

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

**TEMA:**

**Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados  
en unidad de cuidados intensivos pediátricos.**

**AUTORA:**

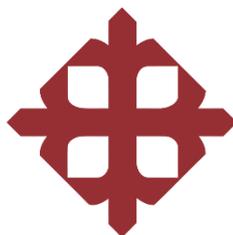
**Carrillo Carrera, Laura Sofía**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA 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 PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Carrillo Carrera, Laura Sofía**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana, 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 PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Carrillo Carrera, Laura Sofía**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

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

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Carrillo Carrera, Laura Sofía**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Carrillo Carrera, Laura Sofía**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos**, 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**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Carrillo Carrera, Laura Sofía**



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

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

**CERTIFICADO DE ANÁLISIS**  
iintel mdsister

Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

**< 1%**  
Textos sospechosos

**0%** Similitudes entre comillas  
**0%** entre las fuentes mencionadas  
**< 1%** Idiomas no reconocidos (ignorado)  
**< 1%** Textos potencialmente generados por IA (ignorado)

Nombre del documento: PLANTILLA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.doc	Depositante: Laura Carrillo	Número de palabras: 72.825
ID del documento: 288446bf0e4bb758eba2245f1eb32230dc40d1bc	Fecha de depósito: 10/2/2025	Número de caracteres: 437.004
Tamaño del documento original: 3,19 MB	Tipo de carga: url_submission	
Autor: Laura Carrillo	fecha de fin de análisis: 10/2/2025	

Ubicación de las similitudes en el documento:

**TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:** Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos.

**AUTORA:**

Carrillo Carrera, Laura Sofía

**INFORME ELABORADO POR:**

**TUTORA**

**Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs.**

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

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por dotarme de sabiduría y ser un Gran Otro que brinda significantes.

Agradezco a mis padres, por apostar por mí y, en este transcurso de 4 años, aprender a amar y valorar mi profesión. Son mi mayor referente de excelencia, responsabilidad y disciplina.

Agradezco a mi abuelita y mis hermanos (Ely, Emmanuel y Samuel) por ser un soporte afectivo y asegurar que soy la mejor psicóloga, aunque soy la única que conocen.

Agradezco a mis amigos de la universidad y compañeros de vida: Zuska, Andrés, Guillermo, Andrea y mis dos Amys, gracias por sostener, cuidar y por sus valiosas intervenciones gratuitas.

Agradezco a mi tutora de tesis Rosita por ser la calma en medio de mis propias angustias. La admiro profundamente y este trabajo es gracias a su guía y su acompañamiento.

Me agradezco a mí misma por hacer esta tesis posible. Hay mucho de mí aquí y fue escrita con pasión y entrega.

**Laura Sofía Carrillo Carrera**

## **DEDICATORIA**

Para todas las madres cuyas angustias muchas veces invisibilizadas para sus familias, su entorno social e incluso por ellas mismas, merecen ser reconocidas.

Para aquellas que, en mi práctica pre-profesional, me permitieron ser testigo de sus luchas y malestares, enseñándome a ser psicóloga mientras ellas aprendían a ser pacientes.

Para mi madre y mi abuelita, cuyos silencios guardaron angustias que no presencié pero que sé que existieron. Gracias por su fortaleza y su sacrificio.

**Laura Sofía Carrillo Carrera**



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana, Mgs**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Álvarez Chaca, Carlota**  
OPONENTE

# ÍNDICE

RESUMEN .....	XIV
ABSTRACT .....	XV
INTRODUCCIÓN .....	2
Planteamiento del problema .....	6
Pregunta General .....	8
Preguntas Específicas .....	8
Objetivos .....	8
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos .....	9
Justificación .....	9
ANTECEDENTES .....	12
CAPÍTULO 1 .....	18
Manifestaciones de la angustia .....	18
Decaimiento del nombre del padre en la época actual .....	18
Fracasos del fantasma .....	22
Lo real, el trauma y la angustia .....	29
Lo real y lo unheimlich .....	29
El trauma .....	32
La angustia .....	35
Las urgencias subjetivas .....	39
Primeros Auxilios Psicológicos vs La Clínica de las Urgencias Subjetivas .....	47
La angustia en contextos hospitalarios .....	48
Caso “Un llanto ahogado” .....	49

Caso “Las palabras tienen poder” .....	50
CAPÍTULO 2.....	52
Maternidad .....	52
Discurso social sobre la maternidad.....	52
Deseo materno.....	56
Un deseo no anónimo .....	62
La novela familiar .....	63
El hijo enfermo como herida narcisista.....	67
Madre de un hijo enfermo: daño al narcisismo .....	67
El transativismo.....	74
CAPÍTULO 3.....	79
La institución hospitalaria.....	79
La institución maternalizante .....	81
El discurso de amo .....	84
La hospitalización pediátrica en áreas de cuidados críticos .....	88
Pacientes pediátricos especificidades .....	88
UCIP- CIP .....	88
UCI- Cardio.....	90
UQ (Unidad de Quemados) .....	92
Emergencias.....	93
Efectos subjetivos de la hospitalización en los familiares .....	96
Fantasías de muerte .....	96
Posición del sujeto frente al pronóstico y diagnóstico.....	98
CAPÍTULO 4.....	101
Metodología .....	101
Enfoque.....	101

Paradigma.....	101
Método .....	102
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	103
Entrevistas semiestructuradas a expertos .....	103
Test de Apercepción Temática .....	106
Grupos focales.....	108
Entrevista semiestructurada .....	110
Población.....	112
CAPÍTULO 5.....	114
Presentación y análisis de resultados.....	114
CONCLUSIONES .....	131
LISTA DE REFERENCIAS.....	133
ANEXOS.....	147
Anexo A: Transcripción de entrevistas semiestructuradas a expertos ...	147
Anexo B: Resultados del TAT aplicado a las madres.....	175
Anexo C: Transcripción de grupo focal a madres de CIP.....	181
Anexo D: Consentimiento Informado para participantes de la Investigación .....	189
Anexo E: Transcripción de entrevistas semiestructuradas.....	190

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Diferencia entre crisis de pánico (desde el cognitivo) y Urgencias subjetivas (desde el psicoanálisis).....	43
<b>Tabla 2</b> Esquema de entrevista semiestructurada a profesionales .....	104
<b>Tabla 3</b> .....	106
<b>Tabla 4</b> Descripción de láminas del TAT .....	107
<b>Tabla 5</b> Datos sociodemográficos de las participantes.....	112
<b>Tabla 6</b> Presentación de resultados obtenidos.....	114
<b>Tabla 7</b> Frases con las que las madres expresan su acuerdo o en desacuerdo .....	120

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Cuadro sobre el concepto del "Otro" y su alienación .....	25
<b>Figura 2</b>	Cuadro acerca del proceso de separación.....	27
<b>Figura 3</b>	Matema del fantasma.....	27
<b>Figura 4</b>	Los 4 discursos de Lacan .....	84
<b>Figura 5</b>	Triage de Manchester .....	94

## RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo analizar las manifestaciones de angustia de las madres ante la internación de sus hijos en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por medio de una investigación exploratoria-descriptiva para destacar la necesidad de apoyo psicológico en esta población. Además, se analizó la experiencia de maternidad en ambientes hospitalarios y los efectos de estos últimos. Se realizaron entrevistas a expertos y la aplicación del Test de Apercepción Temática, entrevistas semiestructuradas y grupo focal con las madres. Se concluyó que existe angustia y se expresa a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. La experiencia de maternidad en hospital se vive con culpa por la internación del hijo y angustia ante la posibilidad de muerte y las secuelas que dejan los procedimientos médicos sus hijos. La hospitalización impacta trae fantasías de muerte, secuelas de enfermedad, angustia al autorizar los procedimientos médicos y el factor económico, destacando la necesidad de apoyo psicológico para tramitar los aspectos ya mencionados.

**Palabras Claves:** ANGUSTIA; MADRES; HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA; UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS; APOYO PSICOLÓGICO; PSICOANÁLISIS

## ABSTRACT

The aim of this research was to analyze mothers' manifestations of angust when their children were hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit by means of an exploratory-descriptive investigation to highlight the need for psychological support in this population. In addition, the experience of maternity in hospital environments and the effects of the latter were analyzed. Expert interviews and the Thematic Apperception Test, semi-structured interviews and focus group with mothers were conducted. It was concluded that distress does exist, and it is expressed at emotional, physical, cognitive and behavioral levels. The experience of maternity in hospital is lived with guilt for the hospitalization of the child and anguish about the possibility of death and the sequelae left by the medical procedures on their children. Hospitalization brings with it fantasies of death, sequelae of illness, anguish when authorizing medical procedures and the economic factor, highlighting the need for psychological support to deal with the aforementioned aspects.

**Key words:** ANGUST; MOTHERS; PEDIATRIC HOSPITALIZATION; PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITS; PSYCHOLOGICAL SUPPORT; PSYCHOANALYSIS.

## INTRODUCCIÓN

La época actual está marcada por un tinte de fragilidad por parte de sus individuos. Subjetividades más inestables porque no hay garantes de seguridad, somos hijos de la época y esta según Byun- Chul Han en su libro *La sociedad del cansancio* (2010) se describe así,

La moderna pérdida de creencias, que afecta no solo a Dios o al más allá, sino también a la realidad misma, hace que la vida humana se convierta en algo totalmente efímero. Nunca ha sido tan efímera como ahora. Pero no solo esta es efímera, sino también lo es el mundo en cuanto tal. Nada es constante y duradero. Ante esta falta de Ser surgen el nerviosismo y la intranquilidad (p.32).

En nuestras sociedades, la ecuatoriana en este caso en particular, la constante alerta ante la delincuencia, la inconsistencia política y las fracturas del núcleo familiar contribuye a un sentimiento persistente de inseguridad, es imposible que la angustia no aparezca. Si nada es duradero, y todo depende de uno mismo, ¿cómo no colapsar si no hay nadie que sostiene? Desde el psicoanálisis se le conoce como la caída del Nombre del Padre. Este último se refiere a aquella ley simbólica que ordena, regula y en muchos casos, sostiene.

La decadencia del Nombre del Padre se ha ido mostrando a lo largo de los años, pero es a partir del final del siglo XX donde inicia su apogeo con diversas manifestaciones y movimientos como el movimiento gay, el auge de la medicina psiquiátrica, la multimedia, los polímeros para el consumo de la cirugía plástica, la pornografía, el movimiento hippie en contra de la guerra de Vietnam y la legalización de la marihuana. Es a partir de este punto donde las neurosis contemporáneas aparecen y dan cabida a las subjetividades débiles o frágiles (Cando, 2017, párr. 2).

Se observa un “decaimiento del Nombre del Padre” que puede ser representado como la caída de las grandes instituciones que tradicionalmente sostenían esta figura. Ya nada es seguro, todo está teñido de corrupción y

esto impactan a nivel subjetivo. Obliga a las personas a construir sus propios “nombres del padre”, que resultan ser más frágiles al ejercer la ley y brindar un lugar de sostén. Se tienen subjetividades débiles y frágiles, pero lo estresante de la vida no se detiene. Se tienen las mismas cargas, pero con subjetividades más susceptibles al quiebre.

El entorno hospitalario combina elementos internos (la fragilidad emocional de los pacientes y sus familiares) y externos (las amenazas y exigencias del entorno hospitalario), lo que puede resultar en cuadros de angustia. La práctica preprofesional de la autora en un hospital infantil de Guayaquil, Ecuador, despierta el interés por explorar cómo el contexto hospitalario puede ser contingente y generar angustia en madres de los pacientes internados.

La angustia por definición es el afecto que no engaña según Lacan y aterrizado a la praxis se la entiende de la siguiente manera:

La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo. (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, párr. 18)

Esta experiencia de angustia es una fuente de malestar y a la vez una oportunidad para identificar aspectos subjetivos íntimos y explorar posibles intervenciones terapéuticas. Seldes (2019) sugiere que estos momentos de crisis pueden abrir puertas a la terapia psicoanalítica, como una oportunidad para abrir la demanda por la pregunta de investigación que no sólo aligera los malestares, sino que permite indagar al sujeto y su subjetividad.

La maternidad y su relación con la hospitalización pediátrica ha sido foco de atención de un sinnúmero de investigaciones que encuentran indicadores de depresión y ansiedad en esta población en específico. Este estudio se interesa en cómo las madres, emocionalmente vinculadas a sus

hijos, también son susceptibles a mostrar angustia en estos entornos. El objetivo es explorar y describir las manifestaciones de angustia de las madres producto de la internación de sus hijos en Cuidados Intensivos Pediátricos y cómo estas experiencias pueden ser abordadas en el ámbito terapéutico.

La UCSG en su línea de investigación tiene 6 dominios correspondientes al área de investigación. El quinto dominio denominado *Educación, comunicación, arte y subjetividad* corresponde a esta línea por su enfoque en la subjetividad.

Entendemos la subjetividad 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... así como las interacciones intra e intersubjetiva. (UCSG, s.f.)

Este trabajo precisamente pone en relevancia esta interacción intra (las características psicológicas de las madres) e intersubjetivas (cuando entran en el sistema hospitalario y su relación con la angustia que experimentan).

De acuerdo con el Plan de Creación de Oportunidades, esta investigación guarda relación con el Eje 5 que es un eje social. Persigue el *objetivo 5: Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social*. Esta trae propuestas de mejoras en los aspectos sociales de Ecuador a partir de las problemáticas encontradas en ella. Como lo muestra la Secretaría Nacional de Planificación (2021):

En el Ecuador, el limitado acceso a servicios de salud inclusivos y de calidad se refleja en el bienestar de la sociedad, observándose problemáticas asociadas a la DCI, embarazo en adolescentes, consumo de drogas, problemas nutricionales, sedentarismo, suicidios especialmente en adolescentes, falta de controles prenatales de calidad, deficiente atención médica a los pacientes, falta de insumos médicos, entre otros. (p. 60)

Es una realidad que, en el Ecuador, el acceso a la salud en general es limitada dejando a la salud mental casi fuera del panorama. Aquí recae la relevancia de este trabajo que tiene como fin mostrar cómo la salud mental es un aspecto importante no tan solo en los pacientes sino en los familiares que los acompañan. Esto con el fin de que la salud mental deje de ser un privilegio para unos pocos, sino que se opten por políticas que la reconozcan como una necesidad para la salud integral de la población en general.

Tocante al Plan de Desarrollo Sostenible y sus objetivos, pertinente a la investigación, se adapta el Objetivo 3: Salud y Bienestar. De este, La ONU (2015) en su meta 3.3 tiene como propuesta que: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” Promover la salud implica la concientización de que esta es relevante pero no solamente hacerla notar cuando ocurren patologías sino lograr un enfoque de prevención. Este trabajo pretende que el tratamiento oportuno en madres con esta carga afectiva evitará posibles complicaciones futuras.

Lo trascendental de este trabajo radica en la poca relevancia que tiene la salud mental en Ecuador. Es verdad que se cuenta con una línea de ayuda por parte del MSP a través de la línea 171. Sin embargo, esta es una medida que generalmente se usa en casos de *acting out*, principalmente pasajes al acto. Por ello, este trabajo tiene un enfoque preventivo en tanto prioriza la atención psicológica continua a la población. Se plantea una mejora holística ya que al disminuir la ansiedad de las madres permitirá una mejor adaptación al proceso hospitalario de los niños si estos perciben el hospital como un espacio seguro. Es así que entender la hospitalización como un evento que no solo afecta a los niños sino a los familiares de los hospitalizados puede llevar a la necesidad de políticas de acompañamiento no solo desde el trabajo social y financiero, sino agregar un enfoque de salud mental.

Para ello se lleva a cabo un trabajo con enfoque cualitativo, paradigma interpretativo y método exploratorio-descriptivo. Se entrevista a profesionales de la psicología clínica cuyo campo de actuación sea el hospitalario, para comprender la experiencia de maternidad en hospitales y las manifestaciones

de angustia que se presentan en estas instituciones. A su vez, se analizan grupos focales, se aplica el TAT y se realizan entrevistas focalizadas/semiestructuradas para entender la realidad de la situación a través de las protagonistas de este estudio: las madres.

### **Planteamiento del problema**

En base a la atención a las madres de niños hospitalizados como experiencia de las prácticas preprofesionales en un hospital especializado en la atención de niños y adolescentes, se ha podido extraer que más allá de los diagnósticos y pérdidas, el malestar se remontaba más allá. Se escucha generalmente que el trabajo hospitalario es limitado, pero creo que la psicología tiene mucho por ofrecer con aquellas víctimas secundarias de los acontecimientos que en el hospital se viven: las madres. Por ello se abre esta pregunta sobre hasta qué punto el ámbito hospitalario propicia condiciones de angustia en quienes se insertan en él. Luego, es importante definir la experiencia de maternidad en este nuevo espacio suspendido, como es vivida la hospitalización. Por último, es correcto preguntarse acerca de la angustia de las madres y su relación con la hospitalización y con el hecho de asumir su función en condiciones estresantes.

Seldes citado en Belaga (2004) dice acerca de la angustia tanto para Freud como para Lacan es un afecto que no engaña. Aparece dejando al sujeto en desolación y causa malestar precisamente porque no tiene objeto hacia dónde dirigirla ni como significarla. El concepto de angustia, ampliamente trabajado desde el psicoanálisis, no es tema central en las investigaciones internacionales ni nacionales. Sin embargo, se encontraron conceptos como la ansiedad que acercaban a la pregunta de investigación por sus manifestaciones. Ayuso-Murillo et al, (2019) en su artículo *Ansiedad en matronas y enfermeras no especialistas de hospitales del servicio madrileño de salud* hace referencia a lo manifestado por Spielberger quien postula que “una teoría adecuada de la ansiedad debe considerar este constructo como un proceso psicobiológico complejo, distinguiendo a su vez la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo que permanece relativamente estable en determinadas personas” (p. 166) .Se entiende la ansiedad como estado,

aquella que manifiesta el sujeto en su fase habitual, en su diario vivir, mientras que la ansiedad como rasgo es aquella que se dispara ante factores ansiógenos de la vida ante tareas específicas. No se puede atribuir todas las causales de la ansiedad a los contextos hospitalarios, pero si es importante tenerla definida y ver cómo se diferencia de la angustia.

La hospitalización, por su parte, es un evento en la vida que no pasa sin dejar huella. El estudio de Martínez-Martínez, Mejía & Landa-Blanco (2021) encuentra en los pacientes de la Sala de Medicina Interna una prevalencia del 67.4% de sintomatología depresiva y 51,1% de ansiedad en sus pacientes. Datos alarmantes, pero entendibles ya que “El proceso de hospitalización de un paciente incrementa los niveles de estrés y ansiedad, esto debido a incertidumbre, impotencia ante los cambios y la privación de autonomía”(p. 26). Un estudio encontrado en Ecuador, que habla de la carga de la hospitalización da cuenta que, según Macías & Zambrano, 2020, la poca colaboración familiar, el hecho que no exista comunicación efectiva respecto a los cuidados aplicados al familiar enfermo, y la carga emocional que conllevan este cuidado derivando en depresión, tristeza, ansiedad y estrés entre los cuidadores. Como podemos ver en los últimos estudios, la ansiedad afecta a personal sanitario, pacientes y familiares por igual. Estas son experiencias que he evidenciado en mi trabajo de prácticas, comentarios por parte de los padres como “esto es horrible” y “ya me quiero ir de aquí doctora” reafirman la demanda de atención. Empero, cada persona reacciona de forma diferente, algunos pueden hablar esta sintomatología, otros quedan sumidos en mucha angustia.

Con relación a las madres y sus configuraciones subjetivas, no se encontraron estudios de la configuración subjetiva de las madres de los pacientes pediátricos lo cual me parece un punto interesante a ahondar en esta investigación. Sin embargo, se encontró literatura anexa a la temática. Un estudio en Colombia de madres con hijos con discapacidad se encontró que “Este vivir en función del otro se representa en estos relatos, configuraciones subjetivas constitutivas por mandatos culturales y sociales del ser mujer-madre, que las invisibilizan” (Díaz & Ramírez, 2021) Es muy

marcada la entrega por parte de las madres que, en ciertos casos, llegan a descuidos extremos en pro de la salud de su hijo. En posición de desecho ante el Otro Institucional que les exige estar bien por alguien más. ¿De dónde vienen estas experiencias de maternidad? Sarmiento Benavides & Egas Reyes (2021) dirán que "Los recuerdos y experiencias que la mujer vivió durante la infancia le ayudan a crear y sostener el sentimiento materno, abrigando al lactante." (p. 109). Esto nos remite a lo propio de cada ser, y nos mueve a encontrar ¿qué es lo propio de cada una que se juega en su maternidad? Y sobre todo ¿Qué de sus propias experiencias con eventos hospitalarios propios pueden llegar a influir en su capacidad para manejar estas situaciones angustiantes? Por ello se introducen estas preguntas que serán eje para la investigación:

### ***Pregunta General***

¿Cómo se manifiesta la angustia en las madres ante la internación de sus hijos en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas?

### ***Preguntas Específicas***

¿Cómo se producen las manifestaciones de angustia?

¿Cómo se vive la experiencia de la maternidad en ámbitos hospitalarios?

¿Cuáles son las manifestaciones de la angustia en relación con la hospitalización pediátrica?

### **Objetivos**

#### ***Objetivo general***

Analizar las manifestaciones de la angustia de las madres ante la estancia de los hijos internados en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por medio de una investigación exploratoria-descriptiva para destacar la necesidad de apoyo psicológico en esta población.

### **Objetivos específicos**

- Identificar cuáles son las manifestaciones de angustia por análisis intratextual y entrevistas a profesionales de la salud mental.
- Explorar la experiencia de la maternidad ante la hospitalización de los hijos a través de análisis intratextual y entrevistas a profesionales de la salud mental.
- Describir las manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en Unidades Críticas Pediátricas, y sus relaciones con la hospitalización pediátrica y su rol materno por medio del TAT, grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

### **Justificación**

El concepto de angustia apenas cobró relevancia en la investigación psicológica tras la pandemia a pesar de que Freud la describe desde el siglo anterior. La OMS expone un aumento del 25% de prevalencia de ansiedad y depresión desde la pandemia lo cual muestra las secuelas que tiene en la salud mental hasta el día de hoy (OPS, 2022). Moglia, B. & Sy, A. (2024) en su estudio *Emociones y afectos: desafíos en la atención en hospitales* a través de entrevistas a 100 trabajadores, describe los aspectos que en ellos causó esta crisis humanitaria. Entre las emociones que se describen están el miedo, la tristeza, la angustia, la incertidumbre y el cansancio físico y mental. Entre sus conclusiones llegan a que el COVID-19 enfrentó a los trabajadores del área de salud a la angustia y el abandono institucional (quienes poco se preocupaban de su seguridad) y que todos vivieron una modificación a su subjetividad después de este hecho. Estudios como el presente buscan visualizar la necesidad de apoyo psicológico en contextos vulnerables como son las áreas hospitalarias.

Además, ayudar con la carga emocional ayuda directamente a la mejoría de los pacientes pediátricos. Estudios publicados como el de Pérez-Edgar y colaboradores encuentran que las madres con ansiedad transmiten este malestar a sus hijos poniendo a los niños hiperalerta ante las amenazas del entorno (Neurocom, 2017). Aportar a la salud mental de la madre repercute

en los hijos, en una hospitalización menos angustiante de lo que ya es y tiempos de recuperación mejores.

Para empezar el proceso de investigación se elaboró un anteproyecto con las consideraciones éticas y una carta de interés para pedir los permisos respectivos al hospital. Primero se realizaron las entrevistas a expertos con el fin de tener un bosquejo de preguntas armado y una idea de cómo aproximarse a estos fenómenos con las madres de manera precisa (ya que ellos describirán las variables) y respetuosa (sin angustiar a nadie). Tras elaborar los guiones de las técnicas seleccionadas, se trabajó en la recolección de los datos cualitativos. Idealmente se alistó un aula en la sala de conferencias bajo el permiso del Departamento de Docencia del hospital, sin embargo, no fue posible ya que al llegar al día de la entrevista las madres preferían estar cerca de sus hijos debido a su estado crítico lo que generaba angustia ante la distancia. Es por eso que se realizaron todas las entrevistas en la pequeña sala de reunión de UCIP y de UQ lo cual tuvo como ventaja que las madres estuvieran concentradas en la sesión, aunque con el riesgo de las interrupciones. Antes de tomar las pruebas se firmó el consentimiento informado y se grabó la sesión en presencia de la psicóloga de la institución. Una limitante clave fue la dificultad para recopilar datos y mantener la misma cantidad de participantes. Respecto a entrevistar a las madres con la metodología habitual de grupo focal no se pudo hacer dos tiempos ya que en Áreas Críticas pueden que estén ahí o pasen a otras secciones en cualquier hora del día. Al comienzo la muestra era de 9 madres, pero 2 fueron cambiadas de áreas y una tercera tuvo que regresar a su casa a descansar. Aun con las dificultades, se logró hacer el grupo focal, sin embargo, para futuras investigaciones se recomienda el uso de la entrevista semiestructurada ya que permite recopilar la información sin correr el riesgo de perder al participante.

En el primer capítulo se bosqueja la subjetividad del sujeto en la modernidad y cuáles han sido los factores que los han dejado sin marco de referencias de donde extraer significantes para simbolizar sus experiencias. Además, se hace una diferenciación entre la ansiedad y crisis de pánico,

desde el DSM y el cognitivo-conductual y de la angustia y las urgencias subjetivas, desde autores con corriente psicoanalítica. Por último, se brindan 2 viñetas que permiten apreciar manifestaciones de angustia y los aportes de la terapia psicológica a estas madres.

El segundo capítulo explora la conceptualización de la maternidad desde la sociología, el arte, la psicología social y el psicoanálisis. Se estudian conceptos como deseo materno, novela familiar, herida narcisista y transactivismo. El objetivo es mostrar la maternidad como hecho angustiante en sí mismo, para ciertas personas, aún sin estar en hospitales.

El tercer capítulo se denomina Hospitalización pediátrica y analiza las interrelaciones entre persona, discursos y fantasías que ocurren en el mismo. Se caracteriza las Unidades de Cuidados Críticos Pediátricos, la reacción del paciente pediátrico y sus padres según el área en la que se encuentren. Se termina narrando los efectos subjetivos de la hospitalización como son las fantasías de muerte y la posición subjetiva frente al pronóstico y diagnóstico de los pacientes.

En el cuarto capítulo bosqueja la metodología de la presente investigación. Es de enfoque cualitativo, paradigma interpretativo y método exploratorio (debido a la poca información de este tema a nivel nacional) y descriptivo (ya que busca detallar y visualizar la angustia en la praxis hospitalaria). Las herramientas utilizadas fueron las siguientes: entrevistas a profesionales en el área de salud mental, la aplicación del Test de Apercepción Temática a madres con hijos en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a sí mismo como un grupo focal y entrevistas semiestructuradas. El quinto capítulo, el análisis de la información se realiza mediante análisis temático bajo las siguientes categorías: angustia, maternidad y hospitalización pediátrica con el fin de encontrar puntos de convergencia en los datos obtenidos por medio de las técnicas e instrumentos ya mencionados.

## ANTECEDENTES

A nivel nacional, las investigaciones en contextos hospitalarios se centran en investigar diversas manifestaciones emocionales en madres con hijos hospitalizados. En representación está un estudio realizado por Faisán & Carvajal (2018) quienes buscaron medir el impacto psicológico en madres con hijos internados en la Unidad de neonatología a través de pruebas psicométricas. Encontraron que manifestaron estrés, ansiedad y en menor medida depresión, describiendo como factores ansiógenos los siguientes: en primer lugar, no poder ejercer su rol como madre, la extensión de los días hospitalizados, el no poder hacer contacto físico con los neonatos, el diagnóstico y la alimentación.

