



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

LA INCIDENCIA DEL DISCURSO DEL AMO SOBRE LA DEMANDA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE FAMILIARES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

HYPOKALEMIC THYROTOXIC PERIODIC PARALYSIS: CASE REPORT IN A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL

Rosa Irene Gómez Aguayo

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Sebastián Andrés Naula Rodríguez

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Guillermo Andres Reyes Sánchez

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Laura Sofía Carrillo Carrera

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17719

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

Rosa Irene Gómez Aguayo¹riga3005@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-0356-7405>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Ecuador**Sebastián Andrés Naula Rodríguez**andresnaula.r@gmail.com<https://orcid.org/0009-0002-9558-7969>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Ecuador**Guillermo Andres Reyes Sánchez**guillereyes21dri@gmail.com<https://orcid.org/0009-0006-3816-2197>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Ecuador**Laura Sofía Carrillo Carrera**sofycarrillo2002@gmail.com<https://orcid.org/0009-0008-6970-7780>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Ecuador

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar cómo el discurso del amo, en tanto imperativo categórico, dentro del espacio hospitalario influye en la ausencia de demanda de atención psicológica por parte de los familiares de pacientes internados. Para ello, se utilizó un enfoque descriptivo con método interpretativo, justificado por su capacidad para explorar el sentido subjetivo de los fenómenos y los discursos que emergen en contextos institucionales. La metodología incluyó una revisión bibliográfica y entrevistas estructuradas con psicólogos clínicos, quienes aportaron su experiencia sobre las dinámicas que se dan en el interior del hospital. Los resultados muestran que el discurso del amo genera una forma de alienación de los familiares frente a la palabra del médico, llevándolos a ocupar una posición pasiva dentro del sistema hospitalario. Lo que se traduce en la reducción de los familiares a “acompañantes” silenciados, quienes no demandan atención psicológica aun cuando existe una fuerte carga emocional. 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, lo que subraya la importancia de transformar la oferta del servicio de psicología en los hospitales para hacerla más accesible y visible.

Palabras clave: discurso del amo, demanda, atención psicológica, hospitalización

¹ Autor principal

Correspondencia: riga3005@gmail.com

The impact of the master's discourse on the psychological care demands of family members of hospitalized children

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze how the master's discourse, as a categorical imperative, within the hospital setting influences the absence of psychological care demands by the relatives of hospitalized patients. A descriptive approach with an interpretative method was used, justified by its ability to explore the subjective meaning of phenomena and discourses that emerge in institutional contexts. The methodology included a bibliographic review and structured interviews with clinical psychologists, who contributed their experience regarding the dynamics that take place within hospitals. The results show that the master's discourse generates a form of alienation in relatives in relation to the doctor's word, placing them in a passive position within the hospital system. In medical practice, this results in the reduction of relatives to silenced "companions" who do not request psychological care, even when facing a significant emotional burden. In conclusion, the master's discourse has a profound impact on the relationship between relatives, health professionals, and the hospital institution, highlighting the need to transform the way psychological services are offered in hospitals to make them more visible and accessible.

Keywords: master's discourse, demand, psychological care, hospitalization

Artículo recibido 15 abril 2025

Aceptado para publicación: 15 mayo 2025



INTRODUCCIÓN

La atención psicológica en entornos hospitalarios es orientada al paciente, pero también involucra a sus familiares como parte fundamental del proceso de cuidado integral. Más allá de ofrecer un servicio complementario, la intervención psicológica busca responder a necesidades emocionales que surgen ante la enfermedad y el proceso de hospitalización. En este sentido, el presente estudio examina cómo el discurso institucional hospitalario incide en los familiares de los pacientes internados, y cómo esta influencia puede dificultar que se reconozca o se exprese una necesidad de acompañamiento psicológico. Se destaca la necesidad de comprender estas dinámicas para promover entornos hospitalarios donde el bienestar psicológico de los familiares también sea reconocido y atendido de manera integral.

La hospitalización constituye un proceso que implica una ruptura en la cotidianidad tanto del paciente como de sus familiares, puesto que existe una transición abrupta desde una rutina habitual hacia un contexto cargado de emociones intensas, pérdida de salud e incluso, la posibilidad del encuentro con la muerte. El problema central de esta investigación radica en aquella experiencia potencialmente traumática que se despliega a lo largo del proceso hospitalario, la cual no solo afecta a los pacientes pediátricos, sino también a los familiares que los acompañan de forma constante, como ocurre en los hospitales pediátricos. A pesar del impacto emocional que esto conlleva, no siempre se manifiesta una demanda de atención psicológica de manera explícita por parte de los familiares, que es entendida como la manifestación consciente de la necesidad de acompañamiento terapéutico. Resulta esencial, por tanto, determinar los factores que contribuyen al silenciamiento del malestar psicológico y que impiden la formalización y verbalización de la demanda.

