**

f. 

Naula Rodríguez, Sebastián Andrés

C.C: **2000084687**

f. 

f. **Reyes Sánchez, Guillermo Andrés**

C.C: **0952938017**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La incidencia del discurso del amo sobre la demanda de atención psicológica de familiares de niños hospitalizados.		
AUTORES	Naula Rodríguez, Sebastián Andrés Reyes Sánchez, Guillermo Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Gómez Aguayo, Rosa Irene		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Comunicación y Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de febrero de 2025	No. DE PÁGINAS:	132 páginas.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Hospitalización, Psicoanálisis, Demanda de atención psicológica, Institución, Discursos, Salud mental, Sistema médico.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	DISCURSO DEL AMO; DEMANDA; ATENCIÓN PSICOLÓGICA; HOSPITALIZACIÓN.		
RESUMEN/ABSTRACT: El objetivo de esta investigación fue analizar cómo el discurso del amo influye en la ausencia de demanda de atención psicológica por parte de los familiares de pacientes hospitalizados. Se buscó comprender su impacto en la disposición y búsqueda de recibir apoyo psicológico. Para ello, se utilizó un enfoque descriptivo, basado en una revisión bibliográfica y en entrevistas estructuradas con psicólogos clínicos, quienes aportaron su conocimiento y experiencia sobre las dinámicas que ocurren dentro del hospital. El discurso del amo genera una forma de alienación de los familiares al discurso del médico, llevándolos a ocupar un rol pasivo dentro del sistema hospitalario. En la práctica médica, esto se traduce en la reducción de los familiares a "acompañantes", quienes a través de la significación que se les otorga, sufren de ver al Otro sufrir, pero no demandan atención, ya que no es la prioridad para el orden médico. Al ser ubicados en esta posición, los familiares terminan por no reconocer sus propias necesidades subjetivas, al no poder articular una queja que sea transformada a demanda, ya que no hay un Otro dispuesto a acogerla. En conclusión, el discurso del amo tiene un impacto profundo en la relación entre los familiares, los profesionales de la salud y la institución hospitalaria. Limita la posibilidad de los familiares de expresar su sufrimiento y acceder a un acompañamiento psicológico. Esto subraya la importancia de transformar la oferta del servicio de psicología en hospitales, donde este espacio sea reconocido como un lugar legítimo de ayuda.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 969198428: +593-980112153	E-mail: sebastian.naula@cu.ucsg.edu.ec guillermo.reyes@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, 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):			