Respecto a la maternidad, Sarmiento & Egas (2021) perteneciente a la Universidad Nacional del Chimborazo y a la PUCE de Ecuador, realizaron una recopilación bibliográfica titulada *Estrago y función maternos en madres adolescentes- Un recorrido teórico y clínico*. Su objetivo fue analizar conceptos como estrago y función materna en embarazos adolescentes. La metodología fue recolectar la información (desde abordajes teóricos que se reflejan en la práctica psicoanalítica) en bases de datos científicas reconocidas, tesis de graduación en repositorios universitarios y organizaciones no gubernamentales y otros. Uno de sus aportes fue afirmar que la maternidad es una función que puede ser ocupada por todo aquel que acoja de manera apropiada y oportuna, ocupando el lugar de Gran Otro. Además, explica que la maternidad se construye a partir de las experiencias y vivencias respecto a sus propias madres y que, en esta población específica de madres, el embarazo es un hito para pasar a la adultez.

Por su parte, Macías & Zambrano (2019) pertenecientes a la Universidad Técnica de Manabí-Portoviejo-Ecuador elaboraron una investigación cualitativa titulada *Comportamiento de los familiares de los niños menores de cinco años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Manabí*. Se persiguió analizar el comportamiento de los familiares de los usuarios menores de 5 años con patologías diferentes ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Cevallos Balda. Para ello

se realizó un estudio descriptivo, con análisis cualitativos y cuantitativos de los datos con una población de estudio que constituyó 35 familiares a los cuales se les aplicó encuestas estructuradas. En conclusión, se encontró que los cambios en el comportamiento del cuidador se lo considera un síndrome que se caracteriza por problemas en la esfera psíquica destacando la ansiedad y la depresión, los cuales parecen manifestarse como una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo.

En resumen, a nivel nacional no se logró ubicar artículos relacionados con la angustia. Lo más cercano fue el concepto de ansiedad en contextos hospitalarios tomando como población a las madres. Respecto a la maternidad, en la literatura ecuatoriana hay un gran interés por la maternidad en la adolescencia, puesto a que es un fenómeno social común, y no hay tanta bibliografía de la maternidad joven, adulta y tardía. Estos estudios sirven para acercarse a la problemática ecuatoriana y vislumbrar la falta de conocimiento en estas áreas. Con Sarmiento & Egas (2021) se verifica que la maternidad es una construcción a partir de los recuerdos y experiencia de la infancia lo que permiten el sostenimiento de la experiencia materna. Del estudio de Macías & Zambrano (2019) y Faisán y Carvajal (2018) y Macías y Zambrano (2019) abordan las afectaciones emocionales que sufre el cuidador como efecto colateral del proceso de hospitalización. La angustia es un concepto que se trabaja desde el psicoanálisis y es un afecto, que, aunque no es descrito por la literatura nacional no significa que no exista el fenómeno.

En el ámbito Latinoamericano, están Almeida & Aires (2023) pertenecientes a la Universidad Federal de Bahía, B.A. en Brasil, quienes realizaron una investigación cualitativa de carácter exploratorio titulada *La Clínica Psicoanalítica de Urgencia Subjetiva en el Hospital Universitario: Construcción de un Caso Clínico*. El objetivo general fue investigar las posibilidades de un abordaje psicológico por medio de la corriente psicoanalítica en un hospital universitario de Salvador, considerando las experiencias en una residencia multidisciplinaria. La metodología utilizada fue cualitativa de carácter exploratorio, en la que se realizó una revisión teórica sobre el tema y se construyó un caso clínico. Como resultado importante está

el discutir el tema del surgimiento de la angustia, la urgencia subjetiva e incentivar nuevas investigaciones, reintroduciendo la cuestión de la subjetividad en el contexto hospitalario. Además, evidencia en el caso la posibilidad de un tratamiento de la angustia y llevar al paciente del desamparo subjetivo en el que se encontraba a la elaboración de los significantes para ayudar a enunciar su malestar.

En Colombia, por su parte, Díaz & Ramírez (2020) pertenecientes a la Universidad Católica Luis Amigo y a la Universidad Pontificia Bolivariana, entregaron su trabajo de investigación cualitativa titulado *Experiencias de cuidado y configuraciones de niños y niñas con discapacidad*. Su objetivo principal fue investigar acerca de las experiencias de cuidado y las configuraciones subjetivas de mujeres madres de niños con discapacidad. Aquí desde la perspectiva feminista se analizan los relatos con el método de Producciones Narrativas. Se concluye que es importante reflexionar sobre el cuidado como labor exclusiva de las mujeres, especialmente de personas con discapacidad, a partir de propuestas como la coeducación, que no solo tendría en cuenta la equidad de género en asuntos de cuidado, sino también la reflexión educativa a favor del reconocimiento de la diversidad humana.

Asimismo, Tautiva et. al, (2022) de la Universitaria de Ciencia de la Salud, Bogotá DC, realizaron una revisión bibliográfica titulada Estrategias de afrontamiento en familiares de paciente críticos. Su objetivo general fue describir las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes críticos. Respecto a su metodología se bosqueja una revisión integradora de literatura en las bases de datos y metabuscadores Pubmed, Lilacs, Epistemonikos, Cuiden, Scielo, Cinahl y Clinicalkey, obteniendo 13 artículos: 7 estudios cuantitativos observacionales, 4 cualitativos fenomenológicos y 2 revisiones sistemáticas. En conclusión, se encuentra que la respuesta emocional usada por los familiares como estrategia evidencia la necesidad de que los enfermeros garanticen espacios de acercamiento y expresión de sentimientos, aunque este lugar es uno que el psicólogo clínico debe ocupar. Los servicios de salud deben priorizar el trato humanizado y una comunicación acorde con las necesidades de los familiares.

En contextos latinoamericanos, si se encuentra más bibliografía relacionada con el tema, aunque aún es escasa en su extensión, esto contrasta con lo que ocurre a nivel nacional. Los tres artículos muestran como punto de convergencia las complicaciones emocionales que sufren los que acompañan al paciente (sean padres o personal de salud). En el estudio de Díaz & Ramírez (2020) lo ejemplifica cuando concluye que las madres de niños con discapacidad invisibilizan su propio ser en una postura sacrificial de acuerdo con los ideales sociales de maternidad. Aunque en los contextos hospitalarios no todos los casos tienen que ver con discapacidad, si hay esta necesidad de cuidado más precisa por la condición de fragilidad que vive el niño. También lo recalca, Tautiva et al (2022) quienes sostienen que los familiares pueden llegar a padecer el síndrome familiar por cuidados intensivos por el desgaste de su rol. En el caso de Almeida & Aires (2023), las actitudes de la paciente traían malestar al personal médico, es así como se evidencia que los ámbitos hospitalarios manejan múltiples dinámicas e interacciones que se afectan mutuamente. Además, trae la aportación de usar la angustia como brújula para localizar aquello que desbordó a la paciente para construir algo más, entre ello, una nueva relación con su entorno.

Por el lado internacional, Sierra, Ortega & Zubeidat (2003) realizan un trabajo de investigación titulado: *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. En este persigue el objetivo de encontrar características diferenciales por medio de la bibliografía. Como resultado se diferenció que el estrés es una respuesta del individuo cuando las presiones exteriores sobrepasan su capacidad de resolución. La ansiedad se trata de una reacción motora que no solo tiene indicadores psicológicos sino también físicos. La angustia, por su parte, la definen como una reacción paralizadora que tiene el individuo ante un peligro que puede afectar a su integridad tanto física como psicológica.

Paricio y Polo (2020) las cuales forman parte de Centros de Salud Mental en Madrid, realizaron un trabajo de revisión titulado *Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas*. Su objetivo general fue proponer una guía de exploración y abordaje terapéutico narrativo

para ayudar a las mujeres que se atienden a cuestionar los discursos sociales que les provocan malestar. Para ello como metodología se optó por una revisión bibliográfica y el aprendizaje que proviene de su experiencia en su consulta. Como resultado está que el malestar que acompaña a la vivencia de la maternidad no es privado, sino que corresponde al orden de lo social, nutrido por expectativas y demandas.

Delgado, Rincón & León (2020) del Servicio Andaluz de Salud, realizaron una revisión bibliográfica en su estudio titulado *Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica*. Su objetivo general fue el de investigar cómo influye el apoyo emocional familiar en los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos. Realizaron una búsqueda bibliográfica del tema de estudio en diferentes bases de datos nacionales como Cuidenn plus, Ime, Lilacs, Dialnet plus, Psycinfo e internacionales como Pubmed, Cinahl y Scopus. Se utilizaron 18 artículos de los cuales 5 eran estudios cualitativos, 6 eran estudios cuantitativos, 2 eran estudios mixtos y 5 eran revisiones de la literatura. Como conclusión está que las necesidades de los familiares de paciente de UCI son las necesidades emocionales, la necesidad de ser informados, la necesidad de proximidad y la de seguridad.

Con relación a la bibliografía en ámbitos internacionales, en su totalidad proveniente de España, fue difícil encontrar la variable de angustia (a parte del texto encontrado) y tampoco su relación o incidencia en contextos hospitalarios. En adición, la conceptualización de la angustia usada solo considera las aportaciones freudianas, dejando por fuera el avance teórico que trae Lacan. Esto se debe a que en España prevalece el enfoque cognitivo conductual, donde este concepto no es abordado con frecuencia. Todos los artículos aquí presentes concuerdan en que las necesidades emocionales de los diversos grupos estudiados son una prioridad y no un privilegio. Apuntan a visibilizar, desde la especificidad de sus poblaciones estudiadas, como el malestar afecta, en el caso de madres su identidad y proyecto de vida, en el de los familiares de UCI la oportunidad de una mejora integral de los pacientes

y en el estudio conceptual diferenciar las expresiones emocionales para favorecer su identificación. Aquello que no se visualiza, no se puede intervenir.

En conclusión, no se encontró ningún trabajo que relacionara con el abordaje de madres angustiadas en contextos hospitalarios. En los estudios a nivel nacional, en Ecuador, no se nombra la angustia, a nivel de Latinoamérica se habla de angustia y urgencias subjetivas e internacional (España) la definen más no aterrizan a su praxis este concepto. Respecto a la posición subjetiva de las madres el abordaje más cercano fue encontrado en estudios feministas con metodologías constructivistas. Los 3 artículos muestran la maternidad como un factor estresante debido a lo que se entiende por ella y las exigencias sociales que se refuerzan aún más en el ámbito hospitalario. Por último, hay una gran cantidad de bibliografía que logra visualizar el malestar psíquico y emocional que sufren los familiares de niños hospitalizados en áreas críticas lo cual permite describir las reacciones que esta población presenta respecto a este entorno.

# CAPÍTULO 1

## Manifestaciones de la angustia

### Decaimiento del nombre del padre en la época actual

El Nombre del Padre es una ley que nombra y regula y se ha vuelto endeble y frágil en los últimos tiempos. Farré (2016), hablando de la decadencia de los sistemas sociales explica que:

El desfallecimiento contemporáneo de la función del Nombre del Padre (N.P.) como operador de la castración muestra sus efectos; alterando el mecanismo de la represión, y a partir de esta alteración se pueden observar en la clínica actual, diferentes respuestas sintomáticas en la tramitación de la angustia, comprometiendo más bien el ser del sujeto (actos compulsivos) y situando el goce por fuera de la elaboración simbólica que enlazándolo a la Ley simbólica. (p. 5)

Este desfallecimiento se ha dado por varios motivos, entre ellos la desconfianza en todo lo que rija desde posiciones de autoridad: padres, sistemas judiciales corruptos, sistemas de salud colapsados, universidades corrompidas. Es una crítica continua, las estructuras sociales no responden cuando el sujeto pone a la pared al Otro a producir el saber; no acoge, no legisla, no limita. Lacan se pregunta cómo sobrevive una estructura sin el Nombre del Padre y encuentra en un erudito como Joyce, quien se anuda a través de una nueva invención: el cuarto nudo. En el caso de Joyce es la lectura. En las adolescencias actuales los videojuegos, la imagen de las redes sociales, las toxicomanías, los nuevos nombres del padre que no aseguran estabilidad, pero sí un anudamiento. A esto se debe que las subjetividades sean más frágiles. Y esto se debe en parte a que estamos ante una cultura que goza sin ley. Es aquí donde sirve darle un vistazo a la época actual síntoma y precursora de las fragilidades actuales. (Farré, 2016; Solano, 2019; Sotelo, 2007)

Las ciencias sociales tienen un rol fundamental en la sociedad porque buscan, a través de sus escritos y relatos, hacer una radiografía de ella. Quien mejor para hablarnos de los males que aquejan a la sociedad que aquellas que tienen por labor no solo vivir dentro de ella, sino que cuestionarla,

investigarla y validarla. Desde la teoría freudiana, es bueno analizar a las personas, quienes sintomatizan de acuerdo con sus sociedades. El ello, el yo y el superyó son parte de la segunda tópica de Freud, de estos me interesa el Ello el cual es lo más primitivos del yo, pasional y desenfrenado, quiere ser satisfecho en ese mismo momento, por ende, el superyó (la ley interiorizada) debe forjar límites. El ello remite a lo propio, no obstante, avanzando en la teoría Lacan crea su concepto de goce. El goce será, lo que va más allá del principio de placer. Conocido por la sociedad, pero bajo otras formas.

Seguimos el hilo que nos propone Freud, La civilización supone como ideal el dominio del empuje pulsional... La renuncia al goce pulsional que requiere la civilización, conlleva según Freud a acrecentar la fuerza del superyó y consecuentemente, la culpabilidad. Lacan hace un paro más y da al superyó y el valor de imperativo de goce, vociferando en el silencio pulsional un “¡Goza!” (Solano, como se cita en Seldes, 2019, p.14)

El goce es una satisfacción paradójica, más allá del principio del placer no hay más placer, hay insatisfacción. Un ejemplo es comer en exceso, sin la limitación hay malestar y dentro de la ausencia de leyes hay algo dentro y propio que nos empujará a Gozar.

Desde la psicología social, hay un caso que contribuye a la teoría explicada con anterioridad. El Canal Británico *Channel 4* decidió evaluar las diferencias entre las personalidades de niñas y niños a través de un experimento. El experimento consistía en confinar a 10 niños y 10 niñas (cada una en una casa) por una semana. En la casa contaban con todo: alimentos, ropas, dinero, 2 cuartos. Los resultados fueron: en los niños una casa destrozada y caos total, y en las niñas organizaron rutinas, aunque sus tensiones fueron por parte de riñas interpersonales (Carbajo, 2023). Aquí cabe destacar que, ante la ausencia de la ley, cada uno queda enfrentado a su propio goce. La sociedad actual se parece mucho a esta casa, estamos en una lógica capitalista, fuertemente hedonista de oferta y demanda. Si todo es accesible, ¿qué sirve de borde ante el desenfreno pulsional que estamos impulsados a vivir?

Báez (2019), en su artículo *Las princesas rusas no babeán*, cita a Žižek (filósofo) en relación con lo que ocurre en nuestra sociedad moderna:

Lacan lo expresó muy bien cuando cambió la fórmula de Dostoievski según la cual si Dios ha muerto todo está permitido por esta otra: si Dios ha muerto, todo está prohibido. Nos encontramos ante el fundamentalismo de la liberación. Creo que el psicoanálisis es hoy más necesario que nunca. (p. 135)

Es una paradoja interesante, si Dios, quien aquí hace metáfora de la ley que prohíbe, pero posibilita, ya no está entonces no me quedan opciones que desear. Si la ley ha muerto, ¿quién me limita con la promesa de que esa renuncia traerá otras opciones? Creo que eso deja la responsabilidad volcada hacia uno, es hacer que la regulación venga de mi lado, sin darse cuenta de que en la actualidad los sujetos ya no saben cómo regular su goce en una sociedad con extrema permisividad. Como cita Depetris (2020; como se cita en Negro, 2018) “Al ser mandato, el goce es padecimiento, ya no es algo que se elija, sino que se impone. El superyó escinde deseo y goce y hace del deseo, uno insatisfecho, y del goce, uno padeciente” (p. 193).

El hedonismo también puede ser un mandato superyoico, un imperativo a gozar y es por ello por lo que el psicoanálisis debe fungir como un nombre del padre que no da acceso a desahucerte del superyó y gozar sin medida, sino que apunta a la responsabilidad del sujeto, cada uno con su goce, el cual se es inconsciente y que en un análisis se busca bordear.

Baez (2019) cita a Žižek (2003) en su conferencia *La estructura de la dominación y los límites de la democracia*, quien relata acerca de los objetos de la época, como lo son el café sin cafeína o los laxantes de chocolate de los cuales dirá que, si bien antes el ideal era disfrutar con moderación, ahora los productos ya vienen prohibidos por su cuenta, la moderación ya no es algo que el yo aplique, sino que el objeto me viene sin prohibición desde afuera. Consumir sin los riesgos reales de dichos bienes. Consumo sin restricciones.

Asimismo, desde la literatura, Abdou Abdia en su cuento *Divertimentos- Relojes* (1989) dice que las sociedades inventan instrumentos con los que buscan entenderse a su conveniencia, con los cuales se miden y

plasman mucho de lo suyo. Hace una analogía de los tiempos actuales con el cambio en el diseño y tecnología de los relojes al decir que:

Ha perdido su rumbo circular y carece de límites. Es apenas un presente instantáneo. El futuro es un desierto blanco y helado. El pasado se esfuma. Es un abismo también blanco que se abre y desmorona detrás de nuestros talones con cada paso que damos. Yo no sé si otros verán lo que yo veo ahí: una soledad infinita. El abandono. La total desprotección. Esos relojes han venido a enseñarnos nuestra orfandad. La gran mesa redonda que juntaba tantas cosas que no existe más. (p. 26)

La era del vacío, el desamparo mismo, secuelas mismas de vivir en la hipermodernidad, término traído por Gilles Lipovetsky. Él plantea que estamos en la época del hiper capitalismo, hiperconsumismo, hipermercado, todo es exceso. Explica que ya no estamos en la hipermodernidad, la 3era etapa de un proceso llamado modernidad, la cual se caracteriza por ser consumista y excesiva. Estamos en la época de lo efímero, donde la moda es referente, todo es fugaz, fantástico y poco constante. El enfoque es el presente eufórico y fugaz, caracterizado por el encanto de la imagen, donde hay que acumular libido y experiencia, donde “el individuo es más libre y a la vez más frágil” (La travesía, 2023, 4m38s) Retoma el término de metarrelatos modernos, de Lyotarde, para explicar que los grandes referentes como la iglesia, las instituciones de justicia, de educación, y otros, ya no son creíbles, no hay como confiar en ellos. Por ende, las ideologías no son firmes y la atención mediática cambia a la velocidad de un scroll (acción de deslizar la pantalla). Los hechos sociales actuales reciben gran cobertura, pero permanecen en la consciencia colectiva por poco tiempo. “La fragilización de la personalidad, el individuo más fluido está también más desestabilizado y no tiene defensa en una estructura superior. Está abandonado a su suerte, abandonado a sí mismo” (La Travesía, 2023).

Este sujeto hipermoderno, narcisista y hedonista, con moral irrisoria, ideologías endebles, frágil e inestable, con subjetividades más al borde del colapso y los ataques de ansiedad, ¿cómo hacen ante lo contingente de la

vida? Las crisis siguen ocurriendo, las muertes, la angustia, lo real, el trauma, todo ello seguirá apareciendo ¿No estará más predispuesto a quebrarse ante la angustia que la misma vida trae y a la cual se enfrenta sin aviso? Y a pesar de tener cada uno con su fantasma, ¿por qué aquellos significantes con los que se arman no le alcanzan a recubrir su vacío y desembocan en angustia?

### **Fracasos del fantasma**

Se le atribuye a Aristóteles (384-322 a.C.) la formulación del concepto de subjetividad, usada ampliamente en la filosofía, pero que permea otras ciencias como es la psicología. Usó la palabra “Hypokeimenon” para nominar “lo subyacente” o “el sustrato” siendo la sustancia misma del sujeto, sus propiedades, aprendizajes y pérdidas. Luego vendría Descartes con el “pienso y luego existo” determinando una nueva dimensión que da a la realidad un espacio más abstracto, con asiento en el yo y que remite a lo propio. La subjetividad se define como un “Conjunto de percepciones, valoraciones y conceptualizaciones que son propias de un individuo y su manera de ser” (Equipo editorial Etecé, 2023, párr. 1). Desde el psicoanálisis, estas subjetividades remiten al concepto del yo, que será la parte más consciente del ser humano, mas no la única que habita en él. Y su génesis, desde Freud, se describe a continuación:

La teoría psicoanalítica intenta explicar la génesis del yo dentro de dos registros relativamente heterogéneos, ya sea considerándolo como un aparato adaptativo diferenciado a partir del ello en virtud del contacto con la realidad exterior, ya sea definiéndolo como el resultado de identificaciones que conducen a la formación, dentro de la persona, de un objeto de amor catectizado por el ello. (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 457)

Tomando de base a la filosofía, el psicoanálisis apuesta por la búsqueda de la etiología de esto que es propio, pero que luego veremos que se forma al contacto con el Otro. Freud en su segunda tópica que se encuentra en su escrito “El yo y el ello” (1923), caracterizará instancias psíquicas: El yo, el ello y el superyó. El yo, lo más consciente del sujeto, es libidinizado o envuelto por el ello (lo más primitivo y pasional del sujeto) y a su vez se

diferencia de este al entrar en contacto con la realidad exterior. Desde ahí vemos que el entorno bosquejará, limitará y a su vez proveerá de identificaciones para formar al yo. Entonces hay 2 instancias que la conforman: ello y la realidad externa, de esta última se obtienen leyes y regulaciones que serán próximamente introyectadas que se denominarán superyó. Hasta aquí, bosqueja la psiquis Freud.

Lacan, J (1957-1958) en el Seminario V va a retomar el mito del Edipo, propuesto por Freud, para hablar de la configuración del sujeto, determinado en tres tiempos. El primer tiempo corresponde a la alienación donde el concepto que se usará es denominado Deseo Materno. Es importante aclarar que desde esta corriente no se habla necesariamente de personas que cumplen estos roles sino de funciones que pueden ser ocupadas por quien cumpla este oficio. El *infans* nace en un deseo no anónimo, esto significa que en la fragilidad en la que viene al mundo necesita de Otro que lo acoja, cuide y desee. Alguien que desde el comienzo lo enuncie y le dé un lugar en este mundo al que vendrá a introducirse. El deseo materno es fundamental porque es el comienzo de una subjetividad, si no fuera así ¿cómo nombrarse en un entorno donde no se lo espera? “En el primer tiempo y en la primera etapa, se trata, pues, de esto el sujeto se identifica en espejo con lo que es el objeto del deseo de la madre” (p. 198). El *infans* busca satisfacer el deseo de la madre, colmarla volviéndose en ella un fin en el cual enunciarse. No obstante, la madre no debe englobar ni absorber a su hijo, con quien al comienzo siente completud. Por ello, debe aparecer un segundo momento donde se da la separación.

Aquí se instaura un tercer elemento que medie entre ambos (madre e hijo) para que no sea objeto y pueda nombrarse sujeto. El segundo tiempo es la intervención del Nombre del Padre. Respecto a esto, Lacan, J. (1949), en *Escrito 1* dirá que “La función del padre en el complejo de Edipo es la de ser un significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el significante materno” (p. 179). Para que el Nombre del Padre se instaure, debió darse el 1er tiempo, no se puede ejercer ley si no hubo un sujeto deseado y sin que la función materna admita esta ley:

El estrecho vínculo de esta remisión de la madre a una ley que no es la suya sino la de Otro, junto con el hecho de que el objeto de su deseo es soberanamente poseído en la realidad por aquel mismo Otro a cuya ley ella remite, da la clave de la relación del Edipo. (Lacan, 1957-1958, p. 199)

Se denomina Nombre del Padre no a una persona, sino a la ley, a la palabra y su efecto como separador de la madre colmada, para que se dé la falta constitucional. Es quien prohíbe para permitir desear por fuera de esta completud idílica en un mundo que constantemente confronta con la falta. Este fragmento muestra cómo esta ley preexiste a la madre y rige a todos. Y aquello que preexiste a su vez, es el lenguaje, se nace en un mundo que ya tiene sus propios códigos; el cual se toma la libertad de nombrar y describir aún sin que el sujeto se lo autorice. Se nace rodeado de dichos acerca de quién se es y que van dando forma a la realidad y que a su vez permiten hacer lazo con el otro. Es en esta prohibición donde se permite el recorte al exceso, donde con la prohibición de la ley del incesto, si ya no deseo ser todo para mi madre entonces puedo desear algo más (Lacan, 1957-1958).

El tercer momento es el aquel en que el niño acepta esta separación con la promesa de que podrá desarrollar su deseo lejos de la madre. La prohibición que ejerce el Nombre del Padre posibilita desear:

En tercer lugar, el padre se revela en tanto que él tiene. Es la salida del complejo de Edipo. Dicha salida es favorable si la identificación con el padre se produce en este tercer tiempo, en el que interviene como quien lo tiene. Esta identificación se llama Ideal del yo. Se inscribe en el triángulo simbólico en el polo donde está el niño, mientras que en el polo materno empieza a constituirse todo lo que luego será realidad, y del lado del padre es donde empieza a constituirse todo lo que luego será superyó. (Lacan, 1957-1958, p. 200)

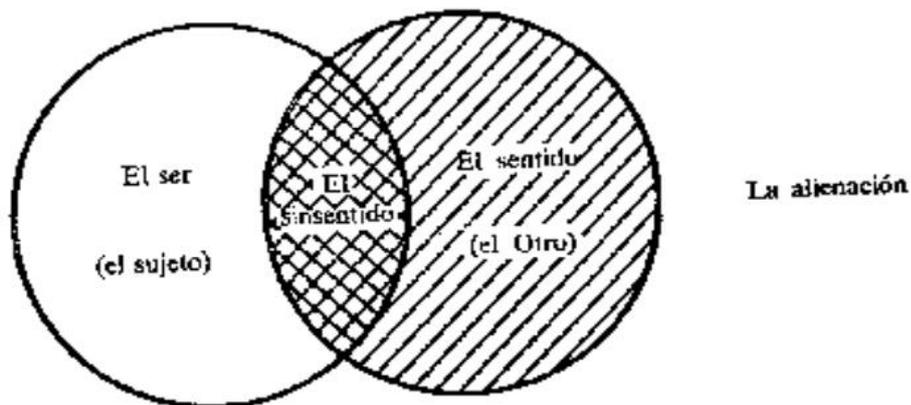
Es así como finalizan los tres tiempos del Edipo en el cual, si se completa, dará paso a un sujeto neurótico acogido en el lenguaje y en falta perpetua lo cual le permite estar siempre deseando. Hasta aquí, la constitución del yo según la teoría freudiana-lacanianiana que explica cómo nace

nuestra subjetividad o el yo. No obstante, Lacan no se queda aquí, sino que toma las teorías freudianas con el fin de ser base para construir las propias. Lacan también trae este proceso de estructuración subjetiva con el fin de introducir sus invenciones: el objeto a y el fantasma (Sobre Psicoanálisis, 2023)

¿Cómo se entiende la constitución de un sujeto deseante en Lacan? Esta se da bajo dos operaciones que el trae haciendo uso de la lógica clásica y las matemáticas y retomando El Edipo de Freud: La alienación y la separación. La alienación es traída bajo este esquema en su Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.