La relevancia de esta investigación radica en su capacidad para visibilizar los efectos que, dentro de las instituciones hospitalarias, dificultan la emergencia de la demanda de atención psicológica por parte de los familiares de pacientes internados, especialmente en contextos pediátricos. Comprender esta problemática resulta de crucial importancia para desarrollar un modelo de atención más íntegro, es decir, que no se llegue a limitar a un tratamiento de lo orgánico únicamente, sino que también examine el sufrimiento psíquico en sus diversas manifestaciones. Además, los resultados obtenidos de este estudio podrían extenderse a otros espacios institucionales, como lo serían las escuelas, centros de detención o empresas, en los que también operan discursos que condicionan el acceso a dispositivos de salud mental.



En este sentido, el aporte del presente trabajo se orienta a mejorar la intervención clínica en hospitales y generar reflexiones más amplias sobre el lugar de la subjetividad en las instituciones contemporáneas. Para el desarrollo de esta investigación, se ha elegido como marco teórico la perspectiva psicoanalítica, apoyándonos en los aportes de autores centrales de esta corriente, como lo serían Jacques Lacan y Jacques-Alain Miller. El valor de tomar al psicoanálisis como base está en el reconocimiento del lenguaje como eje central en la constitución del sujeto. Lacan (1986) en su Seminario XI titulado Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis plantea que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, y esto quiere decir que el malestar no siempre se muestra en síntomas físicos, sino que también aparece en lo que se dice, en lo que no se dice y en los patrones que se repiten sin saber por qué. Desde esta visión, las palabras no funcionan por separado, sino que se conectan entre sí y forman una red que configura la manera en que vivimos nuestras experiencias.

En este marco, el abordaje de la demanda requiere considerar una serie de conceptos fundamentales para su comprensión. Entre ellos, destaca la teoría de los discursos de Lacan, que ofrece claves para pensar las posiciones que los sujetos adoptan en diferentes contextos, como el hospitalario. Asimismo, resulta relevante diferenciar entre el contenido manifiesto y latente de la demanda, y considerar la noción de vivencia subjetiva del sujeto.

El Discurso del Amo desde Lacan

Como eje central, se hará uso de las explicaciones teóricas de la Teoría de los Cuatro Discursos, formulada por Jacques Lacan (1969), donde se describen los discursos del amo, histérico, universitario y del analista, presentes en las interacciones sociales; y empleándola como herramienta teórica fundamental para analizar las relaciones de autoridad, poder y subjetividad que se desenvuelven en el contexto hospitalario. Además, las aportaciones teóricas de José Bleger respecto a la psicología institucional ya que otorga definiciones importantes para esta investigación.

Murillo (2021) indican que la ausencia de demanda por parte del familiar del paciente hospitalizado está relacionada con que los sujetos se encuentran inmersos en un discurso, ocupando un lugar determinado dentro de este. Por ello, es necesario precisar primero cuál es la definición teórica del término “discurso”. Lacan (1969) afirma que el discurso es “una estructura necesaria que excede con mucho a la palabra” (p. 10). El discurso no se limita al intercambio verbal, sino que también abarca los procesos internos



mediante los cuales las personas interpretan y expresan sus experiencias y conocimientos.

Ya que esta investigación es enfocada a las instituciones hospitalarias, la definición de lo que significa una institución y cuáles son las implicaciones que tiene sobre los sujetos son necesarias para poder disponer de un conocimiento más amplio de las dinámicas que ocurren en estas. De este modo, 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.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la institución no se distancia de los puntos ya mencionados, ya que en los discursos planteados por Jacques Lacan puede observarse una dinámica institucional caracterizada por la operatividad de reglas y una personalidad compartida entre sus miembros. Esta lógica se asemeja al discurso del Amo, en el que se actúa bajo el mandato de un propietario. Es decir, las instituciones se desenvuelven bajo un discurso donde alguien ocupa el lugar de saber, lo cual resulta de interés para el sujeto en tanto dicho saber tiene algo que ofrecerle. Por ello, el sujeto se alinea con ese discurso, compartiendo intereses y deseos que pueden expresarse en la aceptación de normas o



reglas, aunque como consecuencia sus propios deseos terminan regulados por ese Amo. Estos planteamientos también se reflejan en el contexto hospitalario, donde el discurso se configura como un espacio en el que el saber médico actúa como garante: una figura legítima que dispone de respuestas frente al malestar o la enfermedad. En el discurso del Amo, una figura de autoridad detenta el saber y orienta al sujeto que se encuentra en una posición de “no saber”.