### Figura 1

*Cuadro sobre el concepto del "Otro" y su alienación*



**Nota:** Cuadro de autoría de Lacan (1964), extraído del Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.

Lacan, J. (1964), utiliza estos diagramas de Venn con el fin de esquematizar la lógica de la constitución de un sujeto. Hablará en este Seminario de que la alienación no es una disyunción inclusiva donde se elige una y otra, por ejemplo: "estará indignado o angustiado" donde se plantea que una o ambas variables sea correcta. Lacan utiliza la disyunción exclusiva (la cual denominará vel alienante) donde se elige una variable u otra. "La libertad o la muerte", "la vida o la bolsa" elegir una estrictamente lleva a perder la otra (Eidelsztein, 2009; Lacan, 1964)

Si escogemos el ser, el sujeto desaparece, se nos escapa, cae en el sin sentido; si escogemos el sentido éste sólo subsiste cercenado de esa porción de sin-sentido que, hablando estrictamente, constituye, en la realización del sujeto, el Inconsciente. En otros términos, la índole de este sentido tal como emerge en el campo del Otro es la de ser eclipsado, en gran parte de su campo, por la desaparición del ser, inducida por la propia función significante. (Lacan, 1964, p. 219)

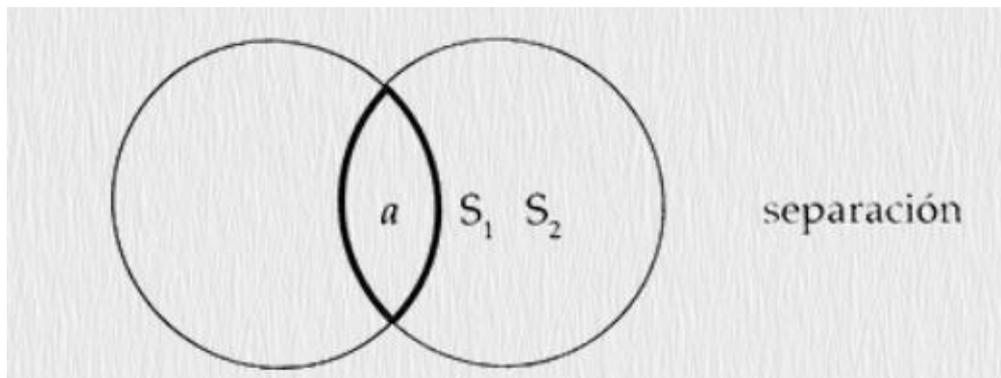
El sujeto se encuentra en una encrucijada. Para constituirse como tal primero deberá entrar en la alienación y en una disyunción exclusiva donde tendrá que perder algo. En este caso lo que media entre el ser (sujeto) y el sentido (el Otro) es el sinsentido. Este se pierde en esta unión, se otorga como garantía para encontrar un espacio en el Otro. El ser que no quisiera entrar a este proceso ni siquiera se constituiría, por ende, esto realmente no es una elección sino un proceso a atravesar. Por otro lado, si se quedara absorbido por el Otro (como es el caso de las psicosis) no habría un ICC singular que respondiera a lo propio del sujeto (Lacan, 1964; Sauval, s.f.)

Para Lacan, la alienación es una de las operaciones que da cuenta de la relación del sujeto (S) y el Otro (A), entendido este último como la estructura del lenguaje y definida como “[...] fundamental y nueva operación lógica”<sup>11</sup>, en la medida en que concibe los efectos sobre el sujeto debido a su nacimiento en un mundo de lenguaje constituido por su estructura, otros sujetos hablantes y cadenas significantes. (Eidelsztein, 2009, p. 77)

La alienación es fundamental para entrar al lenguaje, a un mundo con significantes que lo enuncian y con palabras que no le pertenecen, pero son dichas acerca de él. Es interesante que esta entrega deja en falta al sujeto, deja un resto que ya no se encuentra en él pero que tampoco se encuentra en el Otro.

## Figura 2

*Cuadro acerca del proceso de separación*



**Nota:** Imagen extraída de la página El fantasma de Sauval

La separación, por su lado, será una operación de intersección necesaria para la constitución del sujeto. Separarse del Otro implica construir algo nuevo a partir de este, de otro que nombra, pero de quien tomó ciertos significantes. Lo que queda de esta coyuntura es el objeto *a*, objeto de deseo que se pierde y es imposible de alcanzar. Del Otro agarramos el *S1* y *S2*. El *S1* se entenderá como significante maestro, aquel que funde como punto central de la cadena signifiante. Es el que enuncia y guarda relación con el fantasma, concepto que abordaré a continuación. El *S2* en cambio es la continuación del *S1*, articula, reorganiza en el discurso. Son los significantes que sirven de argumentos para el *S1* y que tienen como fin dar sentido al ser (Lacan, 1964). La fórmula del fantasma que Lacan planteó y que mostraré a continuación:

## Figura 3

*Matema del fantasma*

$$\mathcal{S} \diamond a$$

**Nota:** Elaborado por Lacan en su Seminario XIV: La lógica del fantasma

Aquí el primer signo corresponde al sujeto tachado, la falta que ha perdido el objeto a. Y como se sabe que nunca se llegará a esta completud otra vez, entre ambos está el signo del losange que indica un acercamiento y separación a la vez. Sin embargo, se puede estar demasiado de frente al objeto a porque esto angustiaría (Vargas, 2020).

El fantasma es una construcción del sujeto con la cual organiza su realidad bajo los significantes por los que haya optado mirar. “El fantasma es como una matriz, como una escena armada en la que se remienda algo frente al agujero de la existencia” (Sobre psicoanálisis, 2023, 7m40s). Al alienarnos, obtuvimos del Otro su lenguaje, sus dichos y buena parte de sus significantes. En la separación encontramos que este debe formar algo nuevo a partir de. Es por ello por lo que el fantasma es aquellos anteojos de una realidad construida por cada uno.

El fantasma es una construcción imaginaria-simbólica para responder ante el enigma del deseo del Otro, a la falta del Otro; cumple una función de obturación y velamiento de lo real. Implica un cuadro como sostén del deseo y como sostén de sí mismo, fijando determinado objeto pulsional... Se construye con las marcas del Deseo materno y del Nombre del Padre, en el contexto de las vicisitudes del Edipo resignificadas una y otra vez en la vida; articula algo de lo inarticulable del deseo en forma de anhelo. (Elgarte, 2007, p. 8)

Ya se explicó la constitución del yo a través de tres procesos: alienación, separación y salida del Edipo, camino por el cual se constituye un neurótico. Al final de este proceso termina un sujeto que ha perdido esta completud idílica, por ende, es un sujeto en falta. En falta de un objeto a, denominado como aquello perdido que jamás se recuperará, que nos mantendrá en búsqueda de algo que se le asemeje y que denominamos deseo, motor que impulsa a un trayecto llamado vida. Es por ello por lo que la misma está ligada con el deseo.

Y el deseo es metonímico, se desliza en la cadena signifiante, en la búsqueda – siempre fallida – del signifiante que complete la representación. No hay signifiante que signifique plenamente al

Sujeto, el significante escribe la diferencia, la hiancia insalvable que de él lo separa; encarna la imposibilidad misma de la representación. (Elgarte, 2007, pp. 10-11)

Este sujeto que desea del objeto a que nunca será el que perdió. Por ello siempre estará ante una imposibilidad de representación y confrontado ante la pregunta de qué soy para el Otro y la falta en ser.

Para resumir, el fantasma no es excluyente de nada de lo que vimos anteriormente. Es más, cuando Aristóteles habla de “Hypokeimenon” para hablar del sustrato y Freud habla del yo como aquello en formación por medio de identificaciones, esto íntimo, puro y primitivo es el fantasma. El fantasma es una construcción que se hace consciente en análisis cuando se busca su atravesamiento, pero que le da perspectiva a todo. Entre sus funciones está servir de velo a lo real, al objeto a que se pierde, siempre habrá algo que no alcancemos a tener (en función de deseo) ni alcanza a entender (respecto al sentido) y ante lo cual las respuestas que hemos logrado elaborar hacen borde a un vacío estructural. Nada más propio para el sujeto que su forma particular de ver la realidad, la cual tiene implicaciones en su lazo social, en su síntoma, en su deseo y que remite a su propio objeto a (Elgarte, 2007; Sobre psicoanálisis, 2023)

Sin embargo, ni el yo desde Freud y el sujeto desde Lacan están exentos a que a pesar su bien estructurada organización psíquica, sea presa de la angustia que en ellos puede caer. Ante un sujeto constituido con el Nombre del Padre ya no tiene la fuerza suficiente para ser quien ejerce la ley separa y posibilita y los fracasos del fantasma a nivel interno, para producir angustia debe existir algo desde lo externo que conecte y la configure. Aquello que va del lado del orden de lo real y el trauma.

## **Lo real, el trauma y la angustia**

### ***Lo real y lo unheimlich***

Hay dos conceptos que dan apertura a esto irruptivo, siniestro y que paraliza al sujeto en su esfera más íntima. Será lo unheimlich desde Freud y el registro de lo real desde Lacan.

Freud se comenzó a preguntar qué era aquello que nos aterriza. Diserta con Jentsch en su texto *Lo siniestro* de 1919, quien dirá que nos asusta lo imprevisto, lo que aparece de la nada y está fuera de nuestro control. Freud, por su parte, hablará de lo unheimlich que es algo que al comienzo parece tener una cara familiar y por detrás tiene aspectos siniestros (Freud, 1919). En los casos del hospital, es terrible que este hijo enfermo remita o albergue la posibilidad de muerte, los duelos no resueltos o todos aquellos significantes que no se pueden unir. Es, cuando el hijo libidinizado cae de esta imagen cuando en las Unidades Críticas Pediátricas se ve a un hijo, antes conocido, conectado con múltiples tubos y máquinas que asustan a la madre. A su vez dirá, que lo que asusta no es lo externo, sino lo propio: “Nuestra formulación final sería entonces la siguiente: lo siniestro en las vivencias se da cuando complejos infantiles reprimidos son reanimados por una impresión exterior, o cuando convicciones primitivas superadas parecen hallar una nueva confirmación” (Freud, 1919, p. 12).

Esta es la reactualización de los miedos propios. Cuando uno avizora un poco de su real. Puede que ante lo siniestro se regrese a la persona a un estado primario de desamparo. Retorna a un lugar en el cual no tenía recursos. Cada uno retorna a su manera, claramente.

Además: ¿de dónde procede el carácter siniestro del silencio, de la soledad, de la oscuridad? ¿Acaso estos factores no indican la intervención del peligro en la génesis de lo siniestro, aunque son las mismas condiciones en las cuales vemos que los niños sienten miedo con mayor frecuencia? (Freud, 1919, p. 11)

Freud habla de la infancia como un momento estructural, aún para hablar de los miedos. Dirá que el silencio, la soledad y la oscuridad son escenarios a los que todo temen. Es importante no quedarse en esta literalidad ya que a lo que apunta Freud con lo unheimlich es decir que esto nos sobrepasa, nos angustia en gran manera por el poco control que tuvimos en la infancia para hacer con ello y nos deja en las mismas condiciones en la adultez al enfrentarnos a un hecho similar (Freud, 1919).

Lacan, por su parte, entiende la psiquis como el anudamiento entre lo real, lo simbólico y lo imaginario. Diremos que en lo imaginario entra todas aquellas imágenes y significaciones que quedan en el plano de lo especular y la ilusión. Lo simbólico son las palabras, significantes, todas aquellas creencias, dichos y palabras que darán forma a lo que nosotros denominamos realidad y la regulan. Lo real no corresponde a la realidad ya que ésta formada por lo que nuestros sentidos pueden percibir ni nominar (Homer, 2016). No obstante, según Homer, S. (2016), en *Jacques Lacan Una introducción* explica que

Lo real es lo desconocido que existe en el límite de este universo socio-simbólico y está en tensión constante con él... Lacan define lo real como un cemento, como una materialidad bruta e indivisible que existe antes de la simbolización... lo real es una realidad presimbólica en bruto. (pp. 103-104)

Lo real escapa al registro de lo simbólico y lo imaginario precisamente porque no puede ser entendido y abstraído. Sin el velo de las palabras que lo expliquen, lo ligan a nuestros universos personales, al deseo de vivir, los sueños y metas que a la final terminan siendo nuestro simbólico protegiéndonos de lo poco que sabemos de lo real. Forastero, extraño, sin previsión, sí, es parte de los nudos borromeos pero no está inscrita, se escapa de nosotros. Es por ello por lo que toma carácter de unheimlich (siniestro) ya que, al no poder ser puesto en un discurso, adquiere carácter de trauma (Freud, 1919; Barcos, 2022; Homer, 2016)

¿Por qué algo de esta magnitud está en nuestra constitución si no nos pertenece? Porque nos recuerda que no somos dueños ni de nosotros mismos. Nos remite a la falta, ante esto no me puedo defender, solo lo que me alcance desde mi fantasma y mi síntoma. La realidad que escapa de mis sentidos, de la cual cada uno se arma su propia fantasía, es realmente inalcanzable.

Una persona en angustia puede no poder identificarla con este nombre, no obstante, sí puede aseverar que aquello dejó un antes y un después. En

las urgencias subjetivas encontraremos donde lo insoportable es indecible. Finalmente, Homer (2016), dirá que:

Es la pérdida lo que impulsa la vida a través del deseo, pero como recoge Ellie Ragland- Sullivan Los seres humanos se enfrentará a cualquier experiencia por dolorosa que sea antes que abandonar la familiaridad de lo simbólico y caer en el trauma y el vacío de lo real (p. 112).

Siempre se preferirá cualquier significación imaginaria, endeble, insostenible, todo con tal de no caer en la desesperación de lo real. Lástima que no siempre sea posible y se quede enfrentado a ella ya que es ahí es cuando deviene la angustia ante la lo ominoso de la vida y la falta inherente a la psiquis al perder algo que no se encuentra en la materialidad de la realidad:

Cuando Lacan -orientándose por la pluma de su maestro vienés- acuda a la cuestión de lo siniestro, de lo ominoso, de la dimensión de lo extraño y lo familiar a la vez, de aquello que debería haber quedado oculto y que sin embargo se manifiesta; expresara que todo parte de la castración imaginaria porque no hay imagen de la falta. Lacan propone que este fuera el momento constitutivo en donde comience la angustia: cuando hay carencia de la falta. En efecto, dirá, una dimensión desencadenante de la angustia como siendo la de la falta de ciertos puntos de referencia. (Farré, 2016, p. 4)

### ***El trauma***

Freud (1920) desarrolla en su texto *Más allá del principio del placer*, que todo sistema tiende a la homeostasis. Formuló que todo funcionaba desde principios de placer y displacer. Sin embargo, Freud abandona esta idea para darse cuenta de que la gente sufre, que hay contenidos displacenteros que se quedan en la mente sin aparente razón y trasgreden la homeostasis que el sistema psíquico debería tener (Freud, 1920).

Es aquí cuando advierte estructuras, conscientes que mantiene la homeostasis, pero también ICC de las que poco control tenemos e irrumpen en la paz de nuestros idilios. “Freud decía que el histérico sufre de

reminiscencias” (Barcos, 2022, p. 22). Es decir, adolecemos de lo que sabemos y de lo que no. Reminiscencias responde a aquellos hechos de la memoria lejano, casi olvidados o suprimidos por acción de la represión. Se sufre de lo que se logra apropiarse (historizar) pero a su vez de eso que se escapa de la representación, de aquello de lo que no estamos conscientes.

Se denomina trauma a aquella experiencia que deja huella en la psiquis. Freud S. (1920-1922) lo nombra como “Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme en la economía energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. Pero en un primer momento el principio de placer quedará abolido.” (p. 19). La concepción de trauma siempre fue definida como un evento que deja marca debido a la sobrecarga pulsional que este compone. Freud fue muy cauto en no hablar de eventos que ejemplifican con el fin de no limitar su concepto a situaciones específicas. No obstante, sí habló de las neurosis de guerra como un hecho que desencadenaba estos estados de catatonia e hiperalerta, que afectan el flujo de vida de las personas (Freud, 1920-1922; Barcos, 2022).

Barcos (2022), hablará de la coyuntura dramática del trauma, la cual define al comienzo como aquello que supera el esfuerzo ficcional. Primero hay que entender que el trauma es visto como exceso y déficit. Exceso en tanto sobrepasa al sujeto en su capacidad de simbolización y déficit porque nos lleva al desamparo, a sentirnos en ese momento primitivo en el que no tenemos cómo sostenernos por nuestra cuenta, desprovistos del Otro. Supera todos los recursos con los que el sujeto contaba para tratar de representar, de historizar este hecho en su vida. Y se denomina coyuntura dramática porque liga algo de lo propio y algo externo. Como se puede entender desde Farré (2016):

Luego de este sucinto recorrido tal vez podremos comprender, porque la angustia básica siempre se inicia clínicamente con una sensación de impotencia, quejas subjetivas de no poder llevar a cabo una tarea (cuestión que se refleja bastante bien en las fobias) o bien de encontrarse bajo la presión de una tarea imposible. Pero se comprende

también, que ese peligro externo solo asumirá todo su poder en tanto y en cuanto pueda evocar un peligro interno. (p. 3)

Como Freud lo explicó con el caso Dora, donde el evento de la risa del tendedero se liga a las caricias de un tendedero en un momento anterior. Esto quiere decir que no hay un significante que ate esa experiencia al discurso del sujeto. Un hecho no es traumático por la magnitud del acontecimiento sino por su capacidad de ligarse con un hecho íntimo y traumático anterior a la vida del sujeto, la escena A y escena B de la que habla Freud (Barcos, 2022).

Precisamente esta es una de las razones por las que el psicoanálisis no apuesta por la psicoeducación ni por anticipar hechos traumáticos porque plantea que lo relevante no es el hecho traumático en sí mismo, sino que sea capaz de conmover lo más íntimo del sujeto. Hay que saber que el trauma no es comparable, cada uno sufre de aquello que toca lo propio, lo subjetivo, aquello que lo acerca a su goce, que lo trae al displacer, y eso es del uno a uno (Barcos, 2022). No obstante, es imposible no aseverar que hay 2 eventos que atraviesan a todos los sujetos, vulnerabilizan y recuerdan lo endeble de la psiquis. Se los puede ver en la adolescencia ya que este momento de crisis por excelencia, moviliza los significantes que hasta el momento se tenían para forzar al sujeto a construir otros:

Suponemos que el abordaje de la transición adolescente nos permitirá desplegar las oscilaciones y vicisitudes de la tensión entre lo irrepresentable y lo representable. Tensión constitutiva e inevitable del sujeto que trasciende los tiempos adolescentes o bien podríamos decir que la pubertad nunca se cura: encuentro traumático con lo sexual en su cara real “que no cesará de no inscribirse”. Muerte y sexualidad, como las “cosas últimas” (Freud, 1984 [1901]:10): allí donde cesan las palabras. (Elgarte, 2007, p.12)

La sexualidad y la muerte son reales que no tienen un significado dado, simplemente se desplazan en poemas, historias, películas, frases, que se repiten y repiten a lo largo de la historia sin poder ser capturadas por la palabra. “Entonces, nombramos aquí la violación y la guerra como dos coyunturas que ponen en juego la sexualidad y la muerte, aunque ambas bajo

el signo de la violencia” (Barcos, 2022, p.39). Este autor resalta las violaciones y la guerra como dos eventos por default, traumáticos porque responden a dos reales, la no relación sexual y a la muerte, ambos ante los cuales no se sabe qué hacer. En la hospitalización, sobre todo en las áreas críticas y dependiendo de la magnitud del caso, la muerte aparece como un real que ya no se puede ignorar más. Seguimos el curso de la vida sin poder anudar en una misma frase los significantes de muerte y niño sin que esto angustie. La muerte nos acompaña toda la vida, pero en estas áreas se pone de frente como una posibilidad que nadie quisiera imaginar.

### ***La angustia***

La angustia es un concepto que desde la conceptualización de Freud hasta la de Lacan ha tenido algunas variaciones. En Freud la angustia es entendida como una sobrecarga pulsional en el sistema psíquico que necesita descargarse.

Dirá que el estado de angustia es “la reproducción de una vivencia que reunió las condiciones para un incremento del estímulo como el señalado y para la descarga por determinadas vías, a raíz de lo cual, también, el displacer de la angustia recibió su carácter específico” (Freud, 1926, 126). Se destaca así tanto el factor cuantitativo como la remisión a una vivencia primaria de la cual dicho afecto sería su evocación. (Vargas, 2020, p.74)

Freud entiende esta angustia que surge en un momento de peligro en el que se recuerda esta vulnerabilidad inicial. Es el desamparo inicial lo que traerá esta movilización psíquica y sobrecarga pulsional. Esta misma se divide en dos. La angustia realista que está puesta al servicio de la autoconservación. Por ejemplo, la sentida por los pacientes pediátricos cuando ven a un doctor acercarse con una jeringuilla y otros utensilios médicos donde el peligro es real y justificado. Otro tipo será la angustia neurótica que opera ante un peligro ideado o fantaseado. Aquí la amenaza es netamente especulativa como el caso de la hipocondriasis donde no está un peligro real, sino que las posibilidades que aparecen en la mente del sujeto son miedos irracionales. El asunto con esta es que aquí el peligro es pulsional

y mientras más se ahonde la angustia realista se notará que los límites entre ambas se difuminan. Siempre hay algo pulsional que se tema que invada (Laplanche y Pontalis, 1996; Vargas, 2020).

Pero, no se queda la angustia hasta aquí. “La angustia deja de ser un resultado de la represión para volverse un instrumento al servicio del yo para sus operaciones defensivas” (Garbarino, 2012, p. 18). Aparte de las ya mencionadas que logran sobrepasar la represión están la angustia automática, la angustia como señal y la angustia traumática.

La angustia automática, también mencionada por Freud, consiste en un aflujo de excitaciones que el yo no puede controlar. Aquí no hay desencadenantes aparentes y no se pueden evitar. Esto se debe a que se origina con el retorno de contenidos reprimidos o conflictos inconscientes que el yo no puede controlar. Por su parte, la angustia traumática aparece una situación traumática inmediatamente, no se controla y su origen puede ser externa o interna, no se puede anticipar y hay pérdida del equilibrio psíquico (Vargas, 2020).

Lo que angustia ocurre en esos momentos donde la represión es rebasada, como algo no permitido que llegue a lo consciente. Por otro lado, la angustia como señal es la que aparece cuando el yo alerta de un peligro inminente.

Los montajes fantasmáticos son inestables; vacilan y a veces caen, con la consiguiente emergencia de angustia en tanto presentificación del objeto a; o sea, por un lado, el fantasma calma la angustia, pero su vacilación nos enfrenta con la angustia señal y su caída con la angustia automática, con la experiencia de lo siniestro. (Elgarte, 2007, p. 9)

La angustia como señal es la que veremos en muchos casos de consulta, el paciente que llega a los servicios de psicología viene angustiado, prevé un peligro pulsional que la represión no le permite rastrear. La urgencia subjetiva sería como tal la vacilación de este fantasma en esta experiencia de siniestro, una experiencia de desamparo en la que el sujeto pierde todo horizonte ya que a su fantasma no le alcanzan los significantes para recubrir este real.

Lo que para Freud son un conjunto de excitaciones que salen a perturbar el equilibrio homeostático del sujeto, para Lacan, será un afecto y se entiende en términos de lenguaje. Esto quiere decir que mientras Freud habla de peligros externos e internos, en la medida de que algo se puede perder como en las angustias de castración (a nivel pulsional o de la realidad en los duelos), Lacan dirá que la pérdida ya se dio y es debido al lenguaje. Lo que angustia es que las palabras no alcanzan, lo simbólico se queda corto ante lo real (Sobre psicoanálisis, 2022; Elgarte, 2007). La máxima de su definición se condensa en la frase de Lacan (1962-1963) en su *Seminario X de La Angustia*, donde la denomina el afecto que no engaña.

La angustia se siente en el cuerpo y por ello no necesita verificación para saber que, aunque el sujeto queda en confusión precisamente porque no sabe de dónde viene esto que lo avasalla, no puede negar el rastro de la angustia sobre él. Esto se debe a que a pesar de que no engaña la angustia, rastrear de dónde viene requiere un trabajo analítico porque la represión se vuelve a armar después de la angustia sin dejar ver qué la causó (Sobre psicoanálisis, 2022; Elgarte, 2007). A pesar de esto, es un afecto que puede disfrazarse en diversas vías: angustia de castración, angustia ante el deseo del Otro, angustia en relación con el cuerpo, la pérdida del objeto a, entre otras. Es importante asentar que la angustia es una, y lo que entendemos como diferentes tipos realmente solo son modalidades del mismo afecto.

A su vez se ha dicho que la razón por lo que la angustia impacta es por no tener objeto y no se puede definir de dónde viene. Sin embargo, la angustia sí tiene objeto: el objeto a:

Sería el afecto producido por el Otro en el sujeto, cuando aquel se apodera frontalmente de éste. Aun apoyándose en el Caso Juanito, Lacan dirá: “¿No saben ustedes que no es la nostalgia del seno materno lo que engendra la angustia, sino su inminencia? Lo que provoca angustia es lo que nos anuncia [...] que volvemos al regazo. No es [...] el ritmo ni la alternancia de la presencia-ausencia de la madre. Lo más angustiante para el niño se produce, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es

perturbada, cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre encima, en especial limpiándole el culo...” (Lacan, 1962-1963, como se cita en Farré, 2016, pp. 6-7)

En la fórmula del fantasma, el losange es lo que acerca y a la vez aleja al sujeto del objeto a en una relación que permite mantener la homeostasis psíquica. No es tan solo la falta de la falta, sino el exceso de presencia del objeto a lo que angustia. Es cuando ese real aparece de frente, en ámbitos hospitalarios la muerte aparece de frente a tal punto que se vuelve innegable.

Se expresan así, tres modos precisos de situar la angustia, a saber, el goce del Otro, la demanda del Otro y un tercero, como aquella clase de deseo que se manifiesta en la interpretación, cuya forma adopta el deseo del analista. (Farré, 2016, p. 7)

Angustia que el Otro goce de mí porque me pone en posición de objeto en el cual no puedo responder como en la metáfora de la mantis religiosa. Angustian las demandas ya que el Otro me pone a producir algo que puede que el sujeto no sepa. Es la pregunta continua del fantasma, el ¿qué quiere el Otro de mí? O el ¿qué me quiere mi madre? Donde mi ser queda en respuesta de expectativas y exigencias no siempre alcanzables, pero que dan un lugar al sujeto. Es por ello por lo que estar en relación con el Otro permite el deseo ya que en tanto me relaciono, soy; y el ser debe seguir siendo una pregunta abierta a descubrir, que llene de pulsión de vida al sujeto. Y la tercera es la que sostiene el espacio analítico donde se mantienen en suspenso las interrogantes con el fin que el sujeto encuentre las causales de su angustia, trayendo este afecto en el proceso (Farré, 2016).

El Seminario X muestra la angustia y sus consideraciones respecto a su tratamiento que se esquematizan en tres momentos a continuación. La primera en relación con no taponar ni acallarla, sino indagando respecto a ello:

¿Cabría entonces al psicoanálisis, el poder ofrecer un lugar para el tratamiento de la angustia que no sea solo el de obturarla o del taponarla con fármacos? Sabemos que en el deseo siempre hay falta, que es la falta precisamente la que lo engendra y por lo tanto en esa coyuntura habrá también lugar para la incertidumbre; pero lo que nos

indica el surgimiento de la angustia es que ya no habría resto para el deseo, y el sujeto alcanza allí, la certeza aplastante del gran Otro. (Farré, 2016, p. 7)

Los fármacos cumplen su función, disminuir la sintomatología de ansiedades y angustias, pero no las resuelven. Ese lugar de incertidumbre es el que abre el análisis, el que da paso a no dejarse aplastar por el gran Otro para estar advertidos de sus invasiones y poder responder al respecto.

Un segundo momento sería: cuando la angustia viene por la angustia del deseo del Otro se sugiere una “Experiencia de trabajo, al cabo de la cual, alguien pueda preguntarse qué quiere hacer, con lo que el Otro quiere de él” (Farré, 2016, pp. 7-8). Es abrir la pregunta que la angustia hace pero que el sujeto no puede localizar porque queda presa en ella. No quedarse en los universales, desapegarse de esas demandas para no quedar como objeto del otro sino como sujeto. Es devolverle al sujeto algo de control ante un real que lo sobrepasa.

Un tercer momento va con relación a capturar lo simbólico en lo real: “Opacidad de goce que puede recibir alguna luz vía el significante, siempre y cuando haya alguien dispuesto a escuchar” (Farré, 2016, p. 8) cuando el objeto a que se acerca se presenta y angustia al sujeto, es el acceso a la palabra en un intento por integrar lo traumático algo de lo simbólico. Lacan dice que no engaña la angustia porque el sujeto siempre sabe de su malestar solo que en la angustia los significantes que lo amarran son los reprimidos y son estos los que el psicólogo con su fina escucha puede ayudar a localizar (Lacan, 1962-1963).

En la clínica de urgencias subjetivas sería encontrar el significante de la urgencia con el fin de ayudar a integrar en la historia este acontecimiento intrusivo, quitar la opacidad por medio de la palabra que localiza.

### **Las urgencias subjetivas**

En Psicología de la conducta (1963) Bleger explica que al tener el mismo objeto y medio de estudio (el ser humano), se debe definir primero qué analizar del mismo con el fin de armar epistemes y modos de aproximación. Dependiendo de dichas corrientes epistémicas se analizará y abordará la

parte del ser humano a estudiar: su psiquis, su conducta, su alma, su mente, su ICC, etc. En concordancia con lo anterior, existen dos paradigmas populares desde los cuales la psicología se aproxima: el cognitivismo (para quienes el enfoque está en la persona que puede responder conscientemente y hacer cambio desde la psicoeducación) y el psicoanálisis (donde su concepción es que el ser humano no es amo de su mente ya que el ICC tiene repercusiones en muchas de las acciones de las cuales no son conscientes). Es pertinente comparar las urgencias subjetivas (desde el psicoanálisis) con las crisis o ataques de pánico (cognitivismo) con el fin de visualizar los puntos de convergencia y divergencias y las posibilidades y limitantes que ambas ofrecen. Se escogió ataque de pánico ya que pueden verse como hechos aislados y en menor frecuencia, parecido a los que se entiende como urgencias subjetivas.

Una crisis de pánico o ataque de pánico es la aparición repentina/imprevista de picos altos de miedo y malestar acompañada con sintomatología como: miedo a perder el control, asfixias, parestesias, desrealización, despersonalización, entre otros. A esto cabe recalcar qué para las personas, debido a la larga y detallada sintomatología que se presenta en el diagnóstico de ataque de pánico, les resulta más fácil identificarlas. No obstante, la angustia es un afecto que no engaña y es a través de sus repercusiones que podemos dar cuenta de ella (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El término urgencias subjetivas es entendido como una ruptura, un quiebre dentro de la cadena de significantes del sujeto. Aquí, por algún hecho contingente, el sujeto se queda sin recursos simbólicos con los que responder. Esto quiere decir que su sintomatología, la angustia, no puede ser detallada ya que cada sujeto se angustia a su manera. Algunos no paran de hablar incoherencias, otros quedan en mutismo total, otros lloran, algunos solo se quedan impávidos e inhibidos, la verdad es que describirla sería limitarla, pero podemos ver como esta intromisión en lo real se inmiscuye en el discurso cuando el sujeto no puede poner en palabras lo que le está pasando (Seldes, 2019; Sotelo, 2007).

Respecto a sus desencadenantes y prevalencia, en los ataques de pánico hay dos especificaciones: los inesperados cuando no se puede encontrar el desencadenante y el esperado cuando hay un hecho ansiógeno externo. Generalmente es más frecuente en las mujeres y en quienes tienen algún trastorno mental. Por otro lado, en el caso de urgencias subjetivas, Sotelo (2007) dirá que “algún acontecimiento impensado, inesperado, contingente, llega a su vida. Un nacimiento, un embarazo, la pérdida de un trabajo (...) pueden irrumpir en la vida de alguien conmoviéndola. Quiebre de este equilibrio en el devenir de una vida” (p.26). Aquí me gustaría retomar el concepto ya expuesto de coyuntura dramática del trauma. En algunos casos el hecho externo (una muerte, por ejemplo) puede ser tomado como el desencadenante sin embargo la escucha clínica impulsa a ver qué es lo que se perdió ahí. Tal vez un lugar de enunciación, una posición donde se era amado, nos mueve a buscar por qué este hecho hiera tan profundamente al sujeto. Sobre su prevalencia pues el hecho de ser neuróticos es que somos susceptibles a la enfermedad; todos un poco enfermos del lenguaje según Freud. Enfermos de los dichos que conforman quién se es y bosqueja realidades.

Respecto a su utilidad, por llamarla así, es que estos ataques pueden ser indicadores de trastornos mentales y afecciones que derivan rápidamente a un diagnóstico y tratamiento para erradicar esto del sujeto. Su abordaje está enfocado en técnicas para disminuir este pico de ansiedad que llega a su pico de intensidad en cuestión de minutos. Estrategias como la relajación progresiva y mindfulness le permiten al sujeto enfocarse en el aquí y el ahora y apaciguar esta ansiedad para que no siga causando malestar. En las urgencias subjetivas es pertinente saber que este momento es preciso porque ante tal angustia, el sujeto puede hablar con las defensas desbordadas, debilitadas que permiten al ICC salir y mostrar crudamente algo sobre el propio sujeto que en otro momento de calma no podría exteriorizar. Es un momento privilegiado para encontrar el significante que pueda llevar a una localización subjetiva, a abrir una terapia y cuestionar al sujeto en sus dichos. No se acalla el malestar, se lo pone a elaborar para encontrar qué es lo que

realmente derivó a esta urgencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Seldes, 2019; Sotelo, 2007).

. Desde el cognitivismo, este hecho se resuelve cuando la sintomatología cesa, cuando el sujeto se encuentra más en calma con respecto al momento en el cual se encontraba. El psicoanálisis apuesta por instaurar el tiempo de comprender entre el tiempo de ver y concluir se puede priorizar ante la angustia del paciente. Aquí se resuelve con el significante de la angustia, encontrando qué es lo que realmente molesta se podrá enganchar al sujeto a su cadena discursiva, situarlo otra vez en la realidad de sus dichos sin pasar desapercibidos que en este momento algo cambió, se reactualiza, etc. Ya nada volvió a ser igual.

**Tabla 1***Diferencia entre crisis de pánico (desde el cognitivo) y Urgencias subjetivas (desde el psicoanálisis)*

	<b>Crisis de pánico</b>	<b>Urgencias subjetivas</b>
<b>Signo Cardinal</b>	Ansiedad desde el cognitivo conductual	Angustia desde el psicoanálisis
	Ansiedad es anticipatoria ante una respuesta anticipatoria o una amenaza futura	La angustia como afecto que no engaña
<b>Criterios diagnósticos</b>	Cognitivas: miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir desrealización o despersonalización Físicas: asfixia, parestesias, sudoración, parestesias. Se encuentran 4 o más de un total de 13 síntomas físicos y cognitivos	La angustia se hace presente en el cuerpo, aunque a su vez suele confundirse con otros afectos como el miedo, la tristeza, el desánimo
<b>Desencadenantes</b>	Hay algunos ataques de pánico inesperados (cuando no se ve una causa manifiesta) y esperados que es cuando se logra identificar un factor estresante externo	Tiene potencial de desencadenante cualquier hecho inesperado, contingente, que llega de improviso a la vida (embarazo, muerte de un familiar, desempleo, jubilación, etc) que hace un quiebre, un antes y un después en la vida.
<b>Prevalencia</b>	La mayoría de los trastornos de ansiedad son más frecuente en mujeres que en hombres en proporción 2:1	Cualquier persona es susceptible a padecerla.

	Pueden aparecer en personas con trastornos mentales y afecciones físicas	
<b>Utilidad</b>	Funcionan como predictores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia gama de trastornos	Una oportunidad de tener una experiencia diferente con la palabra para que algo se modifique
<b>Duración</b>	Ataque de pánico vs ansiedad: el ataque de pánico alcanza su pico de intensidad en minutos	Una persona en urgencias puede llevar meses y años desplazando una urgencia subjetiva
<b>Abordaje</b>	Estrategias de relajación progresiva y mindfulness	Instaurar un tiempo de comprender entre el tiempo de ver y la urgencia del tiempo de concluir
<b>¿Cuándo finaliza esta crisis?</b>	La ansiedad disminuye a niveles esperables sin presencia de las sintomatologías físicas y/o cognitivas	Encontrando el significante de la urgencia donde converge el momento para comprender ser momento de concluir

**Nota:** La columna "Crisis de pánico" fue elaborada a partir de los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría mientras que la columna "Urgencias Subjetivas" se basó en ideas extraídas de los libros La urgencia dicha de Seldes y Clínica de Urgencias Subjetivas de Sotelo. La tabla es de mi autoría.

En relación con ambos enfoques, la discrepancia no es el signo cardinal, en ambos el estado de conmoción, sino hacia dónde se dirige su tratamiento. Buamden O (s.f.), escribe para la Revista de PAUSA (Psicoanálisis aplicado de las Urgencias Subjetivas de la Actualidad) lo siguiente: “Si vamos a las diferencias, nos encontramos que la principal es el esfuerzo realizado por Freud en indagar sobre la posible etiología de esta. El DSM, por el contrario, renuncia a la búsqueda de las causas, abandonando todo intento etiológico” (párr. 4). Ante un ataque de pánico, según el DSM-5 se preguntaría por la frecuencia, prevalencia y hecho desencadenante con el fin de apaciguar lo urgente. Desde el psicoanálisis se preguntaría por la intención de esta en el sujeto, siendo conscientes que hay algo por decir en el acto que el cuerpo puso en escena.

Seldes dice en una entrevista con Marita Hamann respecto a la diferencia entre el ataque de pánico y el ataque de angustia y él lo resume, en una palabra: el Desamparo. Dice y cito “El sujeto por alguna razón queda confrontado a la inexistencia del Otro. No tiene con que responder a un llamado de lo real’ (NELcf-Lima,2024, 29m7s). Lo crucial es que no queda referente, Otro al que responder. El síntoma y lo que antes hacía de velo con lo Real cae y el sujeto se queda incapacitado a decir sobre su propio malestar. Esto se ve en las inhibiciones, bloqueos, llantos estrepitosos o ahogados... y las múltiples formas en las que observamos que el sujeto queda tan conmovido que no alcanzan las palabras para expresar lo que sintió. Seldes también acota que este fenómeno deja libre el imaginario porque lo interesante de esta urgencia es que toca el cuerpo, no derivando en episodios psicossomáticos (ya que no perduran) sino que conmueven por un breve tiempo el cuerpo.

Respecto a la concepción de desamparo, Laplanche y Pontalis (1996) dicen de ella que:

(...) el estado de desamparo se convierte en el prototipo de la situación traumática. Así, en Inhibición, síntoma y angustia (Hemmung, Symptom und Angst, 1926), Freud reconoce a los «peligros internos» una característica común: pérdida o separación, que implica un aumento

progresivo de la tensión, hasta el punto de que, al final, el sujeto se ve incapaz de dominar las excitaciones y es desbordado por éstas: lo que define el estado generador del sentimiento de desamparo. (pp. 94-95)

Esta definición plantea muy bien que el desamparo es algo a lo que ya nos enfrentamos alguna vez y que los momentos de urgencias subjetivas nos llevan a experimentar esta perturbadora situación otra vez. Nos regresa a un estado donde estábamos imposibilitados a responder por falta de recursos simbólicos y de la realidad. Freud dirá que este sentimiento de pérdida viene desde la etapa infantil donde somos separados de la madre antes que el resto de las especies. Afirma que nuestra propia naturaleza y procesos nos separan prematuramente y nos hace responder a lo externo con los pocos recursos que el yo construya en esos momentos. Vincula que:

Ello hace que la influencia del mundo exterior sea más intensa, es necesaria la diferenciación precoz del yo con respecto al ello, aumenta la importancia de los peligros del mundo exterior, y se incrementa enormemente el valor del único objeto capaz de proteger contra estos peligros y de reemplazar la vida intrauterina. Este factor biológico crea, pues, las primeras situaciones de peligro y la necesidad de ser amado, que ya nunca abandonará al hombre». (Laplanche y Pontalis, 1996, pp. 94-95)

Se enfatiza que esta experiencia de desamparo nos lleva a dos puntos importantes de la constitución del individuo y que lo seguirán por el resto de estos días. Primero, las situaciones de peligros que son internas, lo cual plantea su relación con lo propio. Como ya vimos, lo unheimlich viene de adentro, de lo que remite a lo conocido pero desconocido a la vez y se puede llegar a pensar esto como una especie de acercamiento al goce del cual no se quiere saber, pero al que sí se puede reconocer. Lo segundo es esta necesidad de ser amado que responde la Gran Pregunta del Fantasma ¿Qué me quiere el Otro? El desamparo también es ser confrontado por esta posición desde la cual se responde. Desde saber quién soy yo lo cual, en momentos de angustia, queda sin contestar ya que este hecho contingente atacó a algo de mí propia construcción. Tanto Goce como fantasma no son enseñanzas

freudianas, más bien lacanianas, pero los puntos de convergencia entre ambas teorías son visibles ya que aun sin hablar de conceptos, las implicaciones son las mismas.

Un aporte del cognitivo es que su esquematización permite la rápida identificación de estos en la población. Y, a su vez, la contabilización con fines estadísticos para mostrar la prevalencia de estas en la población. Teniendo en cuenta que vivimos en una época rápida, donde el capitalismo (la oferta y la demanda) visibilizan con números (o invisibilizan en la ausencia de esta), abren la relevancia en datar los resultados. No obstante, desde el psicoanálisis esta masificación y etiquetamiento de diagnóstico en los sujetos acallan al ICC con sentido de un diagnóstico que no da un nombre, un significativo personal al malestar. Además, a pesar de que el sujeto es el dueño de su malestar y el único que sabe lo que le pasa realmente, pues necesitan de maniobras de un analista que les ayude a reconocer lo que ellos mismos no pueden ver.

### **Primeros Auxilios Psicológicos vs La Clínica de las Urgencias Subjetivas**

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) “se centran en la ayuda breve e inmediata a la persona afectada por dicha crisis, con el fin de restablecer al individuo su estabilidad emocional, social, física y conductual” (Romero-Heredia et al, 2022, p. 1) Esta es una técnica corta y puntual con el fin de evitar daños psicológicos secundarios, como el desarrollo de TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). No son una terapia, diagnóstico o abordaje a profundidad, solo es la intervención primaria ante un evento que puede ser traumático (accidentes automovilísticos, choques, desastres naturales, muertes, etc). Puede ser aplicada por cualquier profesional ya que es más una psicoeducación, y es aplicada con el fin de calmar y contener. Como pros está que la capacitación para esta técnica que es corta, busca normalizar reacciones y derivar ante posibles problemáticas. Los PAP van del lado de los enfoques preventivos que buscan disminuir la propagación de patologías psicológicas más complejas buscando sociedades con más recursos y más sanas a su vez (Romero-Heredia et al, 2022).

La Clínica de Urgencias Subjetivas, por su parte, también tiene el objetivo de ser breve. No obstante, no puede ser aplicada por cualquier profesional porque su fin no es psicoeducativo sino de abrir paso al análisis. Según Sotelo (2007) hay una serie de pasos para su dimensión formativa: La escucha a detalle con el fin de encontrar al sujeto más allá de lo visible del punto desencadenante. También sugiere olvidar lo que se sabe, en este punto no se clasifican por sintomatología, sino que requiere del uno a uno en su malestar. Requiere inventiva ya que sacar a una persona de la crisis en la que está sumergida no es fácil teniendo en cuenta la variabilidad de reacciones que existen. Cuarto sería tener en cuenta que hay una reactualización de “su encuentro con el traumatismo de la no relación sexual” (Sotelo, 2007, p.19) significa que se encuentra con algo que su fantasma no recubre, con parte de ese real que no cesa de inscribirse y que impacta dejando sin recursos al sujeto para responder. Por último, se concluye con el significante de la urgencia que permite encontrar que ocasionó la urgencia y calmar el ataque al otorgar sentido, pero dejando que lo que no se termine de resolver abra la posibilidad a un análisis específico.

“La localización de la urgencia es un hecho de discurso, depende del lector, del intérprete” (Sotelo, 2007, p.105). Aquí el fin no es pedagogizar sino analizar, no puede ser hecha por todos porque necesita una escucha única, una del lado del ICC y no del sentido.

### **La angustia en contextos hospitalarios**

Las viñetas presentadas a continuación son de madres atendidas durante las prácticas preprofesionales. En estas se puede ver cómo la hospitalización pediátrica angustia a las madres y despiertan en ellas la posibilidad de un análisis que permite encontrar al sujeto en su malestar. Se apuesta por lo singular y no quedar muy enredado en el sentido de las historias del paciente con el fin de remarcar que más allá del hecho externo, cada uno sufre a su manera, de sus propias limitaciones, mandatos y sobre todo del mal-decir.

### **Caso “Un llanto ahogado”**

Para esta viñeta traigo la tercera sesión con G quien se encontraba en hospitalización ya que su segunda hija necesitaba un trasplante de órgano. Hasta este punto, solo había realizado acompañamiento terapéutico, no ahondamos mucho en su esfera emocional. Ese día, que la fui a visitar me enteré de que pronto se realizaría una operación preventiva y la pequeña sería intervenida. Al momento de abordarla, la niña se encontraba llorando. Debido a esto, ella me dijo que esta ocasión sí deseaba hablar conmigo, pero en cuanto la bebé se durmiera. Todas las sesiones anteriores, G había mantenido un tono tranquilo y se mostraba serena, y esta no fue la excepción. Cuando se la condujo a un área apartada para hablar de la niña, en una sala de utilería que nos prestaron, comenzó a llorar. Fue un grito ahogado, pero solo pudo llorar un poco. Al comienzo comentó que la razón de su malestar era la operación y que tenía miedo por su hija. Fue una sesión un poco extensa ya que el objetivo era que se desahogue y a la paciente le costaba llorar. Luego me comentó que su esposo le había dicho que no llore frente a la niña y que, ante la noticia de la operación, a ella se le salían las lágrimas. Ella habló del esposo al que describió con falta de “empatía”, ya que él no lloraba y era fuerte. Ante esto se le puntualizó que “No es fuerte el que no llora, sino el que acepta que tiene miedo” Ahí ella pudo llorar más y aceptar que tenía miedo ante lo cual se validó su emoción diciendo que estaba bien si se sentía así y que ella debía llorar si así lo sentía.

Resalto de esta viñeta lo mucho que le costó elaborar un llanto. La sesión duró cerca de 30 minutos en los que intentaba llorar, no lo lograba y luego se secaba rápido las lágrimas. Es no poder poner en palabras un temor que viene de lo real y a su vez no contar con un marco de referencia ya que desde su fantasma la fortaleza y la inhibición deben estar ligadas. Aquí hay cierta urgencia que tal vez de ser otra la lectura de la escena se hubiera optado por apuntar a consolar o decir que no piense en esto, que hable de algo menos doloroso impidiendo la elaboración de una queja que había venido reteniendo desde los comienzos de la hospitalización, cuando recién la abordé.

### **Caso “Las palabras tienen poder”**

Llegué a la Sala de Quemados donde me derivan a una paciente, T, cuya hija había sido atacada por un animal quien la dejó con laceraciones y de quien refiere la doctora, tiene mucha culpa. Comienzo el espacio haciendo una línea tiempo acerca de la niña de 4 años, antes de llegar al acontecimiento ansiógeno. Me cuenta que tiene mucha culpa porque si se hubiere llevado con ella a la niña, nada de esto hubiera pasado. Llora mostrando que esta culpa la castiga profundamente. Comienzo por rastrear qué tan profunda es la culpa y a desmitificar, encontrar las voces que se aúnan a ella y relativizarlas un poco.

La culpa inicia con su pareja y padre de la niña, quien la culpa porque no estaba ahí. Luego la culpa recae en una escena que toma lugar días antes donde, por los cortes de luz, tenía que apresurarse a dejar listos a ambos hijos y estaba molesta. En este momento de furor ella les dice: “Ya me tienen cansada” Me comenta que luego se disculpó con sus hijos y con Dios pero que siente que lo que ocurrió fue un castigo divino.

Le pregunto si ella, en su enojo les deseó el mal, pidió que les pasara algo malo a lo que dice que jamás diría eso. ¿Y entonces? Le pregunto, y me dice que las palabras tienen poder. Habla de que su mamá se ha vuelto religiosa y siempre le dice eso. Sigo indagando ya que siento que aún hay más.

Ella me comenta que su madre tuvo otra hija antes de ella, T es la menor. Se llamaba R y tenía 3 años cuando fue ojeada y la inyectaron. Luego de esto ella muere y T dice que su madre también había dicho algo feo a ella. Le pregunté si había sido culpa de su madre que su hermana hubiera muerto, a lo que responde “No se”. Le pregunté si ella pensaba que madre era una buena madre, me responde “No se” Me dice que ella ha ido a la iglesia y a expiar sus culpas.

De esta viñeta me gustaría resaltar cómo es importante no quedar embelesados en el sentido. Es probable que, ante lo traumático del evento, diera cierto recelo indagar en el origen del malestar. Tal vez desculpabilizar sería la opción más “buena” posible. No obstante, indagar las causas del

malestar, rastrearlos y aislarlo permite que este se levante. En el caso de T, la función invocante, el mal-decir que lleva a consecuencias graves como es morir. Estas palabras enunciadas eran un unheimlich para ella, pertenecieron a su madre (familiar) pero al mismo tiempo tienen efecto en la muerte (desconocido). Las palabras tienen poder, sí, son constructoras de realidades, pero en el caso de ella, estas son tan violentas como para dejar huellas en su hija y en la realidad. Llama mi atención cómo ella comenta de esta posición de estar cansada, no solo con sus hijos, parecería que con su vida también. Nunca se ha sentido feliz comentaba y mi pregunta va si deshaciéndose uno de lo que le cansa algún día lo será, y esta es una característica propia de su fantasma. A pesar de la angustia hay que poner al sujeto a producir para que levante los síntomas y traiga el alivio esperado, no del lado de taponarlo sino de incorporarlo al discurso a través de una rectificación subjetiva.

## CAPÍTULO 2

### Maternidad

#### Discurso social sobre la maternidad

*Cerré la puerta del cuarto de baño por la fuerza de la costumbre, me desnudé y me metí bajo el chorro caliente. Cerré los ojos y disfruté con sentimiento de culpabilidad de aquel breve momento de soledad <<Solo un minuto- pensé-. Sólo una ducha rápido y vuelvo. Ten un poco de paciencia>>. (Diffenbaugh, 2011, p. 202)*

¿Qué es una madre?

La concepción de maternidad varía dependiendo la época en la que esta pregunta se formula. Los diversos cambios históricos han dado lugar a nuevos significantes que se crean y enuncian lo que ese tiempo tendrá como referencia de madre. El cambio en los ideales será enunciado a continuación.

Desde la sociología, la maternidad en las sociedades primitivas ocupaba un lugar central, ya que las madres eran el eje alrededor del cual los grupos nómadas se reunían. Sin embargo, este periodo también estaba marcado por un doloroso silencio, pues las mujeres debían dar a luz en soledad dentro de cuevas, intentando reprimir cualquier sonido que pudiera atraer a depredadores y poner en riesgo tanto su vida como la de sus bebés (Curiosum Break, 2023). Esta situación refleja una maternidad sacrificada desde sus orígenes, en la que el dolor se silenció en favor de la supervivencia y la vida de otros.

Es por ello que “Según Eisler (1996) parece lógico que nuestros ancestros, al observar que la vida emerge del cuerpo de la mujer, buscaran las respuestas a preguntas centrales acerca de la vida y de la muerte en esos símbolos” (Molina, 2006). El enigma de la feminidad viene arraigado desde la fundación de la existencia, por ello es de las preguntas constantes que trae el psicoanálisis. Esta capacidad nutricia que surge del seno de la madre, se la atribuye también a la Tierra quien materniza por excelencia.

Desde la religión judeocristiana, la mujer ha visto algunas afrentas y culpas al ser interpretada como la seductora, la que instiga a otros a pecar,

como en el caso de Adán, y que a través de los tiempos ha sido quitada toda responsabilidad por parte de los hombres (encargados de transmitir las historias, y la culpa) (Molina, 2006). En el caso de Adán y Eva es correcto teológicamente analizar que cuando este pecado se cometió, “Su esposo se encontraba con ella, ella le dio, y él también comió” (Génesis 3:6; PTD) No le advirtió, miró si a ella le pasaba algo antes de comerla, de estos detalles nadie habla. Y la culpa la siguen cargando las mujeres y no se comparte, ni se discute.

En la edad media, el marianismo también aporta significados a la maternidad. Molina (2006) resalta que “(...) en la Edad Media, el puente entre Eva y María estaría temporalmente roto. A una Eva innominada se impone una María inaccesible, alejándose por su maternidad virginal, como modelo cercano a las mujeres” (párr. 18). Lo impoluta, sufrida e inaccesible María es subida a categoría de ideal que en este tiempo servirá de pretexto para que la sociedad exija a sus mujeres virginidad, castidad y entrega sumisa y completa sin siquiera pedir un trato similar al que su contrapartida, José tuvo con una mujer como María. Mientras las mujeres se conservaban puras, no había un ideal para los hombres. Desde el psicoanálisis esto se debe a que, desde la lógica fálica, la mujer escapa a la misma y por ende debe estar buscando su construcción siempre. Es importante recalcar que la influencia del marianismo tiene impactos en las sociedades latinoamericanas donde la mayoría de la población pertenece a la religión católica (Curiosum Break, 2023; Molina, 2006).

De esta época también se destacan las pinturas que reflejaban la cosmovisión que se tenía sobre las madres y los niños. Los bebés eran dibujados como adultos de tamaño más pequeño, con rasgos grotescos y sin ningún atisbo de ternura lo cual reflejaba lo poco libidinizada que estaba la infancia. A los niños se les ejercía azotes físicos, eran usados como mano de obra y se les daba responsabilidades sociales ya que debían devengar todo el esfuerzo de sus padres. Además, la infancia era un periodo muy corto de tiempo, debido a la alta tasa de mortalidad infantil, por lo que no era de interés ser retratado en sus pintores salvo el niño Jesús, que impregna gran parte de

las obras (Molina, 2016). Estas concepciones cambian cuando se entra a la época del Romanticismo:

Rousseau que contribuye a inspirar el movimiento romántico en la Revolución Francesa (1789), señala a la maternidad como un objetivo central en la vida de las mujeres, apoyando teorías biológicas de la maternidad como instintiva. El nuevo concepto de "inocencia" infantil permite cambiar hábitos (ropas especiales, juguetes, negativa a azotarlos, lactancia materna, abandono de las fajas). Sin embargo, muchas veces el cariño está mezclado con agresión y miedo. La moral puritana de la cultura inglesa transmite la idea que los niños necesitan ser "redimidos", "reformados" por una estricta disciplina de castigos, instrucción religiosa y participación en la vida laboral. (Molina, 2016)

Si se contrastan las pinturas de la Edad Media y el Romanticismo, se aprecian a niños con características más tiernas, cachetes regordetes, ojos más grandes, rasgos afinados, que buscan proyectar sentimientos de cuidado y amor. Rousseau, busca dignificar la maternidad y señalar derechos para los niños, hasta esta época inexistentes (Vélez, 2023).

Avanzando hacia la edad moderna, hay dos hechos claves para entender los cambios en este ideal: La revolución industrial y la revolución francesa (donde se comienza a priorizar la equidad y los derechos de las mujeres comienzan a ser tomados en cuenta). La revolución industrial comienza a diferenciar los espacios del hogar (cálido, de refugio) y el del trabajo que tiene un tinte individualista. Las mujeres comienzan a tener más autonomía y control sobre la dinámica familiar mientras el hombre pasa periodos largos fuera del hogar al cambiar entre la agricultura por el sueldo de alguna empresa. Es en este contexto donde maternidad y crianza se aúnan para volcar el rol de la madre que se satisface en la entrega por el hogar (Curiosum Break, 2023; Molina, 2006).