Demanda en el ámbito hospitalario

Siguiendo esta línea, resulta pertinente abordar el concepto de demanda en el ámbito hospitalario, considerando que en estas instituciones coexisten distintas formas de peticiones dirigidas tanto al médico como al psicólogo, aunque operan bajo lógicas diferenciadas. En el caso del orden médico, la demanda suele estar estructurada como un “motivo de consulta”, entendido como una expresión concreta de síntomas que orientan al especialista desde una perspectiva observable y biológica. Albert (2007) define este motivo como un conjunto de manifestaciones breves que el paciente comunica al médico tratante con el fin de recibir atención. Esta demanda, entonces, se articula en función del accionar técnico del médico, quien responde desde su saber especializado sobre el cuerpo y la enfermedad. En esta misma línea, Galuzzi (2022) sostiene que la relación entre paciente y médico está condicionada por la búsqueda de un manejo óptimo del organismo para alcanzar un estado de bienestar, lo que sitúa la solicitud hacia el médico dentro del ámbito fisiológico, puntual y operativo propio de su especialidad.

Por otro lado, dentro del orden psicológico, la demanda adquiere características distintas, ya que no se limita únicamente a lo que el sujeto expresa de manera explícita al solicitar ayuda. En este campo, se reconocen dos niveles: por un lado, lo manifiesto, que alude a la inquietud consciente que impulsa al sujeto a solicitar ayuda; y por otro, lo latente u oculto, que sólo puede emerger a lo largo del proceso terapéutico. En este sentido, Lacan y, posteriormente, Miller, J.-A. (1998) en su libro *Introducción al método psicoanalítico*, destaca que todo discurso encierra no solo un "dicho", considerado como el contenido explícito que el sujeto comunica, sino también guarda consigo un "decir", que remite a la posición subjetiva desde la cual se habla.

Por lo que, dentro de los espacios destinados al cuidado de la salud coexisten distintos enfoques que orientan el tratamiento de manera específica y, al mismo tiempo, posicionan al sujeto en un lugar particular dentro del proceso terapéutico. El paciente que demanda atención puede asumir una posición



específica según el marco desde el cual se lo aborde. Ferrero, M (2006) menciona que, desde la medicina, el paciente suele ser concebido como un objeto de intervención que acude a consulta por un malestar concreto, y cuya resolución se busca a través de procedimientos clínicos. En este enfoque, no se considera necesariamente la singularidad subjetiva del individuo, ya que el objetivo principal radica en tratar la enfermedad centrándose en aquello que se presenta de manera manifiesta. En contraste, en el ámbito psicológico no resulta posible —al menos no completamente— aplicar este mismo modo de intervención, dado que el trabajo clínico exige la implicación activa del sujeto en su proceso terapéutico. Es precisamente esta implicación la que permite acceder a elementos particulares, como el deseo que subyace a su demanda y que no siempre es evidente desde el inicio.

Hospitalización

Cuando se aborda el malestar del paciente desde una mirada médica, muchas veces se tiende a clasificarlo solo por lo que se ve a simple vista o por lo que indica el modelo biomédico, colocando en segundo plano todo lo que tiene que ver con su mundo interno. Por eso, al momento de tratar el dolor o el sufrimiento, es fundamental no perder de vista su dimensión subjetiva: cómo la persona vive la enfermedad, qué lugar ocupa esa experiencia en su historia y cómo se relaciona con la pérdida de salud. Más allá de los síntomas físicos, hay una parte inconsciente en juego que influye en la forma particular en que cada sujeto atraviesa la enfermedad. Reconocer esta dimensión subjetiva permite ir más allá del síntoma y acercarse a una comprensión más profunda de su vivencia.

Para explorar esta vivencia subjetiva de los familiares en el proceso de hospitalización, se incorpora para mayor explicación los conceptos de Lacan (1964) la *alienación* y la *separación*. Cuando hablamos de alienación, nos referimos a que el sujeto —en este caso, el familiar— queda atrapado en el discurso del otro, es decir, en lo que el entorno dice o espera de él. En el hospital, esto se traduce en que los familiares son vistos solo como “los acompañantes del paciente”, cayendo en una objetivación, donde no pueden demandar, ni hay alguien que reconozca su propio malestar o vivencia. Se los nombra desde el discurso institucional, asignándoles un rol dentro de su lógica. Así, los familiares terminan ocupando un lugar que no eligieron del todo, pero que igual asumen, porque es la única forma en que pueden formar parte del proceso.

En este punto, es importante aclarar algo: esta elección de ocupar ese rol, aunque parece voluntaria, en



realidad no lo es del todo. Brousse (2020) explica que la operación de alienación se presenta como una “elección forzada”, una especie de decisión en la que el sujeto se ve obligado a tomar una posición dentro del discurso del Otro, porque el lenguaje y los significantes ya están ahí antes que él. Es decir, el familiar entra al hospital, y automáticamente se le asigna un lugar —el de cuidador, acompañante, soporte emocional— que él mismo empieza a habitar, porque le da un sentido a su presencia. Pero esta decisión no es completamente libre: está condicionada por cómo funciona el sistema institucional. Esto hace que al familiar le sea muy difícil ubicarse o actuar por fuera de ese lugar, porque todo el entorno está construido para que ocupe exactamente ese papel.

Consecuentemente se abordará el concepto de la separación. Este implica que el sujeto, en algún punto, pueda tomar distancia del lugar que le fue asignado frente al deseo del Otro y empezar a preguntarse por su propio deseo, por lo que realmente siente o necesita. Pero esto no sucede automáticamente. En el hospital, que funciona bajo una lógica estructurada —lo que Lacan llama discurso del Amo— no hay espacio para que el familiar piense de otra manera. Es ahí donde entra la función del psicólogo clínico: generar un espacio distinto, donde el familiar pueda hablar de sí mismo, y no sólo en relación al estado físico del paciente. Esa intervención abre la posibilidad de la recolección con su deseo, es decir, que el sujeto ya no se defina solamente por el lugar que le dio el discurso institucional, sino que empiece a construir uno propio.



Antecedentes

Conforme a investigaciones que abordan temáticas similares a la presente, se destaca a nivel nacional la investigación de Maquilón (2018) donde abordó una investigación titulada *El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles desde la Clínica Lacaniana*, realizado en Guayaquil, Ecuador. En ella se 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. Investigación crucial para el desarrollo de este artículo ya que proporciona una mirada psicoanalítica a la configuración dentro de la lógica de los discursos que operan en instituciones hospitalarias y el papel que tiene el psicólogo que utiliza el método psicoanalítico como herramienta para su práctica.

En estudios latinoamericanos, es importante mencionar el trabajo realizado por López & Salomone (2014), psicoanalistas de Argentina, quienes realizaron un estudio exploratorio-descriptivo titulado *El psicoanálisis en dispositivos públicos de salud: nuevas preguntas para la ética en un nuevo contexto sociohistórico a partir de una lectura clínica*, donde se evidenció la tensión que existe entre las normativas institucionales y la práctica clínica del psicoanálisis, lo que podría dejar el malestar subjetivo de los pacientes hospitalizados sin abordar.

En estudios internacionales no se encuentra suficiente información relacionada al entorno hospitalario y el efecto en la demanda de atención psicológica en los familiares de los pacientes hospitalizados, no obstante, se destaca el artículo realizado por Kaes, R. (1987) quien aborda un análisis en las instituciones mediante su obra titulada *La institución y las instituciones, realizada en París*. Dentro de esta investigación se concluyó 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.

Este artículo aporta a la línea de investigaciones mencionadas a partir de una mirada más específica sobre la demanda de atención psicológica en familiares de pacientes hospitalizados, un eje poco explorado en los estudios revisados. A diferencia de trabajos previos centrados en el rol del psicoanalista dentro de instituciones de salud o en las tensiones éticas de la clínica institucional, esta investigación introduce una lectura de la dinámica de la demanda y su vínculo con el discurso institucional



hospitalario, particularmente el Discurso del Amo, desde una perspectiva lacaniana. Además, contribuye al análisis del impacto subjetivo de la hospitalización en los familiares, proponiendo una articulación entre los conceptos de alienación, separación y la posición del psicólogo clínico como operador de un espacio que habilite el deseo y la palabra más allá del orden institucional.

El contexto en el cual se desarrolla esta investigación es la hospitalización pediátrica, una situación que no solo implica la atención del paciente infantil, sino también la presencia constante de un familiar — habitualmente la madre— que asume el rol de acompañante durante todo el proceso. Esta figura responde tanto a la tutoría del menor dentro del entorno hospitalario como al sostenimiento emocional del niño o niña internado. Sin embargo, este acompañamiento también implica una carga afectiva significativa que muchas veces es desplazada o no asumida por el acompañante, al no formar parte del foco de atención institucional.

Es importante resaltar que el entorno hospitalario está marcado por un enfoque donde la salud física es priorizada, puesto que sigue una lógica centrada en lo medible: el cuerpo enfermo, el síntoma y su tratamiento. Da prioridad a lo físico por encima de lo emocional que puede encontrarse en el paciente y en su acompañante, porque precisamente ese es el trabajo del médico.

Finalmente, el objetivo de la presente investigación es 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. Mientras que los objetivos específicos establecidos son los siguientes:

- 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.



METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, dado que permite explorar la experiencia subjetiva y comprender fenómenos desde la perspectiva de los participantes (Rojas, 2022). Se adoptó el paradigma interpretativo, centrado en los significados que los sujetos atribuyen a sus vivencias en contextos sociales específicos (Walker, 2021), lo que resulta adecuado para analizar la posición de los familiares de pacientes hospitalizados frente a la atención psicológica.

Método

El método fue de carácter descriptivo y explicativo interpretativo. Por un lado, se buscó caracterizar los fenómenos centrales del estudio: el discurso del Amo, la demanda de atención psicológica y la estructura institucional hospitalaria (Guevara et al., 2020). Se eligió el método interpretativo porque permite comprender el sentido que los sujetos otorgan a sus experiencias en relación con el discurso del amo en el contexto hospitalario. “Es un método que busca conocer el interior de las personas (motivaciones, significaciones y su mundo), sus interacciones y la cultura de los grupos sociales, a través de un proceso comprensivo” (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, s.f.).