Con la modernidad entre la ciencia quien comienza a ordenar y estandarizar lo que una madre debe ser y la importancia de ella en la psicología de sus hogares. Teorías como las del apego, que repercute en las

relaciones de los niños, y las de técnicas de crianza, centralizan a la mujer en el hogar:

Surge el culto a lo doméstico donde las mujeres aparecen protegidas en este contexto privado bajo creencias de la Maternidad como moral: La madre tiene la tarea de ofrecer apoyo moral y emocional a sus esposos e hijos colaborando a la formación de una sociedad más virtuosa, como guardiana de la moral. (Molina, 2016, párr. 27)

En la actualidad, con el ingreso de la mujer a sectores laborales, la pastilla anticonceptiva que da apertura a la libertad sexual y la descentralización de la mujer respecto al hogar, la maternidad vuelve a distribuir sus significantes. La concepción de la Buena Madre sigue siendo una exigencia a toda aquella que quiera llegar a esa función. Diario El País toma a algunos especialistas para responder el tema y encuentra a

Eva-Maria Schmidt, investigadora del departamento de Sociología de la University of Vienna (Austria) y una de las autoras del estudio, explica a EL PAÍS que para los países occidentales se espera que una buena madre esté presente y atenta al niño. Y que, además, esté orientada al futuro y asegure el desarrollo exitoso del niño; que tenga trabajo, pero integre su empleo en la maternidad presente; y que esté contenta y feliz, o al menos mostrando esto. (2024, párr. 3)

Según Recalcati (2018), la maternidad en esta época se une con la hipermodernidad y los tiempos neoliberales donde la madre no solo debe llevar bien el rol, sino que debe ser un ente que produce en este sistema capitalista y es productivo en todas las etapas de su vida. A su vez, estos ideales retrasan el acceso a la maternidad ya que la mujer espera llegar a esta etapa con todo resuelto (ámbito laboral, social, económico) con el fin de brindarle todo lo necesario a su bebé. Tal vez creyendo que de alguna forma se llegará a la crianza sin faltas, sin errores ni juicios.

... han brotado nuevos fantasmas que introducen inéditas versiones patológicas de la maternidad; no ya la tradicional de la madre que devora su propio fruto, que no deja marcharse a su propia criatura, sino

la hipermoderna de la madre que vive los hijos como un obstáculo para su afirmación social. (Recalcati, 2018, p. 5)

Recalcati trae este contraste producto de la época donde los hijos se ven como obstáculo para llegar a su completud social según los estándares que marca esta época. Las tasas de embarazos disminuyen debido a que la completud, el tener el falo como lo pondría el psicoanálisis, ya no viene de tener como objeto a al niño, sino de formarse un nombre, y encontrar el reconocimiento en la sociedad. ¿Cómo sobrellevar una maternidad tradicional con las exigencias externas de la realización personal a través de hacerse un nombre en la sociedad? Las mujeres de épocas pasadas no se encontraron con esta disyuntiva tan marcada como en la hipermodernidad donde para sobrellevar un estilo de vida digno se necesita del trabajo, y cada vez más debido a la lógica capitalista. Y si se cambiara la idea de maternidad, encontrando sus puntos de falla, donde la falta aparece, y el no toda de la madre, ¿Disminuiría la angustia que esta etapa que, por diversas razones, despierta en las mujeres?

### **Deseo materno**

*Era una niña. Nació a mediodía, seis horas después de que rompiera aguas... Salí del parto con una sensación de sereno júbilo y la sonrisa que me recibió en el espejo del cuarto de baño horas más tarde no pertenecía a la niña rabiosa y aborrecible que sacaba cubos llenos de espinos de las cunetas. Era una mujer, una madre. (Difffenbaugh, 2011, p. 194)*

¿Quién es una madre?

Desde la biología, todo ser vivo de sexo femenino que pueda dar descendencia directa es una madre. Esto ha ocurrido en los animales por años, sin que se cuestionen sus bases biológicas. Sin embargo, el ser humano, como explicaba Freud, no actúa desde la necesidad sino desde la pulsión. Y la pulsión es el instinto atravesado por lenguaje, este último es el que abre el debate y la pregunta de la maternidad que en la actualidad no se da exclusivamente por el sexo femenino, ni tampoco por descendencia directa o lazos preexistentes.

Cada vez se recaba más evidencia, no conclusiva, pero que aporta que el instinto maternal no es intrínseco a la mujer. La ternura que hay ante un bebé es gracias a la hormona de la oxitocina, que puede ser segregada tanto por mujeres como por los hombres según National Geographic España (2018). Estos últimos reportan un estudio de la Revista Nature en el 2015 que diferencia entre ratones vírgenes que al escuchar el llanto de crías bebés se las comían en contraste de ratones madres quienes buscaban a la cría para protegerla y proporcionarle cuidados. Luego se tomaron a estos ratones vírgenes caníbales y se les inyectó oxitocina con lo cual desarrollaron este cuidado inexistente con anterioridad. En los seres humanos, la situación es más compleja debido a la influencia del lenguaje. Antes de rastrear un componente más allá de la oxitocina, es relevante diferenciar primero entre la mujer y la madre.

Para empezar, conciliar la madre y la mujer es una labor difícil ya que no es una separación abstracta. Debe existir la mujer en la madre, aunque puede existir la mujer sin la madre. Lares, M (2024) En Seminario + Conversaciones, analiza las razones por las cuales una mujer rechaza a la madre y nombra 3 muy interesantes, los cuales se complementará con fragmentos de una novela llamada *El lenguaje de las flores*, que escenifica con asertividad los vaivenes de la maternidad. Dirá que primero puede vivirse como un ataque a la propia imagen. La maternidad como un hecho traumático, atraviesa el cuerpo y es del orden de lo real. Sin embargo, requiere del velo del amor para no ver esta intromisión ajena como un hecho por lo demás angustiante. En esta relación simbiótica puede borrarse en qué punto el cuerpo es de la madre y del bebé quien lo usa a su gusto porque depende de este.

No podía ponérmela otra vez al pecho; llevaba casi treinta y seis horas seguidas amamantándola. Ya había consumido toda mi leche, estaba segura, y me estaba succionando algo más profundo, más valioso, algo conectado a mi corazón o mi sistema nervioso. No quedaría satisfecha hasta que me hubiera devorado por completo, hasta que me hubiera extraído todos los flúidos, pensamientos y emociones. Yo quedaría

reducida a una cáscara vacía e incoherente y ella seguiría teniendo hambre. (Diffenbaugh, 2011, p. 205)

El segundo es la hostilidad del sujeto hacia la propia madre que trae como resultado la frase “no quiero ser como ella”. Es un rechazo a lo propio que puede estar en juego al momento de desempeñar un rol como es el de materner. Es encontrarse con la falta en ser, pero no tener recursos simbólicos con los que responder posiblemente por no tener ideales o referentes desde los cuales construir algo nuevo.

Mi hija merecía mucho más de lo que yo podía darle... Yo quería que... riera a menudo, que amara sin miedo. Pero no podía darle nada de eso, no podía enseñarle lo que yo no sabía. Tarde o temprano mi toxicidad contaminaría su perfección. Se filtraría de mi cuerpo y ella se la tragaría con el ansia de un crío hambriento... lo que más deseaba era salvar aquella niña de los peligros de ser mi hija. (Diffenbaugh, 2011, p. 220)

Y para la tercera, dirá que “El rechazo a la maternidad puede estar vinculado a un anhelo de permanecer a un lugar que el del Otro del deseo. Un rechazo a ser el Otro de la demanda que es el lugar de la madre para seguir siendo como mujer el Otro del deseo.” (2m33s) Desde la posición de Madre ella se vuelve el Gran Otro de alguien más, a quien se busca para los significantes, es la demandada a responder y demandada de lo que falta en el hijo, en la casa, etc. La posición del Otro del deseo puede verse respondido en los que Fernández L (2022) recoge de la siguiente manera:

En cambio, la mujer que se presta a ser objeto del deseo de un hombre con el fin de ser amada, busca obtener un efecto de ser que es del orden del semblante, ser la mujer de un hombre, y más allá del semblante, obtener un goce. (p.3)

Una de las formas de responder a ser mujer es responder a ser objeto de deseo y ante la pregunta ¿Qué quiere el Otro de mí? Se responde: pues a mí. Es colmar ese deseo con el fin de obtener reconocimiento, y llegar hasta obtener un goce, que, para Lacan, escapa la lógica fálica. Desde la lógica de la sexuación ser hombre se respondería como tener el falo, sin embargo, lo

femenino se responde en la posición de no tenerlo la cual abre la pregunta de ¿Qué es una mujer?

Esta falta en el significante para simbolizar positivamente la posición de la niña en el Edipo es lo que acarrea, lo que pone en marcha la pregunta por la feminidad, por lo propio de su posición sexual a partir del Edipo. Lacan resume esta asimetría diciendo: “No hay simbolización del sexo de la mujer en cuanto tal. Lo imaginario solo proporciona una ausencia donde en otro lado hay un símbolo muy prevalente” (Guzmán & Berjano, 2023, p. 363).

No hay una respuesta universal, y aquellas que las mujeres formulen serán válidas para responder a su incógnita. Lacan traerá el término de la otra de la histeria, cuando analiza los celos que tiene Dora respecto a la Sra. K. pero que a su vez esta última le sirve como referente. Se toma identificaciones de esta mujer ideal que parece tener el secreto de la feminidad.

Freud en *Lo femenino (1932)*, comienza definiendo la feminidad. Freud explica que, desde la biología, hay eventos que nos pueden llevar a unir feminidad con pasividad. En el acto sexual, es el macho quien se acerca a la hembra, y es el espermatozoide el que va al óvulo. No obstante, fuera de esta esfera sexual, son las hembras quienes tienen roles activos como la caza de la comida, el cuidado de los cachorros, algunas de ellas matan a los machos, por poner ejemplos. Es por ello por lo que su postura será la de una pasividad que requiere una decisión activa de mantenerse quieto. Un ejemplo en este es la lactancia donde la madre permite/autoriza/decide dejar que el bebé lacte de ella.

Podría intentarse caracterizar psicológicamente la feminidad diciendo que consiste en la predilección por metas pasivas. Desde luego, esto no es idéntico a pasividad; puede ser necesaria una gran dosis de actividad para alcanzar una meta pasiva. Quizás ocurra que desde el modo de participación de la mujer en la función sexual se difunda a otras esferas de su vida la preferencia por una conducta pasiva. (Freud, 1932, párr. 6)

Asimismo, advierte que no es probable que los roles sociales, que suprimen la agresividad en las mujeres y las dejan en un rol pasivo, pueden

influir en estos análisis. Aunque es relevante la docilidad con la que las niñas desde su tierna infancia se conducen por la vida. Desde esta teoría, las diferencias anatómicas tienen implicaciones reales en la constitución psíquica de sus sujetos. Es por ello que se da un especial realce a cómo impacta la apropiación del cuerpo y las pulsiones que en él habitan en la forma de entenderse a sí mismos. Freud dirá que el niño alberga cierta disposición bisexual ya que tiene modos activos y pasivos en su desarrollo, además de que ambos tienen como primer objeto de amor a la madre. A su vez resalta el esfuerzo para llegar a la feminidad, en contrapartida con los varones, ya que las mujeres deberán hacer 2 operaciones psíquicas extras: respecto a su órgano sexual y a la elección de objeto de amor.

La primera es apropiarse de su zona erógena rectora que es el clítoris, órgano que se encuentra por dentro de la niña y que, en el caso del niño, solo continúa su madurez sexual respecto a su fase fálica en la infancia. La segunda tarea tiene que ver con el objeto de amor:

También para la niña tiene que ser la madre -y las figuras del ama y la niñera, que se fusionan con ella- el primer objeto; en efecto, las primeras investiduras de objeto se producen por apuntalamiento en la satisfacción de las grandes y simples necesidades vitales, y las circunstancias de la crianza son las mismas para los dos sexos. Ahora bien, en la situación edípica es el padre quien ha devenido objeto de amor para la niña, y esperamos que en un desarrollo de curso normal está encuentre, desde el objeto-padre, el camino hacia la elección definitiva de objeto. (Freud, 1932, párr. 10)

En la niña ocurre primero el Complejo de Castración el cual autoriza la entrada al Complejo de Edipo. En este primer momento, ella advierte que le falta algo, la advierte a través de la comparación con sus pares de otro sexo. Por ende, rechaza esta falta que la madre también tiene y entra al Edipo con el fin de elegir al padre como portador del falo, quien sí está en posición de tener. Es aquí donde ocurren las fantasías histéricas de seducción que si tienen asiento en la realidad ya que las primeras sensaciones placenteras que experimenta el cuerpo son los cuidados maternos. En resumen, el varón

retiene su zona erógena y objeto desde la infancia sin cambios hasta la adultez, caso contrario ocurre con la niña y su elección por la feminidad.

Una vez planteado cómo se llega a la feminidad es importante resaltar que esta tiene 3 salidas posibles:

El descubrimiento de su castración es un punto de viraje en el desarrollo de la niña. De ahí parten tres orientaciones del desarrollo: una lleva a la inhibición sexual o a la neurosis; la siguiente, a la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, y la tercera, en fin, a la feminidad normal. (Freud, 1932, párr. 23)

En la primera, esta neurosis se debe a que la niña culpa a la madre por este perjurio, esta falta del pene que la deja en desventaja, en una doble falta ya que tendrá la falta en la realidad y en lo simbólico como resultado del Edipo. Se renuncia a esta satisfacción fálica y este deseo por el lado del tener puede estar desde la maternidad cuando se tiene al hijo y se avanza de un rol pasivo a un rol activo, poniendo la maternidad como meta de la feminidad. El segundo es cuando se opta por identificaciones de la madre fálica o el padre y se abandona, por así decirlo, la posición pasiva de la feminidad. Generalmente la homosexualidad es uno de los ejemplos de esta salida:

El hiperpoder del factor constitucional parece indiscutible, pero las dos fases del desarrollo de la homosexualidad femenina se reflejan muy claramente en las prácticas de las homosexuales, que con la misma frecuencia e igual nitidez desempeñan los papeles de madre e hija como los de varón y mujer. (Freud, 1932, párr. 28)

En la homosexualidad femenina las dinámicas de pareja pueden estar mezcladas por identificaciones de una madre y una hija o de un varón y una mujer, atravesando por ambos roles ya que pertenecer a relaciones de las cuales se obtiene un modo de hacer con el Otro. La tercera es la feminidad normal donde, a pesar de la pérdida constitutiva se busca hacer con ella desde una posición de pasividad. Esto es lo que Freud considera una mujer o al menos un sujeto desde la posición femenina, pero ¿Qué es necesario tener para ser una madre? ¿Es simplemente quedarse en el rol de la actividad, del tener? ¿Qué es lo que activa y sostiene esta decisión que atraviesa lo real del

cuerpo y requiere ser libidinizado bajo la óptica del amor para no ser vivido con tanta angustia?

### **Un deseo no anónimo**

La madre es una función, pero también es un lugar. Es una respuesta a un llamado que se hace desde el vacío de cada uno. “¿No es acaso <<madre>> el nombre que define las manos de ese primer Otro que cada uno de nosotros invoca en el silencio de su vacío? ¿Nacer no es siempre ser recibido por las manos del Otro?” (Recalcatti, 2000, p.12) La madre es el Gran Otro de la vida de todo neurótico cuya función es hacer un lugar para un niño que entra a la preexistencia del lenguaje. No es solamente una mujer que da a luz sino aquella que presta cuerpo a esta función y traza con su deseo la pulsión de vida que sostendrá al niño en su devenir.

La función del residuo que sostiene (y a un tiempo mantiene) la familia conyugal en la evolución de las sociedades resalta lo irreductible de una transmisión- perteneciente a un orden distinto al de la vida adecuada a la satisfacción de las necesidades- que es la de una constitución subjetiva, que implica la relación de un deseo que no sea anónimo (Lacan, 1969).

Este deseo no anónimo es aquel que tiene a alguien que lo encarna, que se apropie del mismo. Esta transmisión de añoranza, de significantes y significados, de todo el lenguaje que acoge antes que el niño nazca, es importante ya que permite que el niño no llegue a un vacío sino a un deseo en el cual se lo espera. Que exista deseo en la madre, más allá de la oxitocina que pueda producirse, depende de su historia personal y la decisión de querer volverse este Otro de la demanda.

Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la Madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo. (Lacan, 1969, párr. 13)

Recalcatti habla de dos madres en su libro *Las manos de la madre* (2017); la Madre toda, fálica que actúa respecto al hijo en función de lo que tiene y puede dar. Esta se siente completa con el hijo y no desea por fuera de

él ya que está en una posición masculina de tener el falo y desde la cual no opera la falta. La otra es la Madre que actúa por la vía de las carencias, que da espacio a la falta para que el niño pueda desear por fuera de ella. Es la madre que no ha olvidado que es mujer y cuyo deseo no es colmado por el hijo.

Esta madre en falta, la madre no toda sino la suficientemente buena es la necesaria para que la madre no engulle a su hijo como objeto a (lo que suele pasar con la madre cocodrilo y en relaciones de estrago materno) y que ayude a su hijo a desear por fuera de ella, sin completarlo e introduciéndolo en la falta constitutiva que le permitirá desear y hacerse un lugar en su entorno. No obstante, cada mujer materniza de acuerdo con lo que sabe. De acuerdo con su experiencia de ser hija.

### **La novela familiar**

*Salí de la ducha, me incliné sobre el lavamanos y empecé a maldecir con voz grave y rabiosa. Iba a odiar a mi hijo por aquello. Todas las madres debían de odiar en secreto a sus retoños por el inevitable dolor del parto. En aquel momento entendí perfectamente a mi madre... El dolor y el sacrificio no podían perdonarse... Lo que más deseaba en ese momento era estar con ella. (Diffenbaugh, 2011, p. 188)*

Al rastrear la pregunta parafraseada del fantasma, ¿qué quiere el Otro de mí?, siempre se llega al ámbito familiar, porque constituyó el primer Gran Otro. El lugar que ocupó el sujeto en esta familia se repite en otros contextos sociales donde se responde desde esta misma posición. Es ahí donde se ve esta repetición que reafirma los significantes con los cuales el yo se construyó a lo largo de la vida. Ahora, se debe entender que estos significantes que el sujeto recoge son de acuerdo con su propia abstracción de este grupo, en concordancia con la ficción que se construyó de lo que esta familia demandaba de él. Es por ello por lo que, en una misma familia, criada por los mismos padres, cada uno tiene una versión de los padres que los estructura y nombra de manera diferente (Leserre & Battista, 2001; Ramírez, 2014).

La novela familiar es una interpretación yoica del lugar del sujeto en la estructura familiar. La novela es la selva fantasmática que hay que depurar

para construir el fantasma, a partir del cual ubicamos rasgos, identificaciones y condiciones de goce que dan cuenta de su modalidad de elección de objeto. El fantasma pone en evidencia la repetición que juntamente con el significante amo determina los avatares de la vida de un sujeto. (Leserre & Battista, 2001)

Lacan dice que el gran Otro es el tesoro de los significantes, en este caso la familia funge como esta selva fantasmática donde se atribuyen significantes. “La que siempre ha podido con todo”, “el débil”, “la oveja negra de la familia”, “el cuidador”, todas estas posiciones fantasmáticas ante la vida se forman desde la infancia y determinan las transformaciones que sufrirá quién los porta.

Lacan en su texto *Dos notas sobre el niño* (1969) bosqueja la frase “el niño es síntoma de la pareja parental”. Se entiende como síntoma a aquella verdad que representa lo que realmente está ocurriendo en la pareja parental. Por ende, el niño en posición de objeto es la señal de alerta, el residuo de esta relación. “La articulación se reduce mucho cuando el síntoma que llega a dominar compete a la subjetividad de la madre. Esta vez, el niño está involucrado directamente como correlativo de un fantasma” (Lacan, 1969). Si no ocurre la separación por medio del Nombre del Padre, el niño corre el riesgo de quedar encapsulado en la subjetividad de la madre: “El sostenimiento del padre como semblante, es aquello que permite al sujeto recubrir con el velo de la castración y de lo prohibido aquello que presentifica un goce materno insoportable” (Farré, 2016, p. 6). De esta forma el niño queda involucrado a un fantasma, al de su madre, a su subjetividad. En cierto modo responde a sus propias fantasías, completa, le da la razón. En los casos de estrago materno, donde no hay separación, el niño queda presa de todo lo que dice la madre, lo cual queda como ley indefendible ante él, que no da la opción de elegir. El sujeto elige qué significantes toma y cuáles no gracias a la ley del padre que no le permite ser tomado todo por los dichos de la función materna.

En su texto *Complejos familiares*, Lacan analiza cómo este primer momento de la infancia impacta en las futuras relaciones que se establecen con los otros. Mario E. Ramirez (2014) define los complejos familiares como

“conjunto de palabras y de pasiones referidas al padre, a la madre, a los hermanos, así mismo y a la sociedad que se va transmitiendo de una generación a otra” El yo se encuentra a los mismos otros con otras caras y los sujetos se relacionan en conformidad con cómo vivieron estas experiencias infantiles.

(...) se comprobó que los complejos desempeñan un papel de «organizadores» en el desarrollo psíquico; de ese modo dominan los fenómenos que en la conciencia parecen integrarse mejor a la personalidad; se encuentran motivadas así en el inconsciente no sólo justificaciones pasionales, sino también racionalizaciones objetivables. De ese modo, el alcance de la familia como objeto y circunstancia psíquica se vio incrementado. (Lacan, 1938, p.7)

La familia dejó de ser estudiada desde la moral de la época para ser abordada por la psicología como objeto que impacta en la psiquis. Lacan inicia su reflexión con el complejo de destete, el cual está marcado por el proceso de ablactación que es cuando la sociedad impone que la lactancia materna debe ser reemplazada por alimentos que aporten mayor valor nutricional para el niño.

El destete: crisis del psiquismo. Traumático o no, el destete deja en el psiquismo humano la huella permanente de la relación biológica que interrumpe. Esta crisis vital, en efecto, se acompaña con una crisis del psiquismo, la primera, sin duda, cuya solución presenta una estructura dialéctica. (Lacan, 1938, pp. 9-10)

Este complejo es necesario para marcar una separación entre la madre y el hijo. Esta separación es importante para que se configure la personalidad. “Todo desarrollo pleno de la personalidad exige este nuevo destete. Hegel señala que el individuo que no lucha por ser reconocido fuera del grupo familiar nunca alcanza, antes de la muerte, la personalidad” (Lacan, 1938, p.12), Esta separación requiere una sublimación y abstracción de la madre para poder hacer un lugar en sociedad. No obstante, este complejo no siempre se logra completamente ya que, al menos en la cultura latinoamericana, el hijo siempre vuelve a la casa de la madre, este apego no se tramita por completo.

El complejo de intrusión, por su parte, es el que marca la relación del niño con sus hermanos. Representa la experiencia que realiza el sujeto primitivo, por lo general cuando ve a uno o a muchos de sus semejantes participar junto con él en la relación doméstica: dicho de otro modo, cuando comprueba que tiene hermanos. (Lacan, 1938, p.13)

Es la agresividad que se da ante la intrusión de un hermano ante el dominio del hijo primogénito, objeto de todos los afectos y admiraciones hasta el momento. Se contrasta con la zoología ya que esta agresividad de sin fundamento ya que la lactancia asegura las mismas condiciones de supervivencia para ambos hijos. Este complejo bosqueja los sentimientos hostiles que se tienen hacia los pares y que se reproducirá en otros contextos. La afirmación va del lado de la segregación del otro, es parte de defenderse y construir lo propio, no obstante, salir del complejo es no quedarse atrapado en relaciones imaginarias. Para salir de la relación imaginaria se requiere a un tercero que medie esta relación. La autoridad del padre es quien debe poner en palabra este conflicto, y hacer que de lo imaginario pase a lo simbólico de las relaciones. Muchas veces, en los contextos hospitalarios, hay mucho complejo de intrusión cuando las enfermeras suplantando momentáneamente el rol de cuidadoras de las madres, puede darse esta relación (Lacan, 1938; Ramírez, 2014).

Miller, en la misma línea de hablar de lo estructurante que es la familia en la psiquis del sujeto, en su texto, *Cosas de familia en el inconsciente* (2007) dirá que:

(...) la familia está esencialmente unida por un secreto; está unida por un no dicho. ¿Qué es ese secreto?, ¿qué es ese no dicho? Es un deseo no dicho, es siempre un secreto sobre el goce: de qué gozan el padre y la madre. (p.17)

Avanzando con la concepción de la familia, Miller va a analizar que la razón por la que se mantienen unidos dista de las clasificaciones de Levi Staruss ya que antes de hablaba de padre, madre e hijos en común lo que el psicoanálisis reemplaza como Nombre del padre, deseo maternos y objetos

a. El matrimonio que funda y mantiene unido esta relación ha sido reemplazada por el malentendido, o el secreto.

La familia no está unida solo por la legalidad de un acuerdo, las promesas de amor y fidelidad, sino por aquel secreto que no se ve, por lo propio de sus goces (de la pareja parental) que encuentran que configuran las relaciones familiares. A su vez los padres muestran la no relación sexual, la ejemplifican y muestran esta falta presente pero no exteriorizada.

Por ello, la familiar es un lugar de interpretación inagotable, pues cada familia tiene un punto “de eso no se habla” y no hay una sola familia sin ese punto; puede ser el tabú del sexo o hablar de la culpa de un abuelo. Hay siempre temas prohibidos y las cosas de familia tienen siempre en su centro cosas prohibidas. (Miller, 2007, p.19)

Este secreto es de un modo de goce del que no se habla, es un saber sobreentendido que no se cuestiona ni se alcanza a entender.

En el caso de las madres, estas fueron hijas de otras madres que dejaron sus huellas psíquicas en ellas y es de la familia de donde se tomar todos los significantes posibles para construir su forma de materner: “Los recuerdos y experiencias que la mujer vivió durante la infancia le ayudan a crear y sostener el sentimiento materno, abrigando al lactante.” (Sarmiento & Egas, 2021) Al hablar con una mujer sobre sus experiencias al materner, en todas ellas trae a su memoria la experiencia más cercana de sus propias madres. La maternidad remite a lo propio porque abre un espacio anterior de enunciación, el de ser hija, a su vez que vuelve a la mujer Otro que anunciará la vida de su hijo.

## **El hijo enfermo como herida narcisista**

### ***Madre de un hijo enfermo: daño al narcisismo***

Nacer y elaborar un ser son dos procesos que el ser humano no se aúna, sino que construye a través de los significantes que recibe. Apropiarse de la imagen, construir una subjetividad, libidinizarse, son tareas que son inconscientes, se hacen en la infancia, pero repercuten hasta la adultez. El

narcisismo era entendido como una patología en donde se apropiaba del cuerpo para darle un trato sexual según Paul Nacke (1899) quien tomaba en su casuística quienes revelaban estas conductas perversas. No obstante, Freud trae el narcisismo para referirse a otros aspectos: “(...) el narcisismo no sería ya una perversión sino el complemento libidinoso del egoísmo del instinto de conservación; egoísmo que atribuimos justificadamente en cierta medida a todo ser vivo” (Freud, 1914, p.2). Es importante para la supervivencia el narcisismo, tanto para que en la primera infancia uno sea acogido por el otro como en la adolescencia y la adultez donde se ve cuánto cuidado y afecto tiene la persona sobre su cuerpo, sobre su ser. Se necesita cierto egoísmo para sobreponer la satisfacción de las propias necesidades con el fin de subsistir (Asociación libre, 2016; Freud, 1914).

Desde Freud existen dos tipos de narcisismo. El narcisismo primario responde a un momento cuando toda la libido está investida en uno mismo. Es una fase autoerótica y es cuando el niño se toma a sí mismo como objeto de amor antes de tomar otros objetos. El narcisismo secundario, en contraste con el anterior, no es un momento ya que puede llegar a ser una estructura como es en las psicosis, en el caso del narcisismo esquizofrénico. Aquí ocurre una identificación con el otro, el yo invierte objetos para después estos se repliegan y vuelva a caer en el yo. Esto quiere decir que a pesar de que se toma a un objeto externo se termina amando a uno mismo en otros (Freud, 1914; Martínez-Castro, 2012).

También el histérico o el neurótico obsesivo pierden su relación con la realidad, y, sin embargo, el análisis nos demuestra que no han roto su relación erótica con las personas y las cosas. La conservan en su fantasía; esto es, han sustituido los objetos reales por otros imaginarios, o los han mezclado con ellos, y, por otro lado, han renunciado a realizar los actos motores necesarios para la consecución de sus fines en tales objetos. Sólo a este estado podemos denominar con propiedad 'introversión' de la libido, concepto usado indiscriminadamente por Jung. (Freud, 1914, p. 3)

Este fragmento muestra cómo la libido vuelve al yo, esta introversión, no se da como la psicosis donde hay una pérdida de la realidad ya que todo recae en la persona. Más bien, esta introversión en las neurosis es mediada gracias al recurso de la fantasía donde se sustituyen estos objetos de la realidad por los imaginarios y se unen a las identificaciones que harán parte del sujeto. Estas fantasías son abstracciones de personas de la realidad de las cuales se apropian las personas para conformar su realidad. Dado este segundo narcisismo, las personas pueden optar por la vía de elección de objeto en dos presentaciones: La libido yoica y la libido objetal, donde mientras más se favorezca una de estas, más disminuirá la otra:

La libido objetal nos parece alcanzar su máximo desarrollo en el amor, el cual se nos presenta como una disolución de la propia personalidad en favor de la carga de objeto, y tiene su antítesis en la fantasía paranoica (o auto percepción) del «fin del mundo» (Freud, 1914, pp. 4-5)

Esta libido objetal puede ser lo que ocurre en la maternidad quienes se despojan de su autocuidado y de toda atención a su propia persona debido a que es el hijo el que se encuentra catectizado por la libido. Es un proceso importante ya que esto asegura la supervivencia del infans, sin embargo, quedarse en estas proporciones entre libido del yo y libido objetal pueden traer sus consecuencias.

Se destacan otros caminos para investigar el narcisismo: las enfermedades orgánicas, la hipocondría y la vida amorosa del ser humano. De las primeras destaca que la libido que estaba en el mundo externo se sustrae, se pierde interés y retorna esta libido con fines de curación. En la hipocondría esta libido retornará, pero se localiza en el órgano. Prevale la libido yoica (Asociación libre, 2016; Freud, 1914). La tercera es pertinente para este estudio por lo que se explaya su contenido a continuación.

Pero de este descubrimiento no hemos concluido que los hombres se dividan en dos grupos, según realicen su elección de objeto conforme al tipo de apoyo o al tipo narcisista, sino que hemos preferido suponer que el individuo encuentra abiertos ante sí dos caminos distintos para

la elección de objeto, pudiendo preferir uno de los dos. Decimos, por tanto, que el individuo tiene dos objetos sexuales primitivos: él mismo y la mujer nutriz, y presuponemos así el narcisismo primario de todo ser humano, que eventualmente se manifestará luego, de manera destacada en su elección de objeto. (Freud, 1914, p.16)

Freud (1914) muestra la escena de la madre amamantando al hijo para bosquejar como de la necesidad se puede pasar a la satisfacción de deseos sexuales, ya que no se da solo leche ya que se complementa con mimos, caricias y afectos. En esta vía, existen dos objetos que se pueden elegir objeto de amor: la madre o sí mismo. Si se escoge al bebé, a sí mismo, se estaría del lado de la libido yoica. Respecto a esta se presenta a los gatos, a las fieras y a las bebés quienes están desde esta vía. “Resulta, en efecto, fácilmente visible que el narcisismo de una persona ejerce gran atractivo sobre aquellas otras que han renunciado plenamente al suyo y se encuentran pretendiendo el amor del objeto” (p.16). Estos objetos predilectos de amor, a pesar de parecer ensimismados en sus propios cuidados y no prestar atención al exterior, muestran ser objetos predilectos de amor y donde las personas derraman sus cuidados precisamente porque tienen inaccesible su libido, el hecho de que no renuncien a ellas los hace atractivos para quienes están en una posición anaclítica (o de apoyo). Si se escoge a la madre se estaría ante una elección anaclítica donde se invierte un objeto externo a uno.

La mujer puede tomar cualquiera de estas dos elecciones. No obstante, la posición de madre tiene una marcada libido de objeto:

También para las mujeres narcisistas y que han permanecido frías para con el hombre existe un camino que las lleva al amor objetal con toda su plenitud. En el hijo al que dan la vida se les presenta una parte de su propio cuerpo como un objeto exterior, al que pueden consagrar un pleno amor objetal, sin abandonar por ello su narcisismo. (Freud, 1914, p.17)

La elección narcisista refuerza este primer narcisismo y que complace en demasía al yo. En la elección narcisista más allá de amarse a uno mismo, se satisface sabiendo que se es amado. Las mujeres narcisistas, al tener un

hijo, cuando se da la separación es cuando se puede comenzar a amar al infans como objeto.

Por último, hay todavía otras mujeres que no necesitan esperar a tener un hijo para pasar del narcisismo (secundario) al amor objetal. Se han sentido masculinas antes de la pubertad y han seguido, en su desarrollo, una parte de la trayectoria masculina, y cuando esta aspiración a la masculinidad queda rota por la madurez femenina, conservan la facultad de aspirar a un ideal masculino, que, en realidad, no es más que la continuación de la criatura masculina que ellas mismas fueron. (Freud, 1914, pp. 17-18)

Es importante recordar que a pesar de que la libido objetal se exteriorice, siempre termina regresando a uno mismo. Este es el caso de esta vía de mujer donde este narcisismo secundario le sirve para recuperar la posición de algo que alguna vez fue y que se materializa con la elección de objeto de amor de un hombre.

Freud, en su texto *Introducción al narcisismo* (1914), explica que uno ama conforme al tipo narcisista: lo que uno es (a sí mismo), lo que uno fue, lo que uno quisiera ser y a la persona que fue una parte de uno mismo. Toda falta a uno mismo sería una herida narcisista. Baranger (1991) la define de la siguiente manera: “Se denomina herida narcisista a todo lo que viene a disminuir la autoestima del yo o su sentimiento de ser amado por objetos valorados”.

Cuando un hijo debe ser hospitalizado, sí se produce un daño a todos estos tipos de amor ya que no responde a todo lo idealizado. Las marcas de un diagnóstico o pronósticos de vida no favorable y que va en contra de las expectativas, afecta precisamente porque este niño, en el caso de las madres, fue parte de sí mismas. Afecta también a su imagen como sujeto ya que se pregunta si hay algo en sus genes que esté causando este malestar. Asimismo, a lo que uno quiere ser, la posibilidad de ser padre. A su vez a ser amado por objetos valorados ya que las culpas y las preguntas de por qué se dio esto, no se hacen esperar. Heridas con las que las madres deben cargar sin protestar según los ideales de maternidad que se tienen por estándar.

En *Una dificultad del psicoanálisis* (1917), Freud habla de tres heridas narcisistas que en universalidad se padecen y atraviesan a todos los seres humanos. La primera es la cosmológica que es confirmar que los planetas, el sol, y otros cuerpos celestes no giran alrededor de la Tierra, por lo contrario, la Tierra gira alrededor de ellos. Por consiguiente, la ilusión de ser amos de este mundo cae gracias a Copérnico en el XVI, aunque estos planteamientos ya se decían con anterioridad. La segunda afrenta es la biológica y llega del lado de Darwin quien encuentra que la especie humana no es más que otras especies debido a su descubrimiento de la teoría evolutiva.

La última será la psicológica. Surge la pregunta de por qué hay una discordancia entre lo que se piensa y se hace. Parece que hay una invasión ajena, algo extraño que no permite que el yo siga las consignas que conscientemente se mandan.

Lo anímico en ti no coincide con lo consciente para ti; que algo ocurra en tu alma y que además te enteres de ello no son dos cosas idénticas... ese servicio noticioso falla y tu voluntad no llega más lejos que tu saber. (Freud, 1917, p.134)

La enseñanza de Freud es lo que dará apertura a lo que Lacan denominó goce, aquello propio irreductible, que escapa todo control y cuya satisfacción es paradójal. No obstante, en este punto de la teoría, es bueno recalcar que el “yo no es amo de su propia casa” y esta herida narcisista muestra que no todo lo que conscientemente se quiere, se puede ya que hay algo pulsional que no termina de acoplarse a los mandatos del yo. Un ejemplo puede ser las quejas que no son inconscientes ya que a las madres les cuesta reconocer que hay algo que rechazan de sus hijos por no acoplarse al ideal que se tenía.

Díaz & Ramírez (2020) realizan un estudio para analizar los relatos de madres con hijos con discapacidad con el fin de encontrar información acerca de su subjetividad. Encuentran que estas mujeres cargan con la doble culpabilidad de no cubrir las necesidades integrales de los niños y de ser de quienes se espera el cuidado. Este vivir en función del otro se representa en estos relatos, configuraciones subjetivas constitutivas por mandatos culturales

y sociales del ser mujer-madre, que las invisibiliza. Traen a su vez otros estudios que apoyan sus resultados.

Marre et al (2015) analizaron, a partir de un trabajo de entrevistas a mujeres madres, las expectativas sociales para ser una buena madre, en especial cuando se tiene un hijo en una condición especial. Muestran el establecimiento de mitos que se vuelve realidades relacionadas con definir su existencia en términos de la necesidad de su hijo, ser resistentes y capaces frente a cualquier problema (causando sentimiento de soledad y aislamiento), renunciar a sus trabajos (disminuyendo su autoestima) y mantener la apariencia de normalidad (sin ser escuchadas y comprendidas). (Díaz & Ramírez, 2020, p. 53)

Todos los cambios que trae la crianza de este ser tiene impactos a las dinámicas familiares, sociales y económicas y a su autopercepción. Esto se debe a que en una sociedad donde la productividad es sinónimo de valía, el cuidado de hijos no tan productivos desde la lógica capitalista trae daños al yo. En este trabajo se encontraron rasgos de subjetividad que se repitieron en estas madres:

Se pudieron así relacionar varios elementos: el ser mujeres-madres, el mandato del cuidado, la culpa por la condición de sus hijos e hijas, la culpa por sentir que no pueden ser apoyos suficientes para ellos y la condición de la discapacidad innegable, de tal modo que se produce una imbricación de elementos constituyentes de las experiencias maternas, que coproducen la configuración subjetiva de estas mujeres y madres. (Díaz & Ramírez, 2020, p. 57)

Estos diálogos abren la pregunta acerca de la realidad de las madres que están en condiciones críticas en ámbitos hospitalarios, ¿se alinearán sus percepciones respecto a estos relatos mencionados con anterioridad debido a las largas estancias de hospitalización? ¿Qué tanto de ellas queda después de eventos como este?

## **El transactivismo**

*Me enjaboné el pelo a toda prisa y dejé que me entrara agua en los oídos para no escuchar aquel berrido. No funcionó. Tuve la extraña intuición de que si salía fuera y cruzaba toda la ciudad, seguiría oyéndolo; de que aquel grito estaba conectado a mi cuerpo a través de algo más que las ondas sonoras. La niña me necesitaba; su hambre me reclamaba y se extendía desde su cuerpo hasta el mío. (Diffenbaugh, V, 2011, p. 202)*

Lacan toma la noción del estadio del espejo del experimento de Henry Wallon (1931) denominado el Test del Espejo, aunque él atribuye este mérito a Baldwin. Este consistía en comparar las reacciones entre un bebé humano de 6 meses y una cría de chimpancé de la misma edad cronológica con el fin de examinar sus habilidades de autoconocimiento. De ello se extrajo que el chimpancé advertía que esta imagen era un reflejo y perdía interés, mientras el bebé se queda cautivada por la imagen en el reflejo, de esta identificación alienante que le permite a Lacan extrapolar estos resultados para hablar de la constitución del yo. Este proceso estará encuadrado entre los 6 meses y los 18 meses. En esta el niño acoge esta imagen con júbilo identificando que le pertenece (Inconsciente en pantuflas, 2020; Lacan, 1949). Tal como se expone en El estadio del espejo como formador de la función del yo (je):

El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio infans, nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto. (Lacan, 1949, p. 2)

A pesar de que el infans no ha alcanzado la maduración de motricidad, si tiene desarrollada y capacidad visomotora por lo que puede reconocerse en la completud del reflejo del espejo. Esta primerísima imagen es un yo primitivo, imaginario, sin su determinación social. No obstante, el estadio del espejo no se queda así ya que debe darse el proceso simbólico donde quien cumpla las

funciones materna o paterna, afirme que lo que está viendo en la imagen es él (Rojas & Soto, 2007).

Este momento en que termina el estadio del espejo inaugura, por la identificación con la imago del semejante y el drama de los celos primordiales (tan acertadamente valorizado por la escuela de Charlotte Bühler en los hechos de transativismo infantil), la dialéctica que desde entonces liga al yo [je] con situaciones socialmente elaboradas. (Lacan, 1949, p.5)

Ya hablar del área de lo simbólico es incluir al Otro en la ecuación ya que este “lugar” termina de formalizar la operación de constitución del yo. La identificación con semejantes que permiten obtener de este Otro los significantes con los cuales cada uno moldea su personalidad; se elige que escoger de la imagen que estos otros proyectan. Los celos primordiales refieren a esta agresividad innata que permiten diferenciar al niño de sus pares y que a veces se pierden en el fenómeno del transativismo infantil donde hay confusión entre lo propio y lo ajeno, el ejemplo predilecto son los niños que muerden a otro y lloran, son limitaciones que dan forma en la infancia (Rojas & Soto, 2007: Berges & Balbo, 1999).

En efecto, al pronunciar un discurso transativista, la madre fuerza al niño a integrarse a lo simbólico; lo obliga a tener en cuenta los afectos que ella nombra, para designar sus vivencias en referencia a las suyas propias. Lo apremia a limitar su actividad, sus experiencias.... Lo característico del pensamiento transativista, también golpe de fuerza es negar lo real experimentado por el otro, pero para forzarlo a hacerlo. Éste va a experimentar realmente, y en un efecto de espejo, lo que otro (la madre, en particular) supuso y él debe experimentar. (Berges & Balbo, 1999, pp. 10- 11)

El discurso transativista va del lado del registro imaginario y no va del lado patológico en su constitución en las primeras etapas de la vida. El transativismo para Berges & Balbo (1999) trabaja para lo simbólico al empujar a la diferenciación como defensa ya que es un proceso en el que se fuerza al niño a entrar a lo simbólico al nombrar por él. Explican que esta entrada no es traumática del lado del trauma sino del lado de lo real que da apertura a

encontrar lo simbólico que medie esta relación, este vacío. El discurso transivista es cuando la madre pone en palabras aquello que el niño no sabía de él hasta ese momento, como es la localización del dolor en su propio cuerpo cuando el niño está comenzando a apropiarse de este. Berge & Balbo hablarán de que hay una doble negación, fundamentales para instaurar al niño en el campo simbólico a través del transivismo. Se le llama negación porque no hay un acceso directo y no mediado a la información. En la primera negación, el niño se golpea y no reacciona porque no sabe cómo reaccionar a esto, no puede traducir la experiencia en palabras. La segunda negación es cuando la madre se queja del golpe sin haberlo padecido y es donde el niño incorpora esta experiencia, viciada por el marco referencial de significantes de la madre, y entiende la experiencia tal y como la experimentó la madre. Es la intervención del Otro lo que media esta relación e introduce a fuerza a lo simbólico.

El transivismo contribuye a la constitución del niño como sujeto, ya que la madre presupone que él desea o necesita algo que ella misma debe poner en palabras. De esta manera, facilita la separación del niño respecto a ella, al diferenciar entre lo que él desea y lo que ella logra traducir. Al mismo tiempo, este proceso se vincula al deseo de la madre, ya que cuando el niño busca la mirada de la madre, está demandando un saber de ella, un saber relacionado con lo que él experimenta y sufre. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando a la madre no le alcanza para responder al niño desde su fantasma? O cuando por algún hecho traumático no logra devolverle al niño lo que siente. El transivismo, como se evidenciará a continuación, no se resuelve en la infancia y puede ocurrir en otros periodos de la vida donde existirá indiferenciación ya que el yo se pierde en el otro especular. Esto ocurre en Yáñez, C (2008) trabaja el transivismo de madres a hijos desde el contexto de la violencia y el abuso sexual infantil (ASI) y encuentra que muchas de estas madres se culpabilizan por no haber sido capaces de darse cuenta del abuso de sus hijos aun cuando ellas mismas reconocen haber pasado por un ASI.

Una madre paralizada por los traumas de su propia historia difícilmente va a poder ver al sujeto que hay tras su hijo, y por ende, hacer de

espejo, debido a que la naturaleza del trauma le impide anticiparse, en la medida que toda evocación al trauma, ahora experimentado por su hijo victimizado sexualmente, revive su propio trauma, motivo por el cual impide que ella pueda identificarse a su dolor y transitarlo, por el hecho de estar confundida imaginariamente con su hijo. (Yáñez. C, 2008, p. 11)

Es importante este punto no solo para casos de ASI sino en general para toda experiencia traumática donde en ocasiones las madres no pueden devolver a su hija nada de la experiencia ya que esta misma las atraviesa a ellas. Cierra sus ojos al dolor del hijo porque no tienen recursos para tramitar los propios. Esto se puede ver cómo hay ocasiones en las que se minimiza el dolor del otro, o los silencios incómodos que toman lugar en las visitas a los niños en las áreas críticas, evitación de la angustia. Tuve un caso de una madre cuya hija había sido brutalmente atacada por un animal. La niña tenía pesadillas, pero cada vez que quería hablar de ello la madre la silenciaba y le decía que piense en otra cosa. Esta madre no estaba en condiciones de ser espejo del dolor de la hija, y de esta forma insertar esta experiencia en lo simbólico, ya que la situación la conectaba con sus propias culpas y no le permitían ayudar a su hija a tratar de integrar esto traumático en su cadena discursiva.

Si ella está imposibilitada para nombrar sus afectos, se corta el discurso transivista, en la medida que ella no puede nombrar a lo que ella se identifica, que es, al dolor de su hijo. De este modo, esta ceguera remite más bien a una defensa para no revivir ese dolor, dolor que la remite a su propia historia. Por el hecho de que esté en juego la dimensión de la mirada, se pone de manifiesto una superposición identificatoria, donde el lugar de hijo es sobre el cual se rivaliza. Es frecuente percatarse de muchas madres compitiendo con sus hijos a propósito de quien sufrió más, recriminándoles su capacidad de superación de sus vivencias traumáticas, esperando que sus hijos hagan lo mismo que ellas, minimizando lo subjetivo de sus vivencias. (Yáñez. C, 2008, pp. 12-13)

Es un “no veo en él lo que no quiero ver en mí”. En el contexto de prácticas, se observaron algunas madres que se encontraban internadas en el hospital por primera vez debido a la situación de salud de sus hijos. Esto traía un gran monto de angustia ya que no tenían recursos para simbolizar esta experiencia que las atravesaba. ¿Cómo ayudar a estas madres, en donde la hospitalización les deviene traumática, para que ellas elaboren un saber hacer a sus hijos? Al final, ¿no es ese el rol del psicólogo? Posición en la que se hace trae a la consciencia algo de lo propio del dolor intersubjetivo al paciente a partir de esta demanda de atención psicológica. Son los señalamientos que se hacen en las entrevistas las que permiten disminuir estas cegueras defensivas para acompañarlas a no rivalizar ni esconder el trauma y el dolor, sino darles tratamiento por medio de la palabra.

## **CAPÍTULO 3**

### **La institución hospitalaria**

La institución hospitalaria por definición es un espacio dentro del andamiaje del sistema de salud en el cual coexisten sujetos que ayudan a la recuperación de la salud (doctores, enfermeros, camilleros, etc) y sujetos que requieren esta ayuda para la recuperación de esta. Su objetivo es la rehabilitación, el cuidado y la retribución de la salud perdida, pero dentro de ella se desarrollan todo tipo de dinámicas. Sin embargo, más allá de ser un lugar físico, también es un hito.

El tiempo y el espacio se perciben diferente en el hospital. Al cruzar la frontera simbólica del afuera hacia adentro, se pone en pausa el tiempo biográfico y social del paciente, quien queda inmerso en el tiempo hospitalario, en las prácticas médicas y a merced de los demás agentes involucrados en los rituales asistenciales y administrativos del nosocomio. Las interacciones sociales en el espacio clínico están atravesadas por las articulaciones y tensiones de las actividades de quienes participan en el proceso de atención. Se trata de una organización en red que provoca la interdependencia, que puede ser más o menos fluida en un mismo espacio o en la coordinación de los servicios. (Hamui-Sutton, L, 2021, párr. 4).

Es una hiancia, una brecha de tiempo no recuperable, un traumatismo, un antes y un después. Todo lo que está fuera del contexto hospitalario queda en pausa, sobre todo en hospitales pediátricos donde para los padres no hay tema más importante que el mejoramiento de sus hijos.

Es el lugar de lo instituido donde las múltiples prescripciones y reglas llevan a la normativización necesaria para que se sigan los procesos de mejoría. No obstante, agrupar a los pacientes bajo un diagnóstico puede borrar las subjetividades midiendo estados anímicos dependiendo de la gravedad de sus diagnósticos con comentarios como “hay pacientes que están peor que usted, alégrese de su condición” No considerando que antes que enfermos son personas que reacciones de acuerdo con su historia previa y con los recursos que posean. Kugler (2018) dirá que en la práctica en hospitales “Las normas eran muchas y regían el trabajo psicológico, era un

trabajo donde se escuchaban síntomas sin sujetos.” (p. 390). Donde la demanda es extirpar síntomas sin indagar qué funciones cumplen los mismos en la estabilización psíquica de los sujetos. Es aquí donde el discurso psicoanalítico toma forma de lo instituyente, emerge lo diferente que rescatará a los sujetos de los estragos de lo igual.

Un concepto que surge en los hospitales es la distancia entre demanda y deseo, ambos articulados a la praxis. La demanda es la necesidad atravesada por el lenguaje, dirigida a un Otro del cual se cree existe algo que se pueda obtener y de la cual atañe a la falta ya que se pide lo que no se tiene. Sin embargo, la demanda no alcanza a englobar o traducir lo que realmente se quiere, de ahí viene el deseo, lo que queda de la demanda sin la necesidad, lo irreductible y propio del sujeto vía en búsqueda de al irrecuperable, va del lado de completar lo que cree que el Otro quiere del sujeto (Palma, 2019; Sauval, 1999). Volviendo a la demanda, esta no debe ser tomada en la literalidad ya que no alcanza a enunciarse:

La demanda así se encontraría implicada como un momento (hegelianamente hablando) particular del deseo, siendo esta la contraparte donde se sitúa la necesidad que pasa por la palabra. En otras palabras, el sujeto no solamente desea cosas, sino que además debe “encontrar las palabras que serán audibles para el otro” (Chemama, 2004, p. 83) para obtenerlas o procurarse la insatisfacción. (Palma, 2019, p. 11)

Primero es necesario entender que en lo ámbito hospitalarios hay un entrecruzamiento de dinámicas, discursos y demandas. Debido a esto se debe localizar, quién demanda “Lacan señala, por un lado, que “la dimensión donde se ejerce estrictamente la función médica” es “la significación de la demanda”. “¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder?” (Sauval, 1999, p. 2) Los pacientes pueden demandar salud (intervenciones, protocolos, medicamentos, ausencia de dolor, etc. No obstante, la demanda y el deseo son diferentes y en ciertos casos puede que el enfermo esté deseando la validación de su condición. Lo mismo ocurre respecto al practicante de psicología quien debe vislumbrar la diferencia entre la demanda del médico y del paciente. Recuerdo una ocasión que me

derivaron un padre de familia con su hijo que estaba en una condición degenerativa y moriría pronto. Me encontré con un padre sostenido en el discurso religioso y con bastantes recursos simbólicos aceptando la condición sin que esta le paralice. Desde fuera, el caso ameritaba al psicólogo y la angustia de los doctores era justificable, no obstante, a profundidad el deseo del padre no iba por esta vía.

Segundo, que exista la interconsulta de psicología por parte del personal médico no significa que se exista inmediatamente el espacio analítico:

En otras palabras, la oferta de análisis no es una respuesta válida para cualquier demanda. La oferta de análisis solo puede tener sentido ante una verdadera "demanda de análisis". Mientras tanto estaremos lidiando con todas las demás formas de la demanda. Pero, como dice Lacan, a todas esas otras formas de la demanda, no corresponde "acostarlas", es decir, ofrecerles como respuesta, el análisis. (Sauval, 1999, p. 22)

El practicante necesita discriminar, pero también ayudar a entretejer la demanda de análisis del paciente, si este lo desea. Se puede tener entrevistas preliminares sin que desemboquen en un análisis. En contextos hospitalarios, donde prima una lógica resultadista y se exige constantemente un producto, una de las funciones clave del practicante es justamente ayudar a esclarecer la demanda. Sin embargo, más allá de esta exigencia institucional, es fundamental respetar los tiempos y la decisión del sujeto, apostando siempre por su proceso. Al final de cuentas, quien debe producir algo en el análisis es el paciente, no el analista.

### **La institución maternalizante**

Freud en "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921) explicaba la relación del sujeto con sus entornos y que la práctica de análisis individual termina siendo psicología social ya que al poner al sujeto en diván a hablar el mismo evocará a sus otros significativos: padres, amores, vínculos, rupturas, amigos, entre otros (Pujó, 2011):

En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, «el otro», como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y

de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado. (Freud, 1921, p. 3)

Las relaciones entre el sujeto y el Otro sigue patrones de relaciones libidinizadas que se replican en la construcción de lazos sociales. Es así como los hospitales tienen una relación privilegiada con los sujetos ya que replican la función materna. Las instituciones como la iglesia y el ejército, bajo cuyo modelo de estructuración se formarán las “instituciones maternas o maternalizantes” (Pujó, 2001; Belaga, 2004).

Según Freud, las iglesias y el ejército son grupos altamente organizados y masas artificiales en las cuales se involucran los sujetos. La razón por la que las mismas perduran se debe a que la ligadura libidinal que construyen y replican en relación con su Otro de autoridad y sus pares:

Habremos de tener en cuenta, que en las dos masas artificiales de que venimos tratando -la Iglesia y el Ejército- se halla el individuo doblemente ligado por lazos libidinosos; en primer lugar, al jefe (Cristo o el general), y además, a los restantes individuos de la colectividad. (Freud, 1921, p. 29)

Es el ideal del padre que en la iglesia es uno que todo lo sabe y acoge y en el ejército uno que representa la valentía, el honor y sacrificio, los que permiten que el individuo siga en sus líneas. Además, se ligan con sus pares sustentados en el mismo ideal, por lo que se forman ritos y celebraciones que dan identidad al grupo (Freud, 1921; Resúmenes Entelekia, 2020).

El hospital tiene esa doble función de ideal del cuidado, del lado materno, y de las reglas y protección, del lado paterno. Su permanencia como institución se sostiene en la idea de una sanidad omnipotente, capaz de responder a la fragilidad humana. En mi práctica profesional, he encontrado quejas como “no nos están prestando atención”, “ya debería haberse curado”, “mejor estaría con mis cuidados en la casa”, las cuales revelan una disputa simbólica entre el rol materno del hospital y el de la propia madre, lo que evidencia el carácter libidinal entre el sujeto y la institución.

Sin embargo, este rol maternal de los hospitales es importante y cabe recalcar que no siempre existió. El hospitalismo, concepto que se cristaliza en 1930, es un fenómeno que se presentó en niños de larga hospitalización que no contaban con el cuidado de sus madres y por ende manifestaron afecciones psíquicas y físicas. Los doctores constataron que no había avances en neonatos la afección era a nivel físico mientras en los niños habría retraso motor (Békei, 1992). Descartando las condiciones adecuadas y la correcta nutrición de los niños, pediatra como Chernyt, Parrot, Pfaundler y Schollossmann decidieron apostar por lo psíquico:

Utilizaron no obstante su saber intuitivo y emplearon el “cariño” como tratamiento para aquellos casos que no habían respondido a ninguna otra medida. Se cuenta que Schlossmann tenía en su servicio una vieja mujer, gorda y maternal. A ella confiaban los niños que parecían irreversiblemente lesionados y en sus brazos generalmente sanaban. (Békei, 1992, p. 86)

Más allá del semblante que mostraba, es más que seguro que esta mujer sostenía su praxis desde el deseo materno, les daba un lugar para existir y que conecte con pulsión de vida. Según Spitz, el hospitalismo no es reversible, cuando se llegaba a este punto, aún devolviendo a la madre o poniendo una sustituta, los daños ya estaban hechos. Spitz explica que este fenómeno se da porque los niños tienen agresividad innata y libido las cuales depositan en la madre. Sin ella, esta libido sin objeto se deposita en ellos mismo, destruyendo al propio ser (Békei, 1992). La pulsión de muerte es constitutiva, siempre acompaña al sujeto.