Técnicas de recolección de datos

Se utilizaron dos técnicas de recolección de datos: revisión bibliográfica (análisis intratextual) y entrevistas estructuradas a psicólogos clínicos con experiencia hospitalaria. Estas entrevistas siguieron un guion fijo y estandarizado para todos los participantes, lo que aseguró coherencia en la información recolectada (Sánchez & Murillo, 2021). Las preguntas abordaron temas como: percepción del sistema hospitalario por parte de los familiares, vivencia de la hospitalización, resistencias ante la atención psicológica, y modos de derivación institucional.

Población

La población estuvo conformada por ocho psicólogos clínicos seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia según los siguientes criterios de inclusión: Ser un profesional de Psicología y contar con experiencia clínica en entornos hospitalarios. Además, se tomaron en cuenta factores como la accesibilidad para participar en esta investigación. Su contacto directo con familiares de pacientes y su conocimiento del funcionamiento hospitalario los convierte en población clave para analizar la relación entre discurso institucional y cómo puede influir en la demanda subjetiva.



RESULTADOS

Discurso del amo

Los resultados obtenidos por medio de los psicólogos entrevistados son mixtos, demuestran, por un lado, que existe un espacio adecuado para que los familiares expresen su malestar emocional dentro del entorno hospitalario, como el área de psicología que ofrece un abordaje integral para el paciente y familia; sin embargo, tres de los participantes consideran que no existe una acogida completa por parte del equipo médico por presiones de tiempo y urgencias médicas. Debido a que, en el contexto de las salas de hospitalización, los médicos utilizan una cantidad reducida de tiempo para poder atender y dar seguimiento a todos los pacientes. También se refirió, por medio de las respuestas de los profesionales, comentarios respecto a la fijación en el estado físico sobre el emocional, sobre sentimientos de ser vistos solo como números de historia clínica, o nombrados por diagnósticos.

Conforme se entrevistó a los profesionales, se encontraron opiniones variadas en la segunda pregunta de la entrevista aplicada, en relación a la atención que reciben del personal médico. Seis de los participantes mencionan que existe cierta distancia en el vínculo entre médico-familia, debido a una comunicación limitada y falta de empatía, es decir, un trato más protocolar que muchas veces puede tornarse en “una actitud fría” (Psicólogo clínico 5, entrevista estructurada, 2025). Tres de los expertos enfatizan que la percepción del trato puede variar, “generalmente es por el tipo de tiempo, calidad del tiempo que utiliza el médico para poder dar principalmente la información al paciente” (Psicólogo clínico 7, entrevista estructurada, 2025). Se refiere también que puede existir temor por los procedimientos dolorosos aplicados a los pacientes. Mientras tres de expertos, describen que sí se llega a establecer una buena relación, sostenida por el agradecimiento que informan los familiares hacia el equipo médico por sus esfuerzos en preservar la vida, pero que pueden surgir frustraciones de parte del familiar hacia el médico, un tiempo reducido de atención del médico hacia el paciente también influye, junto con el nivel de empatía percibido.



Hospitalización

Los ocho psicólogos coinciden en que los familiares de pacientes hospitalizados pueden enfrentar una serie de dificultades durante el proceso de internación, entre las que destacan desgaste físico y emocional, ansiedad y temor. El estrés en las salas de hospitalización también es elevado, lo que puede influir en la relación con los médicos y provocar tensiones. Estas situaciones de altos niveles emocionales son atendidas por el área de psicología, siempre que el médico tratante lo disponga. Sin embargo, dentro del enfoque institucional, esta dinámica refleja la estructuración de roles dentro del hospital, ya que como mencionan los entrevistados, la condición de intervenir o no del Psicólogo, muchas veces puede estar condicionada con lo que el equipo médico considere necesario. “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” (Psicólogo clínico 5, entrevista estructurada, 2025). De esta manera, se encuentra un nivel bajo en el acompañamiento emocional para el familiar del paciente hospitalizado, y a su vez un factor institucional que condiciona el accionar tanto del médico como el del psicólogo, teniendo un enfoque primordial en la salud física y observable.

Se identifican diversas razones por las cuales los familiares de pacientes hospitalizados no acceden ni solicitan el espacio de atención psicológica. Entre las principales causas, tres de los entrevistados, señalan que muchas veces los pacientes y familiares desconocen la existencia del servicio de acompañamiento psicológico, lo que podría indicar una falta de promoción del servicio. Además, los cinco participantes restantes afirman la existencia de estereotipos culturales, lo que refuerza la resistencia familiar a acceder a este. Comentarios frecuentes 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?”, han sido referidos por medio de los entrevistados, lo que marca una barrera importante, tanto por falta de información del servicio y estereotipos culturales (Psicólogos clínicos 1, 5, 6, entrevista estructurada, 2025). Esta combinación entre desinformación y prejuicio actúa como una barrera que impide el acercamiento al espacio terapéutico.

Demanda

Cuatro de los ocho psicólogos entrevistados identificaron como principal forma de resistencia la negación de la necesidad de apoyo psicológico. Según describen, los familiares tienden a no reconocer



su propio malestar emocional y prefieren centrarse en el cuidado físico del paciente. Este conflicto adquiere especial relevancia en el entorno hospitalario, un espacio donde el estrés y la carga emocional se intensifican por las condiciones de la enfermedad y las fantasías de muerte; la negación está muy presente en estos espacios, frecuentemente minimizan sus emociones, lo que empuja a relegar lo subjetivo en favor de lo físico. Asimismo, uno de los especialistas compartió una experiencia de un familiar de un paciente el cual expresó respuestas hostiles y tensiones frente al equipo médico por manifestar una queja y ser derivado a psicología.

La mayor parte de los psicólogos entrevistados coinciden en que los familiares desconocen el alcance de la intervención psicológica en el hospital. Lo que se refleja con el estereotipo mencionado por estos, donde “el psicólogo solo da malas noticias” o atiende “casos muy graves” (Psicólogo clínico 1, entrevista estructurada, 2025), mientras que otros expertos señalan la creencia de que “no corresponde solicitar apoyo emocional, porque uno mismo puede sobrellevar la situación” (Psicólogo clínico 2, entrevista estructurada, 2025). Sin embargo, un especialista menciona que, si existe alivio en algunos pacientes que aprecian el acompañamiento y lo ven de manera positiva, inclusive alegrándose al ver al Psicólogo entrar a la sala de hospitalización.

Atención Psicológica

Los psicólogos entrevistados describen dos vías principales en las que la atención psicológica se establece dentro del ámbito hospitalario. Para que esto ocurra, debe darse la derivación al servicio de psicología a través del equipo médico. Entonces, dos de los participantes señalan el uso de una plataforma institucional que permite comunicar una interconsulta a todo el personal hospitalario, desde médicos tratantes, especialidades e inclusive áreas administrativas. En contraparte, seis de los entrevistados mencionan que depende de las necesidades identificadas, se observan indicios de tristeza manifestada, preocupación, o molestia. Muchas veces, según refieren, la derivación depende de la observación del médico, quien debe identificar síntomas o comportamientos disfuncionales o de alerta, lo que hace que se justifique la intervención psicológica. De este modo, la derivación hacia el servicio de psicología, se transforma, más que el reconocimiento de una demanda legítima se torna en un trámite administrativo.

Se indagó, además, en factores institucionales que puedan dificultar el acercamiento de los familiares al



espacio psicológico, en donde principalmente se destaca:

- Falta de comunicación interdepartamental, ya que el servicio de psicología no es promocionado activamente, y los familiares desconocen su existencia. Se refuerza esta idea con el hecho de que no exista un espacio físico en algunos de los hospitales donde hacen sus actividades laborales los psicólogos entrevistados, como algo que no es necesario.
- Afirman que el uso de uniformes y la falta de información sobre el rol del psicólogo generan percepciones negativas o equívocas sobre la labor de este ya que se lo asocia al labor médico y en casos graves, puede dificultar el trabajo terapéutico.
- Una participante menciona la ausencia de un espacio físico adecuado para el área de psicología, afirma que esto disminuye la accesibilidad y la identificación del acompañamiento psicológico.
- A pesar de que, según refiere una participante, se promociona el servicio de psicología por medio de estudiantes practicantes que distribuyen material informativo como trípticos y talleres, no existe un plan institucional detallado que integre la oferta de psicología al tratamiento médico (Psicólogo clínico 4, entrevista estructurada, 2025) .

DISCUSIÓN

Esta investigación parte de una gran interrogante: ¿por qué la atención de los psicólogos no es demandada en espacios de alto sufrimiento psíquico como son los hospitales? Y, es que el acceso al servicio psicológico en entornos hospitalarios no se limita a una interconsulta o a la consulta externa. Los psicólogos visitan a los pacientes en sus salas de hospitalización, cuántas veces sea necesario, se acercan a interrogarlos por su malestar y ofrecen un servicio disponible. ¿Por qué entonces no se utiliza? Los resultados de este estudio guardan consonancia con Maquilón (2018), quien advierte sobre el fracaso de las políticas de salud mental que no respetan los “tiempos lógicos” del sujeto, y con López & Salomone (2014), que señalan la tensión entre la lógica institucional y la práctica clínica interdisciplinaria. Esta tensión se debe, primero, a la diferencia de los tiempos cronológicos, propios de la medicina donde se esperan mejoras evidentes en plazos definidos mediante tratamientos específicos. No obstante, en la práctica de la psicología clínica se considera el tiempo lógico de la psiquis, que avanza al ritmo singular de cada paciente. En ocasiones, se espera que, tras una única sesión, los psicólogos consigan cambios conductuales visibles en los familiares, especialmente en lo relativo a la toma de



decisiones médicas. Esta expectativa convierte al psicólogo en una figura encargada de convencer, más que de escuchar o contener. En este contexto, es clave aprender a leer las demandas, sin responder automáticamente a todas ellas.