González (2019) investiga acerca de la pérdida simbólica en el rol maternal en madres de bebés prematuros. Narra cómo las enfermeras toman este rol de cuidado dejando a las madres relegadas a espectadoras en estas áreas donde el estado de salud del bebé requiere rigurosidad y cautela en los procesos que se les administran. Sin embargo, lo que se analiza es que este rol no se pierde, sino que se cede al no poder soportar la posible angustia de perder el objeto amado: “La reacción en ella es la de no apegarse a ese ser tan frágil con riesgo de vida para evitar que el dolor sea tan intenso una vez que lo pierda” (Quintero, 2016, como se cita en González, 2007). Además de

que “En casos en que el duelo anticipado es más intenso, la madre evita pensar en la relación con su bebé llegando incluso a no hablar de él con otras personas, por ejemplo, familiares” (González, 2019, p. 7).

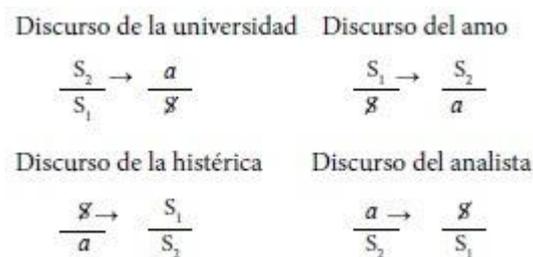
No solo se cede este cuidado, sino que a su vez su inscripción en el deseo materno, inhibida por la incertidumbre que rodea la supervivencia del prematuro. Sin duda, el hospital y su equipo buscan sostener este lugar, acoger y nutrir a los insertos en él, pero surge una interrogante fundamental ¿hasta qué punto se pueden delegar estas funciones sin generar repercusiones en el bebé en formación?

### El discurso de amo

Lacan en su Seminario 17: El reverso del psicoanálisis, traerá la concepción de los discursos para ejemplificar relaciones entre el sujeto, el Otro y su objeto a. Por medio de estos 4 agentes que, dependiendo de su posición, articulan diferentes discursos o posiciones de lazo con el Otro. No obstante, en la institución hospitalaria, el practicante de psicología debe dar rostro de S2, S1 y objeto según el caso y enlazarse en diversas relaciones discursivas.

### Figura 4

*Los 4 discursos de Lacan*



**Nota:** Representación de los cuatro discursos lacanianos que aparecen en el Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis pero la imagen es de Savio (2015)

S1 (Significante amo)

S2 (Conjunto de significantes)

\$ (Sujeto barrado por efecto de la castración)

El objeto a

El primero y del que parten las otras relaciones es el discurso del amo. Parte desde el \$ (sujeto tachado) que no tiene un saber y en donde el S1 que

es el amo extrae su saber del esclavo, es una relación tirana donde se exige producción al S2, se pide un objeto a. En cuanto al contexto hospitalario, es el doctor quien tiene control sobre los pacientes, estando en esta posición. No obstante, este discurso ya no es tan opresor como antes.

Actualmente, en el momento de la decadencia del padre, en el momento del Otro que no existe (Miller, 2005), el médico, en el ambiente hospitalario, parece no querer- o no poder- operar con el discurso del amo y sostener el lugar del señor, como en otras épocas (que no está nada mal). (Miachi & Silva, 2012, p.345)

Desde esta perspectiva, parece que el discurso del amo no es tan sólido y autosuficiente como antes ya que, debido a los cambios sociales, este es endeble:

En el discurso del Amo, la verdad que se escabulle es que el Amo está castrado, es decir que queda enmascarada la división del sujeto. Por el hecho de que esta verdad esté velada es que el discurso Amo se cree unívoco. (Fernández, 2023, p. 316)

La verdad para el psicoanálisis no es una máxima, un axioma que logra contener. Al contrario, la verdad es lo que escapa de los discursos y de la simbolización. Lo queda del lado de lo real y es disruptivo. El saber son los contenidos que se tienen en la literalidad, se acumulan, pero la verdad que sale en los lazos sociales no puede ser ignorada. Como el caso anterior, a pesar de que se define la máxima de que el Amo tiene las respuestas, la verdad es que también es un sujeto castrado, saber esto permite darles un nuevo tratamiento a sus demandas, procurando que el sujeto no quede preso de él (Fernández, 2023).

En discurso universitario es el S2 el protagonista, el saber que engloba al objeto a, es saber sobre saber teórico, aunque no se compruebe de donde viene el mismo ni si dispone de validez. Aquí se hace lazo desde una posición de saber, el sujeto está en una posición pasiva respecto a la producción de saber, lleno de frases que no le pertenecen. En la relación hospitalaria puede verse de la siguiente manera:

Al discutir el caso con el médico, el practicante pudo ver que operaba con el discurso universitario, en un modo discursivo caracterizado por S2 en el rol de agente, propio de la burocracia y los protocolos... Sin embargo, es importante resaltar la justificación del médico por su conducta y el cansancio que presentaba. A pesar de operar con el discurso de la burocracia..., algo de sumisión estuvo presente en su discurso. Cuando se queja de tareas excesivas y falta de tiempo para completarlas. (Miachi & Silva, 2012, pp. 343- 344)

En ámbitos hospitalarios se ve que el médico es quien está en esta posición de saber y desde esta se relaciona con las pacientes, aun cuando estos no logran entenderlo debido a lo cifrado de este lenguaje que muchas veces requiere traducción. Es aquí cuando el practicante debe modificar su semblante y encarnar en ciertos momentos esta condición de saber al explicar ciertos términos médicos a los pacientes. “La postura adoptada por el profesional está de acuerdo con la visión de Granha (2000), según la cual prestar palabras al individuo le permite dar significado a lo que está viviendo. Dar explicaciones sobre por qué está hospitalizado o tienes tantos dispositivos puede reubicarte en tu discurso, a pesar de la inminente posibilidad de pérdida” (Miachi & Silva, 2012, p. 346). En ocasiones, se nos permite brindar sentido para apaciguar el real que acompañan estos entornos que pueden ser muy angustiantes a aquellos insertos en él. Empero, en relación a este discurso con su verdad, hay que recalcar que existe una diferencia entre saber y verdad. Se puede acumular el conocimiento sin llegar a la verdad, que escapa a las palabras y pertenece a cada sujeto, este es uno de los imposibles del psicoanálisis, no todo se puede enseñar (Fernández, 2023).

El discurso de la histeria no debe ser confundido con la estructura de la neurosis histérica. Aunque comparten este no saber, el sujeto tachado pide un saber, pide producción de algo que no entiende. Este es necesario en la terapia ya que el analizante, sin importar su estructura debe estar en esta incógnita, en esta pregunta continua que lo lleve al análisis propio, a su búsqueda de su propia verdad.

Por parte del discurso del analista, este debe discriminar la demanda que se le hace con el fin de saber quién la hace y desde qué discurso

establece lazo con él. El analista interroga con el fin de instaurar la falta, cuestiona los significantes y adopta el semblante de objeto a (Miachi & Silva, 2012; Fernández, 2023) A pesar de lo versátil que el analista debe ser en este contexto hospitalario donde confluyen varios discursos, “Es importante señalar que (...), el practicante dejó de hacer rostro de S2 y comenzó a escuchar a la joven en una posición que estaba, en cierto modo, cerca del lugar donde rostro desde el objeto “a”, desde el lugar del objeto causa del deseo, como en el discurso del analista” (Miachi & Silva, 2012, p. 346).

Lacan en los 70 's hablará de un quinto discurso, aunque no llega a esquematizar con fórmulas ni lo formaliza explícitamente: este será el discurso y al de la ciencia a los cuales caracteriza. Según Jean Clauvrel (1978) este discurso establece su lazo social bajo la discriminación de lo normal vs lo patológico, teniendo un enfoque privilegiado la enfermedad más allá que el hombre. Esta simetría termina siendo necesaria ya que es el médico quien debe estar en la posición de responder al otro con su saber y en discursos que se sostienen y lo sostienen (Fernández, 2023).

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. (Fernández, 2023, p. 317)

La verdad que el discurso sostiene es la máxima de curar, esta omnipotencia pesa sobre el profesional y lo angustia cuando se encuentra en un punto de falta. Respecto a sus objetos, el uso de la tecnología, radiografías, exámenes de laboratorio, entre otras, distancian al médico de sus pacientes:

Es importante ubicar que esta ausencia de lejanía con relación a lo que sucede en el organismo del paciente es, paradójicamente, la omisión de la proximidad del médico con relación a ese paciente que se angustia y sufre por la enfermedad que se localiza en su organismo. (Fernández, 2023, p.317)

De esta manera puede llegar a desarrollarse burn out ya que no hay una satisfacción respecto al servicio ya que no se relaciona con los beneficiarios de este. Estas reformas se dan a favor de la eficacia y la efectividad, no obstante, lo que ocurre es que no se despega de su herencia de los sistemas capitalistas y resultadistas: “Uzorskis, siguiendo a Heidegger, propone que el saber proporcionado por la Ciencia es compulsivo: realizarle cada vez más estudios al paciente, estudiarlo más, saber más...” (Fernández, 2023, p. 317). Esta compulsión afecta a todos los inmersos en el ámbito de la salud.

El discurso del amo y el discurso de la medicina comparten su posición de saber. Cuando el paciente demanda un saber que espera del otro, el médico. “Sitúa en él el significante amo, S1. Construye un amo como garante del saber. El discurso médico transita muy cerca del discurso amo” (Vila, 2012, p. 4) Cabe recalcar, que el amo lo que busca velar es su posición de falta que no muestra en sus lazos sociales. Por el lado del discurso médico, es necesario abrir la falta para dar paso a la causa en lugar de tapanla.

## **La hospitalización pediátrica en áreas de cuidados críticos**

### ***Pacientes pediátricos especificidades***

La Unidad Crítica Pediátrica del hospital en el que trabajé estaba organizada en diferentes especialidades, cada uno de ellos con su respectiva carga emocional vinculada a la condición del paciente: UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos), CIP (Cuidados Intermedios Pediátricos), UCI Cardio (Cardiología infantil), UQ (Unidad de Quemados) y Emergencias.

### ***UCIP- CIP***

En el hospital donde realicé mis prácticas, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) y la Cuidado Intermedios Pediátricos (CIP), aun cuando ambos son parte de las áreas de cuidados críticos, se diferencia porque hay mayor estabilidad en CIP y se puede decir que el paciente está fuera de riesgo de muerte. Así mismo, los horarios de visita difieren, en UCIP

los familiares tenían 3 horarios de visita y en CIP, estos podían permanecer todo el día ahí.

Fuera de estas diferencias, todo el resto de los procedimientos y monitoreo son los mismos. Las terapias críticas tienen como fin estabilizar al paciente y mejorar su condición de salud la cual está en peligro. Los dispositivos que se encuentran son los siguientes:

- Monitoreo continuo: de signos vitales, respiración, frecuencia cardíaca, presión arterial y oxigenación las cuales se encuentran en grandes pantallas bajo el constante escrutinio de todo el personal de salud del área.
- Ventilación Mecánica: esta intervención se aplica cuando los músculos que ayudan a la respiración realizan su función de manera insuficiente. Sus dos modalidades son: invasiva (cuando se realiza una traqueostomía o tubo endotraqueal) y no invasiva (cuando se pone una máscara sobre los pacientes)
- Administración de medicamentos: intravenosos o vía oral, se controlan las dosis a diarios.
- Equipos de soporte vital: como lo son los desfibriladores, equipos de reanimación y aquellos para realizar procedimientos invasivos cuando sea necesario.
- ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation u Oxigenación mediante una Membrana Extracorpórea es destinada en casos graves cuando el paciente tiene un 80% de morir y consiste en una membrana que permite la oxigenación y circulación mientras descansa a el pulmón y el corazón esperando mejoría (Euroinova, 2023; Clínica Alemana, s.f.).

Pinto & Barbosa (2007), analizan el vínculo madre e hijo al momento de la punción venosa con el fin de analizar sus pros y sus contras. Encuentran que la madre ofrece seguridad y confort siempre y cuando ella pueda sostener esta experiencia por ella y por el niño. Cuando la madre no tiene historias traumáticas previas, su presencia sirve para mantener la calma:

Al mismo tiempo, la madre que está orientada con relación a la punción venosa puede crear la situación desconocida más familiar. El niño y la madre frente a las percepciones desconocidas crean un vínculo entre ambos que puede ayudar y dar respuestas a las situaciones extrañas.

La madre humaniza todo lo que rodea al niño, a través de sus palabras, su manipulación y su presencia dándole seguridad al niño. (p. 4)

Además del malestar que trae visualizar estos procedimientos, otros aspectos que despiertan en los padres su sufrimiento van “en relación con la separación del niño, al no poder alimentarlo, las horas reducidas de visitas, el retraso de éstas o el no poder permanecer con él, limitación de la participación en decisiones, o perturbación de su rol” (Macedo & Torres, 2017, p. 2). Respecto a los niños en estas áreas, la literatura refiere que la muerte no es siempre su fantasía y sufrimiento primario.

Los niños temen más a la soledad, la separación, afrontar la muerte y a las técnicas sanitarias que a la propia muerte. Necesitan tener en la cabecera de la cama a un ser querido. Son conscientes de su enfermedad y en muchas ocasiones prefieren ocultar su angustia para no enfadar a sus padres. (Llopis, 2011, p. 80)

### ***UCI- Cardio***

Según datos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (2023), en Ecuador 8 de cada 1000 niños nacidos tienen alguna cardiopatía, siendo las malformaciones congénitas la presentación más frecuente de la misma, requiriendo por ello intervenciones quirúrgicas.

[El Dr.] Duque señala que según la tasa de natalidad alrededor de 2.500 niños nacen cada año con cardiopatías congénitas. El 75% de ellos necesitan un procedimiento terapéutico o quirúrgico en algún momento de sus vidas y el 50%, durante el primer año de vida para su supervivencia. (Junta de Beneficencia de Guayaquil, 2023, párr. 2)

El cardiópata presenta algunas características debido a las condiciones que su enfermedad y el ámbito hospitalario le permiten. A nivel psicológico y psicomotriz, “El paciente puede mostrarse desde la más impávida tranquilidad hasta la agresión, la muerte es un fenómeno natural” (Llopis, 2011, p. 177). A nivel educativo, debido a amplios periodos de recuperación post-quirúrgico se les complica reingresar al sistema educativo por lo que sufren fracaso escolar. A nivel profesional, cuando son adolescentes o jóvenes, su ingreso en el mundo laboral se ve coartado llevando en ocasiones a la sobreprotección por

parte de sus familiares. A nivel social, la presencia de una cicatriz puede llevar al aislamiento social por miedo al rechazo, ante todas estas consecuencias, se recomienda el abordaje psicológico integral de los pacientes (Llopis, 2011; Macedo & Torres, 2017).

En cuanto al impacto hacia los cuidadores directos, debido al riesgo de la mortalidad, el grado de atención, y las dudas frecuentes al no saber si después de una cirugía inevitablemente vendrá otra, esta área contribuye a sentimientos de intranquilidad e incertidumbre en los padres de los pacientes (Macedo & Torres, 2017). Como lo trae Llopis (2011) de un fragmento de entrevista a un padre respecto a cómo vive las cirugías:

Para mí el trauma sigue siendo el día del quirófano. Para mí eso fue mortal, como un hachazo. Cuando lo meten, me impactó muchísimo, en aquel momento el mundo se me vino encima, caí de rodillas al suelo, que no podía, no sé. Ahora cuando quiero visualizarlo todavía me emociono. (p. 80)

Esta viñeta pone en evidencia el nivel de angustia que este padre presenta. Es un impacto desde lo real debido a la fragilidad que se conoce que tiene el corazón. El paciente mismo puede reacciones emocionales desde la más impávida tranquilidad hasta la agresión en un intento de regular aquello que escapa de su control. Por lo tanto, se sugiere una psicoprofilaxis para atender estas fantasías, angustias y temores que desemboca el ir al quirófano (Llopis, 2011).

Además, UCI-Cardio tiene horarios de visita restringidos y los padres tienen acceso 3 veces al día debido a la naturaleza de los cuidados. Recuerdo un padre de un paciente que me dijo que cada vez que su hijo despertaba, los pocos minutos de visita, pedía ver a su madre, atención a la que él accedía, aunque sabiendo que no había suficiente tiempo. Esto contribuye a la limitada implicación en el ámbito hospitalario, no desde la responsabilidad, más bien no estar siempre presentes con el niño por las restricciones impuestas. Es por ello que su retorno al hogar se vive como angustiante ya que, después de una operación, el temor a alguna complicación pone en zozobra a los padres quienes dependen en demasía del personal médico. Por esa razón es relevante incorporar de a poco a los padres con el fin de que puedan sentir cierto control ante esta situación.

## **UQ (Unidad de Quemados)**

La piel es el órgano más grande del ser humano y una de las primeras barreras de defensa contra patógenos externos. Las quemaduras son afectaciones en este órgano debido al contacto con un agente externo que puede ser: líquidos calientes, radiación, químicos, frío o electricidad, y se clasifican en primer, segundo y tercer grado dependiendo de la gravedad y profundidad de estas. Según la OMS, “el 70% de las quemaduras ocurren en niños menores de 5 años, lo que constituye un problema de salud pública a nivel mundial y están dentro de las primeras 10 causas de todos los tipos de lesiones” (Acosta-Farina et al., 2022, p. 65).

Un estudio transversal desde el 2014-2020 acerca de quemaduras en pacientes pediátricos (0-17 años) en Guayaquil, Ecuador, encontró que el 57% de los quemados fueron niños de 5 años, el agente causal en un 55% fue por líquidos calientes y el 75% de los quemados fueron por accidentes dentro del hogar ya sea por las condiciones precarias del hogar o descuidos por parte de los adultos, siendo causas prevenibles (Acosta-Farina et al., 2022). Esto lleva a que, en el área de quemados, se trabaja intensamente con la culpa que acarrearán las madres de los infantes.

Una quemadura es un hecho traumático en sí debido “al riesgo al que está expuesto el niño, la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias físicas y las posteriores reacciones psicológicas” (Quezada, González & Mecott, 2014, párr. 1) La naturaleza de las lesiones ya que pueden sufrir pérdida de extremidades, hay cambios en la coloración de la zona quemada, las intervenciones quirúrgicas como la aplicación de colgajos e injertos y las cicatrices permanentes que se vuelven “un recordatorio de los hechos y las reacciones de los demás a su aspecto alterado, pueden contribuir en la persona a sentirse rechazada, aislada, degradada y humillada... pueden ser ignorados, víctimas de burlas, acoso y marginación” (Quezada, González & Mecott, 2014, párr. 3).

Sin embargo, las pérdidas y el dolor son una constante en las vidas de los pacientes quemados en quienes perduran estos sufrimientos debido a la naturaleza de su tratamiento:

Los niños sobrevivientes de quemaduras poseen una serie de dificultades específicas en sus tareas que los distinguen de víctimas bajo otras formas de trauma: experiencias dolorosas diarias (como el cambio de vendajes), las frecuentes intervenciones quirúrgicas y la probabilidad de vivir con alguna desfiguración, están fuertemente asociadas con este tipo de pacientes y son particularmente diferentes a las observadas en otras formas de trauma (como los desastres naturales). (Quezada, González & Mecott, 2014, párr. 5)

Como ejemplo está el uso de ortesis, instrumentos de apoyo externo para estirar la piel y mantener la movilidad del miembro quemado. O las curaciones frecuentes donde se debe estirar la piel, masajearla para mantener la movilidad, proceso altamente doloroso y angustiante para los padres que deben aplicar estos masajes.

Esta área tiene la particularidad de ser higiénica donde se entra con mascarillas, batas de cirugía, gorros y zapatones. Aquí las madres pueden pasar todo el día con sus hijos excepto para la hora de dormir, que es cuando se retiran de la sala. De mi práctica preprofesional la queja de los pacientes pediátricos va del lado del aburrimiento y la impotencia. Aburrimiento ya que los dispositivos electrónicos están prohibidos porque pueden llevar bacterias en los mismos, e impotencia ya que muchos están inmovilizados y de su cuarto no sale.

### ***Emergencias***

Se define como Urgencia a “aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. No siempre es superponible a gravedad” (Fernández, 2020, p. 2). Sin embargo, urgencia y gravedad no son sinónimos, la primera se refiere al tiempo que transcurre entre la detección y atención y la segunda respecto al pronóstico final (Fernández, 2020); por lo tanto, en emergencias pediátricas se requiere de herramientas para discriminar ambas. El triage es una técnica de valoración clínica es el cual se determina la prioridad de atención con el fin de optimizar recursos y atender a aquellos pacientes más graves antes. Su

clasificación se da por medio del uso del Triage de Manchester (creado en Inglaterra, 1994) que divide la gravedad por colores y el cual se muestra en la Figura 5.

Esta área de emergencias requiere de eficiencia, velocidad y un diagnóstico clínico preciso y se inicia partiendo del estado fisiológico. Según Pavlicich (2017) el emergentólogo pediatra requiere dos componentes: la ágil toma de decisiones, basada en el conocimiento teórico y de protocolos, y acciones que cumplan el fin de evitar muerte y discapacidad en el infante. Esta área es de bastante presión ya que "es necesario comprender que la suerte de los niños se juega antes cruzar la puerta de la terapia intensiva" (Pavlicich, 2017).

**Figura 5**

*Triage de Manchester*

<b>TRIAGE I</b> REANIMACIÓN	<b>TRIAGE II</b> EMERGENCIA	<b>TRIAGE III</b> URGENCIA	<b>PRIORIDAD IV</b> NO URGENCIA	<b>PRIORIDAD V</b> NO URGENTE
Condición de salud extrema que amenaza la vida del paciente.  Requiere una intervención médica inmediata.	Situación de alto riesgo que representa potencial amenaza de su estado de salud.  Debe recibir una atención médica rápida.	Condición aguda, no amenazante de la vida.  Requiere consulta médica no inmediata.	Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente y no R representa un riesgo evidente.	Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente.  No representa un riesgo evidente para la vida.
ATENCIÓN: Inmediata.	ATENCIÓN: Dentro de los siguientes 30 minutos.	ATENCIÓN: Hasta 2 horas.	ATENCIÓN: De 2 hasta 4 horas.	ATENCIÓN: Cita por consulta externa.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Nota:** La imagen pertenece a Plasencia & Yáñez (2022), muestra por color los niveles de urgencia en la atención según el Triage de Manchester.

A nivel psicológico y emocional, las reacciones de los pacientes dependen de su edad, la naturaleza de la catástrofe, si está acompañado o no, la severidad del dolor y el estatus mental del mismo. En los neonatos, hay irritabilidad debido a: el dolor, al ser manipulados por personas extrañas, no poder saciar sus necesidades básicas (por motivos de exámenes o pruebas) y estar en medio no familiares. En los preescolares, a pesar de que pueden entender lo que ocurre en sus entornos, existe el miedo a que el médico les haga daño cuando los examinan lo cual puede traer comportamientos como

incontinencia, hiperactividad, timidez, mutismo, berrinche, ansiedad por separación, etc (Universidad D Salamanca, s.f.).

En los adolescentes, estas manifestaciones se presentan de la siguiente forma:

Las estrategias de afrontamiento en esta edad pueden incluir apatía, minimizar los síntomas y bromear con ellos. Los adolescentes más jóvenes pueden tener una comprensión real de la condición médica que les afecta y del tratamiento menos sofisticada de lo que aparentan, llevando al personal médico y a los padres a valorar erróneamente que están preparados para asumir la responsabilidad sobre aspectos del auto-cuidado tras ser dados de alta. (Universidad D Salamanca, s.f., párr. 4)

En ellos se maneja la disyuntiva de necesitar a sus padres como garantes de seguridad y al mismo tiempo la vergüenza de sentirse vulnerables. A pesar de las estrategias de afrontamiento que usan, los adolescentes suelen experimentar desesperanza, enfado hacia el personal médico, su condición de salud y sus familias por lo ello es importante brindarles un acompañamiento constante validando sus emociones.

En emergencias, no solo se atienden a los pacientes sino también a los padres y sus reacciones pueden ser desmedidas, no calibradas a la gravedad real de la condición de sus hijos:

La respuesta de los padres está mediatizada por una serie de factores psicológicos que incluyen los sentimientos de culpa, el miedo, la preocupación por aspectos económicos, el shock, la fatiga, la confusión y la frustración. El propio estrés pre-existente de los padres o sus problemas de salud pueden hacer más difícil enfrentarse con el estrés adicional de una crisis de salud en el niño. (Universidad D Salamanca, s.f., párr. 2)

Es imprescindible tratar el estado emocional de los padres ya que beneficia directamente al niño y también a los profesionales de la salud. El padre es el que consuela, pero también el que modela cómo se debe reaccionar ante estas situaciones. En ocasiones el padre está en shock lo que no les permite comprender la información médica, imposibilita su toma de decisiones y se traduce en las usuales declaraciones de los doctores cuando

refiere “parece que no me está entendiendo cuando le hablo”, generalmente en las instrucciones que se les da al darles de alta (Universidad D Salamanca, s.f.).

A partir de todas estas consideraciones, el National Child Traumatic Stress Network (2003) crea el estrés traumático médico-pediátrico (ETMP) que se define como “una constelación de reacciones de los niños y los padres al dolor, las lesiones, los procedimientos médicos y las experiencias de tratamiento invasivas o atemorizantes, todas ellas situaciones extremadamente frecuentes en los departamentos de urgencias pediátricas de los hospitales” (Universidad D Salamanca, s.f., párr. 5). Por lo mismo, la atención psicológica se vuelve preventiva para futuros trastornos mentales que puedan afectar a los pacientes y sus familiares.

### **Efectos subjetivos de la hospitalización en los familiares**

#### ***Fantasías de muerte***

En la Edad Media (s.V d.C.- s.XV d.C.), donde la iglesia y el estado se unieron, como parte de la labor humanista se crearon los hospicios. La clase alta tenía acceso a lo más destacado de la medicina y tratamientos que la época le podía ofrecer. Sin embargo, la plebe comenzó a asistir a los hospicios que eran instituciones de acogida a los más desafortunados donde el que entraba ya no salía, era un claustro para morir. Con los avances de la época y la ciencia, los ahora hospitales cambian su funcionamiento y su relación con la vida y la muerte.

Con la Revolución Francesa, se cuestionan todos los “fundamentos” sostenidos hasta el momento: de los ciudadanos, de los derechos, la religión, la libertad de los individuos, y con ello, de la salud de los mismos. Esta ruptura devino en una sensación de que todo “mal” ha sido eliminado, como si se volviera a un estado de salud originaria, la cual, puso sobre la mesa a la medicina como una entidad pasajera (Donzelot, 2008, p. 19-52; Foucault, 2014 citado en Zamora Echegollen, M., & Manero Brito, R, 2020)

Los hospicios, lugar al que la muerte era relegada se moderniza a hospitales donde esta no es permitida. De un lugar para morir a una

experiencia de hospitalización que pretende ser pasajera y que nadie quiere recordar. Si los hospicios ya casi no existen, los hospitales son prioritarios, y la medicina media sus avances en su capacidad para evadir o retrasar la muerte, ¿cómo lograr hablar de la muerte en instituciones y sociedades que las niegan constantemente? Ciertamente parte del proceso de duelo según Elisabeth Kübler-Ross, es la negación. Sin embargo, la sociedad ya no da espacio, los ritos cada vez son más privados y la muerte, cuyo proceso de aceptación era social, cada vez es más anónimo:

Con la modernidad, pareciera que se desvaneciera el universo de lo simbólico-religioso para darle paso a la razón; las utopías religiosas se secularizan. Se trata del paraíso en la tierra, el hombre se convierte en el nuevo dios, y que mejor ejemplo materializado que el médico, quien comienza a trascender la muerte (Foucault, 1996, 2014 citado en Zamora Echegollen, M., & Manero Brito, R, 2020).