El discurso del amo relata una posición de lazo con el Otro. Aquí el amo tiene una relación tirana donde exige producción y control. En el caso del hospital, el doctor es quien encarna este discurso, quien exige informes, diagnósticos y eficiencia en pro de la salud del paciente. El orden médico remite a una postura rígida en la que el profesional de la salud que 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, alienados a la institución por medio de las reglas que manejan.

Respecto a la hospitalización, cuando nos referimos a la alienación entre institución y pacientes, el médico presupone que sabe lo que es mejor para el paciente. Y, es cierto si nos quedamos en la esfera biologicista donde las respuestas y tratamientos traen mejoría al cuerpo, o en el modelo biomédico (MBM) que, por medio de Elío-Calvo (2023) comprendemos que en este: “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 importante plantear lo antes mencionado debido a que, si solo se aborda la parte observable de lo que es la enfermedad, el carácter nosológico de la misma, pueden ocurrir interpretaciones respecto a la condición subjetiva y emocional del paciente, de lo que lo es la enfermedad para este.

Las significaciones personales que tienen los pacientes y familiares respecto a la enfermedad también son importantes y son dignas de escucha. Hoyos (2001), menciona conforme a la interpretación del significado de la enfermedad 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). Ante la enfermedad también existe una posición subjetiva, una posición inconsciente, que le remite a la afección biológica y que, además, lo hace responsable o no por esta. Cuando nos referimos a la existencia de una posición inconsciente nos referimos al plano subjetivo, donde la palabra adquiere un doble valor y lo que se dice no es siempre lo que se quiere decir.



No obstante, el ámbito emocional y el subjetivo está por fuera del control aún de los mismos médicos. En este orden simbólico, el planteamiento de alienación de Lacan toma especial sentido. Los familiares quedan relegados a la categoría de "acompañantes". No se les reconoce una necesidad propia, ni biológica ni subjetiva, sino sólo una función de apoyo. Desde esta posición, no se espera que demanden atención psicológica: su lugar está definido por el silencio. No hay un Otro que los escuche, que les permita subjetivar su dolor; por lo que no se puede formular una demanda. Allí es donde aparece el psicólogo clínico, instaurando una ruptura: separa al sujeto del discurso institucional, creando la posibilidad de hacerse cargo de su propia enfermedad y de una demanda subjetiva, de asumir el padecimiento.

Además del peso institucional, existe un conjunto de estigmas culturales que obstaculizan la demanda de atención psicológica. Por medio de las respuestas obtenidas, el hecho de que no exista un consultorio para psicología en las áreas de hospitalización abre la pregunta de si ¿es necesario? En base a lo investigado y las respuestas obtenidas puede afirmarse que sí. Se abren otra serie de preguntas, si es realmente necesario como se plantea en este punto, ¿por qué parece no serlo? Incluso, se complejiza la pregunta cuando entran otros factores que una institución debe tener en cuenta, factores tanto técnicos como normativos, algo que resulta evidente; sin embargo, estas situaciones podrían reforzar la idea de que la atención y el acompañamiento psicológicos, no son necesarios para los pacientes y familiares.

Retomando los estigmas culturales, en el contexto ecuatoriano, estos se expresan en frases normalizadas dentro del personal de salud, tales como “no llore porque le hace daño al niño”. Esta frase da cuenta de cómo se legitima la idea de que expresar emociones perjudica al paciente. Así, se instaura una expectativa de fortaleza emocional: no se permite llorar, y si se llora, se debe salir de la sala hasta “calmarse”. El discurso médico no solo silencia el malestar, sino que tampoco ofrece un lugar legítimo para depositarlo.

Otro punto relevante es el deseo de los familiares de enfocarse únicamente en la salud del paciente, lo cual implica muchas veces negar o postergar su propio sufrimiento. Una de las razones es que, en el ámbito hospitalario, todos los insertos en su sistema se ven confrontados con las fantasías de muerte, tema tabú en nuestra época actual. Abrir el espacio a la intervención psicológica es permitirse decir en voz alta esos aspectos indecibles por los familiares, como en el caso de la angustia ante la posible muerte



de los suyos. Como plantean Zamora Echegollen y Manero Brito (2020), el cientificismo ha promovido la imagen del médico como un héroe que vence a la muerte. Sin embargo, cuando esta ocurre, médicos y familiares se enfrentan al límite de ese ideal, a sus propias frustraciones y duelos. ¿Es posible que la psicología no logre establecerse firmemente en los hospitales porque cuestiona esta omnipotencia? Aceptar el discurso psicológico es también aceptar la falta, la vulnerabilidad, lo no dicho. Es abrir un espacio para hablar más allá del “todo está bien”. Es, como diría Lacan, “histerizar” al sujeto: moverlo de su lugar de certeza para que el malestar pueda expresarse mediante palabra. Quizá esta sea una de las funciones más radicales de la psicología hospitalaria: permitir a los familiares (y al propio personal) reconocer que, en realidad, no todo está bien, y que está bien decirlo.

Para finalizar, frente a la pregunta de si la influencia del discurso del amo en los contextos hospitalarios es exclusiva del ámbito ecuatoriano o si se extiende a otras instituciones, es importante considerar el aporte de la psicología institucional —disciplina que surgió en Francia y que se ocupa del estudio de las relaciones y dinámicas en diversos entornos: escolares, laborales, judiciales, hospitalarios, entre otros. Desde Lacan, podemos afirmar que estas configuraciones discursivas están presentes en todos los espacios institucionales, con variaciones según el contexto y el grado de desafío que suponen. Queda como tema a profundizar hasta qué punto se ve afectada o condicionada la demanda psicológica en instituciones regidas, por ejemplo, si a partir de otro discurso, como el universitario, se abriría más la posibilidad de acceder a la atención psicológica. Asimismo, resulta pertinente indagar si, en esta nueva época marcada por la decadencia del Nombre del Padre, las condiciones institucionales y subjetivas se mantienen, o si asistimos a una transformación en la forma en que se produce el lazo social y el lugar del sujeto frente al saber y al malestar.

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 por parte de 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 los sujetos establecen con este. Al situar esta investigación en un contexto hospitalario, se identifica a la institución hospitalaria como el espacio donde este discurso opera, dado que el discurso médico es el de



mayor relevancia dentro del hospital. En este marco, los sujetos quedan reducidos a objetos relacionados con el malestar físico, mientras que sus subjetividades y sufrimientos emocionales son despojados de toda consideración. De esta forma, los familiares de los pacientes se convierten en meros receptores de información médica, o simples “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, estableciendo una relación particular con el esclavo, quien podría estar representado por los familiares de los pacientes, cuyas demandas subjetivas son ignoradas. Esta relación de subordinación también puede observarse en la dinámica entre el médico y el psicólogo, ya que el abordaje del paciente se encuentra condicionado por aquel que realiza la interconsulta —el médico—, quien limita el espacio psicológico mediante su criterio, al ser considerado una autoridad dentro de la institución. Por ello, caracterizar este discurso implica entender las estructuras de poder que lo configuran, en las que el sujeto queda subordinado al saber del Otro: el discurso médico.

En cuanto a la demanda del paciente, para que esta pueda constituirse como tal, debe atravesar un recorrido: parte de una necesidad biológica que, al ingresar al campo del lenguaje —es decir, de lo simbólico—, se transforma en una demanda subjetiva. Esta demanda requiere del reconocimiento por parte del Otro; en este caso, dicho Otro es la institución. Sin embargo, la institución, regida por el discurso del amo, no da cabida a esa demanda. En este sentido, dicho discurso 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 expresarlas. Además, siguiendo esta línea de análisis, se descubre a través de las entrevistas que existe un factor cultural que incide en la percepción que los familiares tienen sobre la solicitud de atención psicológica. Se evidencia la presencia de ideas preconcebidas que encasillan el abordaje psicológico dentro de estigmas sociales.

Los efectos del discurso del amo en la falta de demanda de atención psicológica por parte de los familiares radican en la ignorancia de estos requerimientos, y en la categorización nosológica tanto de los malestares físicos como emocionales. De este modo, los familiares se ven atrapados en una dinámica en la que, debido a la omnipotencia del discurso médico, no logran reconocer su necesidad de apoyo emocional. Se encuentran alienados a dicho discurso, donde son definidos como simples



“acompañantes”, y, por tanto, como sujetos que no sufren.

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 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, contemple también el bienestar psicológico de quienes acompañan a los pacientes, para así ofrecer un enfoque de cuidado más humano y completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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/articulos/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>
- Brousse, M.-H. (2020). La elección forzada. Lacan Cotidiano, (890). <https://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-891.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>
- 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://psicoanalisenlauniversidad.unr.edu.ar/index.php/RPU/article/view/126/97>
- Hoyos Zuluaga, J. E. (2001). La relación médico-paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. Iatreia, 14(2), 141–148. <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, 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](#)

Lacan, J. (1992). El reverso del psicoanálisis. El Seminario, Libro 17 (1969-1970). Paidós. [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/psicoanalisis/revista14/index.php&seccion=Psicoan%C3%A1lisis%20y%20Sociedad>

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>

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>

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>

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>

Walker, W. (2022). Una síntesis crítica mínima de las aportaciones de los paradigmas interpretativos y sociocríticos a la investigación educativa [Archivo PDF].

Zamora Echegollen, M., & Manero Brito, R. (2020). La muerte en la institución hospitalaria. Revista M., 5(9), 9–24. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i9.9-24>