Esta nueva concepción del hombre que vence la muerte es una posición que llena de frustraciones a los doctores. En la actualidad, que la persona no salga de los hospitales, por más que su condición de salud haya sido complicada, se considera un delito, como en ciertos casos de demandas por mala praxis que son usados como estrategias de negación. El salir con salud mejorada que en la Edad Media eran milagros fugaces, ahora son hechos cotidianos que se exigen y demandan bajo la lupa de la omnipotencia del “cientificismo”. Como lo remarcan Echegollen, M., & Manero Brito, R, (2020):

Por si fuera poco, el personal de salud no sólo se confronta con sus propios duelos, a la muerte o la “no-curación” de un paciente, sino también al duelo por su esfuerzo y su esperanza frustrados. La desilusión suele traer aparejada la sensación de agotamiento y de desinterés. “Se extingue el fuego, burn out, de la pasión que da sentido al esfuerzo y al trabajo” (Emmer y Schejter, 2014, s. p.)

La demanda no solo del familiar sino social de salvar aloja fantasías de control y omnipotencia sobre la vida y la muerte, que, por más avances científicos, es un real que escapa de todo escrutinio.

En entorno familiar ya no sabe qué hacer con sus muertos. En Áreas Críticas, los familiares quedan confrontados a dos alternativas en casos de enfermedades donde la ciencia ya no alcanza: la “Alta de Máximo Beneficio” cuando pueden llevar a sus familiares a morir a la casa y los Límites del Esfuerzo Terapéutico o los cuidados paliativos donde el hospital gasta recursos con el fin de aliviar el dolor. La pregunta es ¿A dónde se repliega la muerte si está forcluida de los hogares y sociedades que nada quieren ver con ella y de las instituciones que luchan por combatirla? “Jamás anteriormente ha muerto la gente de una manera tan poco ruidosa y tan higiénica como hoy en día en este tipo de sociedades, y jamás lo ha hecho en unas condiciones que hayan fomentado tanto la soledad” (Elías, 2015, p. 105 citado en Zamora Echegollen, M., & Manero Brito, R, 2020).

### ***Posición del sujeto frente al pronóstico y diagnóstico***

Hay dos conceptos muy usados en el ámbito médico y que suelen traer ansiedades por su implicación en los enfermos: diagnóstico y pronóstico. Por diagnóstico se entiende la identificación mediante signos y síntomas de la enfermedad que aqueja al paciente mientras que pronóstico es un juicio médico que se elabora acerca de cómo evolucionará la misma. Ambos, diagnóstico y pronóstico, actualmente su información es un derecho a la que todo paciente tiene acceso a pesar de las implicaciones que esta conlleva:

La información en las enfermedades graves o terminales siempre ha planteado un dilema ético al médico, debido a la actitud social de ocultación de la muerte. La institución sanitaria y los médicos dentro de ella han defendido la necesidad de ocultar al paciente todo lo referente a su enfermedad, en la idea de que no actuar de este modo produce un estado de desesperanza en el enfermo que repercute negativamente en su recuperación. La tendencia al encubrimiento se mantiene en la cultura médica hasta avanzado el siglo XX, pero a partir de 1977 se invierte al aprobarse en EE.UU. la "Ley del Derecho a la Información" que obliga al personal sanitario a dar el diagnóstico al enfermo. Este cambio legal permite que los profesionales sanitarios proporcionen información a sus pacientes, pero, con

el paso del tiempo, surge un fenómeno paradójico, los pacientes empiezan a manifestar su deseo de no ser informados. (Gómez Esteban. R, 2012)

La muerte al ser un hecho que se lleva a discreción y del que no se quiere saber, hace más difícil la comunicación de diagnóstico. Sin embargo, el problema ético no debería girar acerca de si se debe decir o no, sino alrededor del cómo. Acerca de esto Gómez Esteban (2012) explica que “Informar por informar, satisface los requisitos legales que la sociedad impone, pero no cumple los principios éticos que toda actividad terapéutica demanda, de acuerdo con García Conde.” Y es que el personal no cuenta con las herramientas emocionales necesarias ya que la muerte los confronta a ellos también.

En la práctica hospitalaria, muchas interconsultas eran porque la madre estaba “en negación”. Por más que estas doctoras usaban términos muy duros como “no se sabe si vivirá mañana” o indicaciones de la gravedad de la enfermedad, parecía que las madres no reaccionaban como ellas querían. Esta era una queja institucional ya que los doctores podían prever el futuro doloroso de una enfermedad en el infante (que la madre no alcanzaba a dimensionar por su vacío de conocimiento médico) y parecía que a la madre no le importara. Una queja, que si pudiera ponerse en palabras sería: “no se está sufriendo lo suficiente”

Un estudio realizado con 79 familiares de paciente egresados de unidades de cuidados intensivos tomó la Encuesta de Caracterización de los Cuidadores y la Escala de Percepción de la Incertidumbre frente a la Enfermedad con el fin de evaluar las ansiedades que despierta en ellos esta internación. En esta se encontró que respecto a las inseguridades que despierta el pronóstico el 50,6% de los familiares se sintieron con regular incertidumbre y el 25,3% un alto nivel de incertidumbre. Respecto a las razones se clarifica lo siguiente:

La mayor proporción de participantes con regular y alta incertidumbre señalaron: no poder planear el futuro por la incertidumbre de la enfermedad de su familiar, en el 84,8 %; refirió incertidumbre sobre el cuidado una vez el familiar salga del hospital el 87,3 %; para el 81 % de

los participantes no está claro lo que va a ocurrir con su familiar; el 79,7 % de los cuidadores informa que es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que su familiar pueda cuidarse por sí mismo (Flórez Torres, I. E., Montalvo Prieto, A., & Romero Massa, E, 2018).

En la UCI el tiempo de vida queda suspendido así que cuando se sale de ella, surgen incertidumbres de cómo reingresar al ritmo de vida habitual. Y eso suponiendo que no queden secuelas de la enfermedad.

## **CAPÍTULO 4**

### **Metodología**

Se describe a continuación la metodología de la presente investigación con sus correspondientes justificaciones para denotar la pertinencia de su elección. Se especificará el enfoque, paradigma, método, técnicas e instrumentos de recolección y por último la población con la cual se realizará la misma.

#### **Enfoque**

El enfoque cualitativo fue elegido para esta investigación ya que su esencia consistió en comprender un fenómeno desde las perspectivas de los agentes que intervienen en estos, dando valía a sus posturas, significados y cosmovisión de los hechos. Este enfoque permitió una comprensión profunda de sus variables con información valiosa a partir de lo natural y lo contextual. Sampieri & Mendoza (2018) dicen de la metodología cualitativa que:

en lugar de comenzar con una teoría y luego “voltear” al mundo empírico para confirmar si esta es apoyada por los datos y resultados, el investigador comienza el proceso examinando los hechos en sí y revisado los estudios previos, ambas acciones de manera simultánea, a fin de generar una teoría que sea consistente con lo que está observando qué ocurre. (p.7)

En este enfoque, hubo lugar para las preguntas emergentes, circularidad y libertad al investigador de retroalimentar la investigación y adaptar perspectivas sobre la marcha. Si se habla de aspectos psicológicos, el enfoque cualitativo es el que más favoreció ya que extraer los mismos requirieron cierta flexibilidad en su técnica de extracción de datos.

#### **Paradigma**

El paradigma es la forma en que se entiende la realidad, el objeto de estudio y la relación del investigador con lo investigado. Muestra cómo se orientó ante lo que se quiere estudiar. En el paradigma interpretativo, se acercó al entorno sin suponer que todas las variables están definidas sino con

el afán de conocer estas realidades diferentes e indivisibles. Fue de base naturalista-fenomenológica donde el investigador influye sobre lo investigado.

Sauta (2005) refirió que “la perspectiva del actor es uno de los componentes del paradigma constructivista /interpretativa que goza de la mayor preferencia de los post-positivistas cuando deciden combinar métodos, por ejemplo, encuestas con entrevistas” (p. 25). Desde este punto, resultó útil ya que se pretendió explorar en este trabajo si existe una relación entre la angustia de las madres y la hospitalización de los hijos. Se interpretaron los datos en relación con la angustia mediante los aportes de las madres quienes fueron las únicas que pueden dar cuenta de la verdad acerca de su realidad subjetiva.

## **Método**

El método exploratorio-descriptivos buscó recopilar información preliminar para dimensionar el fenómeno y profundizar en su estudio. Como se evidenció en el marco teórico, hay poca información sobre el tema de investigación por lo que este método

... se desarrolla para conocer la temática que se emprenderá, ayudando al investigador a adaptarse en una problemática que desconoce en su totalidad... La investigación exploratoria es el primer paso de cualquier estudio, los resultados obtenidos en ella revelan un conocimiento superficial del problema. En este sentido, la información recabada dará paso a la continuación de nuevos y más rigurosos estudios. (Neill & Cortez, 2017, p.32)

Como señalaron Neill & Cortez, en esta investigación el método exploratorio fue el primer paso ya que no existe un estudio que se refiera a la angustia de los contextos hospitalarios sobre las madres. La presente investigación permitió identificar la sintomatología con más claridad, salvaguardando las diferencias caso por caso, con el fin de hacer derivaciones más oportunas a servicios como el de psicología. A pesar de la escasez de bibliografía respecto a la angustia, sí existió amplia información que evaluó la depresión y ansiedad y la angustia debió ser estudiada en su expresión

singularizada y puntual sin sobreponerse a otros diagnósticos. Es por ello que se persiguió también describir, las manifestaciones emocionales que, desde la literatura, se sustentaron que existentes:

... los datos producidos con este diseño flexible son descriptivos, ricos, son las palabras de los entrevistados, ya sea habladas o escritas, y/o la conducta observable... se intenta captar reflexivamente el significado de la acción atendiendo a la perspectiva del sujeto o grupo estudiado; la información surge de la actitud naturalista del investigador al realizar el trabajo de campo, ya que interacciona con las personas en su propio ambiente y habla su lenguaje. (Ginaldo et al, 2006, pp. 68-69)

Bajo estas perspectivas, aplicables con los objetivos de la investigación, se eligieron instrumentos de recolección de datos con el fin de priorizar los discursos encontrando así aquella vivencia subjetiva del malestar emocional.

### **Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Para responder a los objetivos específicos de este estudio, se utilizaron cuatro técnicas: la entrevista a expertos: preguntar a las madres desde los psicólogos. Fue seleccionada en relación con el objetivo específico: entrevista semiestructurada a expertos, Test de Apercepción Temática (TAT), grupo focal y entrevista focalizada.

#### ***Entrevistas semiestructuradas a expertos***

Respecto a la entrevista experto cabe rescatar que fue una especificidad de la entrevista semiestandarizada, solo que en esta no se tomó a la persona por completo, sino que se interrogó a su parte profesional. Los desafíos a los cuales se debió estar advertido fueron: que la entrevista se convirtiera en un punto un seminario del experto, que el conocimiento del experto no fuera suficiente en el tema y respondiera desde su persona, que se trajeran temáticas ajenas al tema central, entre otros de los que el entrevistador debe estar advertido (Flick, 2007). La entrevista semiestructurada según Flick (2007), tuvo esquematizada las preguntas abiertas, para conocer el conocimiento que tiene. Las preguntas guiadas por

la teoría, dirigidas por hipótesis, expusieron al experto con un saber teórico para enriquecer o comentar sobre el mismo. Y por último las preguntas de confrontación donde “responden a las teorías y relaciones que el entrevistado ha presentado hasta ese punto, para reexaminar críticamente esas nociones a la luz de opciones competidoras” (Flick, 2007, p. 96). Estas se utilizaron para identificar las manifestaciones de angustia y explorar la experiencia de maternidad en los hospitales. La guía de preguntas y su relación con el marco teórico y los objetivos específicos se muestran a continuación:

**Tabla 2**

*Esquema de entrevista semiestructurada a profesionales*

<b>OBJETIVO AL QUE RESPONDE</b>	<b>SUBTEMA DEL MARCO TEÓRICO</b>	<b>PREGUNTA ELABORADA</b>
Objetivo 1: Identificar cuáles son las manifestaciones de angustia por medio de análisis intratextual y entrevistas a profesionales de la salud mental.	Las urgencias subjetivas	¿Cómo se diferencia la angustia de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?
	La angustia en contextos hospitalarios	¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?
	Encuentro con lo real: subtema la angustia	¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?
Objetivo 2: Explorar la experiencia de la maternidad ante la hospitalización de	Discurso social sobre la maternidad	¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?

los hijos a través de análisis intratextual y entrevistas a profesionales de la salud mental.	La novela familiar	¿Cómo impactan las fantasías de muerte que despierta la internación de los hijos en el proceso de maternar?
	El transativismo	¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?

Se enviaron las preguntas con anterioridad adjuntando a su vez el tema del proyecto de investigación y los objetivos generales y específicos del mismo. Las entrevistas a los profesionales fueron tomadas vía zoom, llamadas telefónicas y respuestas escritas, con posibilidad de realizar aclaraciones posteriores. Su transcripción se realizó mediante la aplicación Turbo Script, para luego ser tabulada y analizada en Google Sheets. La totalidad de las entrevistas se encuentran en el Anexo A. Se seleccionó un muestreo no probabilístico de tipo intencional donde los profesionales calificaron según los siguientes criterios de inclusión:

- A. Ser un profesional acreditado de salud mental
- B. Tener experiencia con madres de hijos hospitalizados
- C. Contar con trayectoria en ámbitos hospitalarios
- D. Tener formación en la corriente psicoanalítica

**Tabla 3**

<b>Nombre del profesional</b>	Psic. Lisbeth Solis	Psic. Elmer Francis	Psic Daniela Mackenzie	Psic Carolina Garces	Psic. Estefania Gavilanes
<b>Años de Experiencia</b>	10 años	4 años	15 años	19 años	12 años
<b>Trayectoria laboral</b>	Hospital Teodoro Maldonado Carbo, el área en la que veo madres que cuidan de infantes es en obstetricia/ alto riesgo obstétrico/ ucin.	Hospital del IEES-Ceibos y actualmente me encuentro en una clínica de diálisis. Experiencia con niños en UCI y en procesos de duelo.	Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde donde trabaja con todas las poblaciones de las áreas de Hospitalización, Críticos Pediátricos y Neonatología.	Hospital Roberto Guilbert (6 años), un año en la Policía Nacional y en el IEES de los Ceibos 8 años	Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde (10 años) y el resto en una Unidad Renal.

***Test de Apercepción Temática***

El Test de Apercepción Temática (TAT): El Test de Apercepción Temática es un test proyectivo que fue creado por H.A Murray y C.D. Morgan en el año 1935. Se fundamentó desde la perspectiva de la Psicología profunda- corriente que incluyó conceptos del movimiento psicoanalítico americano de la década de 1930- el test sostuvo su operacionalización en la denominada hipótesis proyectiva según la cual “toda actividad de un individuo dado lleva en sí el sello de su individualidad... cualquier conducta deberá servir como índice de la misma” (Lilienfeld, Wood & Garb, 2000). Consiste en 31 láminas con imágenes estimulantes ante las cuales se les pidió a los participantes elaborar una historia lo más completa posible. Se eligió esta técnica ya que favoreció a las asociaciones conscientes e inconscientes de las variables de la investigación. Se explicó la consigna dejando en claro que

era un test para asociar, una especie de prueba de creatividad. En este caso particular, se seleccionaron 3 láminas: la lámina 7 N.M pretendió evaluar la relación de cada una de las participantes con su propia maternidad. La lámina 8 V.H. evaluó las fantasías de muerte que pudo evocar el área de hospitalización en cuidados intensivos y que es un aspecto que es angustiante y, al ser preguntado directamente, podría evocar reacciones defensivas. La lámina 3 N.M. pretendió evocar proyecciones respecto al estado anímico de las participantes, angustias, miedos o depresiones. Las respuestas al TAT aplicado a las madres se encuentra en el Anexo B. Se realizará una comparación entre los clisés de Uruguay y los recopilados con las madres del grupo focal. La descripción de las láminas, la situación que evaluaron y las áreas que exploraron se mostraron a continuación:

**Tabla 4**  
*Descripción de láminas del TAT*

# de Lámina	Descripción de la lámina	Clisé del TAT-Uruguay	Situación que evalúa	Áreas que explora
Lámina 7 N.M.	Mujer sentada en un sofá, muy próxima a una niña, hablándole o leyéndole. La niña, que sostiene una muñeca en su regazo, mira a lo lejos	La madre está sentada en el sofá leyendo al lado de su hija, que tiene una muñeca en sus brazos.	Situación interpersonal: madre e hija.	-Imagen de la madre -Actitud frente a la maternidad -Ello
Lámina 3 N.M.	Una joven está de pie con la cabeza abatida. Cubre su rostro con su mano derecha. Su brazo izquierdo está extendido hacia adelante, tomando el borde de una puerta	Una mujer llora amargamente contra una pérdida de un familiar-comúnmente la madre.	Situación contextual: depresión o suicidio	- Desesperación, culpa -Pérdida, abandono, fracaso, violación -Superyó

Lámina 8 V.H.	Un adolescente mira hacia el frente. A un lado el cañón de una escopeta, y en el fondo la escena borrosa, como la imagen de un ensueño de una operación quirúrgica	Una operación	Situación contextual: peligros o miedo	-Intervención quirúrgica -Imagen del padre -Miedo a la muerte -Yo ideal
------------------	--	---------------	--	--

**Nota:** El clisé corresponde a las respuestas del Manual del TAT, específicamente de las páginas 80-86. Las láminas fueron presentadas en este orden.

### ***Grupos focales***

El grupo focal es una técnica de investigación en la cual a través de preguntas se indaga en un contexto grupal perspectivas y se aborda un tema en específico. La extensión del grupo puede ser de 6-10 personas y se recomienda el uso de videos o grabadoras para la transcripción de la información. Esta última recopilada como entrevista semiestructurada, lo cual da flexibilidad pertinente en estudios exploratorios por si surgen temas inesperados. Simó (2017), explica que el uso de esta técnica responde a los siguientes fines: recopilar información de antecedentes, diagnosticar problemas, estimular nuevas ideas o identificar nuevas relaciones, generar hipótesis, evaluar programas, interpretar resultados cuantitativos entre otros.

Según Morgan (1997), la dinámica de grupo ayuda a revelar perspectivas colectivas y normas sociales que a menudo quedan ocultas en entornos individuales. Cuando los participantes reaccionan a los comentarios de los demás, a menudo surgen nuevos temas e ideas que no pueden descubrirse en entrevistas individuales aisladas. (Atlas.ti, s.f., párr. 2)

En la presente investigación, la hospitalización fue un hecho institucional y fue importante analizar a los participantes insertos en este sistema y las dinámicas que en esta se presentaron. Por ello, en grupos se

realizaron preguntas acerca de las variables “Maternidad” y “Hospitalización pediátrica”. Además, debido a que la investigación es en un hospital que no contó con una infraestructura en específico para las investigaciones, el grupo focal permite recopilar información en un tiempo limitado sin perder la diversidad de perspectivas y experiencias para la interpretación de datos cualitativos. El guión de la experiencia se presentó en el siguiente apartado:

### **Guión de preguntas de grupo focal.**

#### **Actividad Rompe hielo**

**Repite el ritmo:** En esta actividad rompehielo, se empieza un ritmo con ambas manos (canción We willl Rock you) y mientras todos los hacen, se comienza a preguntar listas de palabras con una letra en específico. Por ejemplo: dí todas las frutas con A que puedes o todos los nombres con P que puedas pensar...sin perder el ritmo. De esta forma se ejercita memoria, atención dividida y coordinación motora.

#### **Maternidad**

1. ¿Qué ha sido lo más desafiante para usted al convertirse en madre?
2. Para usted, ¿qué es una buena madre?
3. ¿En qué se diferencia ser madre de *insertar nombre de su hijo* dentro del hospital vs ser madre en la casa?"
4. ¿Cómo describirías la experiencia de tener un hijo hospitalizado?

#### **Hospitalización pediátrica**

1. ¿Qué es lo más impactante que vió la primera vez dentro del áreas Críticas Pediátricas?
2. ¿Qué acciones dentro del hospital pueden llegar a alterarla o a inquietarla?
3. ¿Se siente libre de expresar sus sentimientos en las Unidades Críticas Pediátricas?
4. ¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?
5. A partir de la hospitalización ¿ha notado algún cambio en su forma de relacionarse con su hijo?

6. ¿Ha habido algo difícil de aceptar al estar en este proceso de hospitalización?

### ***Entrevista semiestructurada***

La entrevista focalizada es un tipo de entrevista semiestructurada donde su interés se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista... abierta” (Flick, 2007, p. 89). En esta entrevista se presenta un estímulo para ayudar al participante a realizar asociaciones respecto al tema, permitiendo analizar las perspectivas subjetivas de un estímulo: “El contenido del estímulo presentado se analiza de antemano. Esto permite establecer una distinción entre los hechos "objetivos" de la situación y las definiciones subjetivas de la situación efectuadas por los entrevistados con vista a compararlas” (Flick, 2007, p. 89). Se eligió este tipo de entrevista para evaluar la “Angustia” en contextos individuales, ya que es un tema que moviliza a las madres y en espacios del uno por uno se podría dar contención de ser necesario. La segunda razón es que, para favorecer la asociación, se presentó un video titulado “Angustia” que permitía emular este sentimiento con el fin de relacionar este afecto en contextos hospitalarios. La angustia es difícil de poner en palabras por lo que esta herramienta audiovisual contribuye a entender el fenómeno para luego describir sus manifestaciones. La transcripción de las entrevistas semiestructuradas se encuentra en el Anexo E.

### **Guión de entrevista semiestructurada.**

Para empezar el espacio le mostraré un cortometraje que pertenece al Canal de youtube Isi Vila (2011) y se titula: *Cortometraje “Angustia”*. Al finalizar deberá responder las siguientes 3 preguntas ¿Qué ve en el video? ¿Cómo se sintió al verlo? ¿Alguna vez se ha sentido así?

Ahora se diferenciará la ansiedad vs angustia: La ansiedad denota actividad, No poder quedarse quieta, inquietud mental (mucha información se repite en el pensamiento), no poder calmarse, hiperventilar, los ataques de pánico entre otros. Mientras que la angustia es paralización, detención.

Generalmente cuando se dice que se está angustiado, las personas se agarran el pecho para mostrar este afecto. Es cuando no se puede responder. A veces nos quedamos como pensando, me siento angustiado, pero no sé de qué es, también es una forma en la que se manifiesta. No sabemos con certeza a qué se debe, pero sabemos que nos sentimos como raros.

1. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?
2. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?
3. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?
4. Le mostraré a continuación algunas frases, por favor diga con cual de estas se ha sentido identificada:

Frases de mamás: ¿Qué opinan de estas frases, en qué momentos las han pensado y cómo se han sentido con ellas?

- *“Me siento culpable, de haberme dado cuenta antes del malestar de mi hijo, nada de esto hubiera pasado”*
- *“No le cuento nada de lo que me pasa a mis familiares para no preocuparlos”*
- *“A veces se me hace eterno el tiempo que paso aquí esperando, ya quisiera irme”*
- *“Extraño mi estilo de vida antes de ingresar a las Unidades Críticas Pediátricas?”*

5. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?

### **Actividad final**

Pregunta orientadora: *“Si pudiera dejar un mensaje para otras madres que pasan por esto, ¿qué les diría?”*

### **Cierre:**

- Agradecimientos por participación y espacio

- Rutas de acceso al servicio de psicología

## **Población**

La "... población objetivo es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio" (Arias, 2006). Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. En este, se eligió la muestra siempre y cuando se ajusten a los criterios de inclusión y exclusión propuestos por los investigadores.

Para la elección de las participantes del grupo focal se cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- A. Ser madre.
- B. Que esta madre no tenga episodios psicóticos.
- C. Tener un hijo hospitalizado en el Hospital de Niños
- D. Tener un hijo en un área crítica.

Tanto para el grupo focal como para las entrevistas semiestructuradas con las madres, las características de las participantes se presentan a continuación:

**Tabla 5**

*Datos sociodemográficos de las participantes*

<b>Nombre anonimizado</b>	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
<b>Edad:</b>	32	32	33	36	24	37	24
<b># de hijos:</b>	3	1	2	4	1	2	1
<b>Edad de hijo hospitalizado en años</b>	4	0.4	8	10	4	16	7
<b>Vive en Guayaquil:</b>	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No

<b>Días que llevan internados:</b>	7	30	60	236	2	3	21
<b># de reingreso:</b>	0	0	9	0	3	0	0
<b>Área donde se encontraba:</b>	CIP	CIP	CIP	CIP	UQ	UQ	UQ

**Nota:** La tabla se encuentra anonimizada de acuerdo con lo firmado en el Consentimiento Informado declarado en el Anexo D.

Se entrevistaron a 7 madres con hijos internados en áreas de Cuidado Intensivos Pediátrico, 4 de CIP (Cuidados Intermedios Pediátricos) y 3 de UQ (Unidad de Quemados). Se eligieron estas dos áreas ya que las madres pasan todo el día con sus hijos, lo cual facilitó la toma de datos. Con las madres de CIP se realizó el grupo focal y con las madres de Quemados se realizó entrevistas semiestructuradas a cada una. Antes de empezar se les hizo firmar el Consentimiento Informado cuyo modelo se encuentra en el Anexo D.

## CAPÍTULO 5

### Presentación y análisis de resultados

Este apartado muestra la triangulación de la información recolectada a través de 4 técnicas (entrevista a experto, Test de Apercepción Temática, Grupo Focal y entrevista focalizada) y sus conclusiones se organizan por variable: Maternidad, Hospitalización pediátrica y Angustia).

**Tabla 6**

*Presentación de resultados obtenidos*

	Entrevista semiestructurada a expertos	Test de Apercepción Temática	Grupo Focal	Entrevista focalizada
<b>Angustia</b>	La angustia y la ansiedad son diferentes, interrelacionados entre sí. La angustia es vista como situacional, sin desencadenante, profunda, intensa y abrumadora en la cual el sujeto queda sin recursos. Manifestándose a nivel emocional, físico, conductual y cognitivo	En general, vieron a una madre afligida, llorando y sufriendo probablemente porque les dieron una mala noticia o porque tenían un hijo enfermo. Cuando se les preguntó qué pasaría luego dijeron que la mamá saldría adelante, sola, como siempre		Descrito como un sentimiento donde existe a nivel emocional miedo, temor e inseguridad. A nivel conductual hay paralización, sienten que quieren salir corriendo. Al nivel del cuerpo se siente un escalofrío que recorre todo el ser, a nivel del cuerpo decaimiento total. A nivel cognitivo hay un bloqueo mental, se siente como un golpe en seco

<b>Maternidad</b>	Vivida como culposa, conforme al tiempo médico, llena de una sobrecarga ya que hay un miedo profundo y constante a la muerte debido a su proximidad. Las madres optan por dos actitudes: la sobreprotección y la flexibilidad de norma. Las experiencias previas de hospitalización pueden ser un factor protector y a su vez un factor de riesgo a la vez	Esta lámina sirvió para que las madres proyectan sus relaciones con sus propios hijos o madres. En general vieron a una madre que aconsejaba a sus hijos los cuales no hacían caso	La mayoría responde desde el ideal social de maternidad: amorosa, cariñosa, educadora, paciente. Opinan que ser madre en el hospital es cansado, doloroso e implica enfocar toda su atención y esfuerzos en su hijo	
<b>Hospitalización pediátrica</b>	El ámbito hospitalario puede angustiar por cuatro motivos: provoca fantasías de muerte, acceso y comprensión limitada a la información, enfrentarlos a la toma de decisiones de tratamiento y las dificultades económicas que en ella se viven	Todas vieron a una persona siendo operada (las situaciones de cómo llegaron a ese punto varían caso por caso) y para la gran mayoría la operación salió bien	Lo más impactante de la hospitalización fue ver niños hospitalizados, las intervenciones quirúrgicas y la muerte de otros. Les altera hablar con los doctores por las noticias que puedan traer. Lo difícil aceptar para ellas ha sido estar ante la posibilidad de perder a su hijo y las secuelas de la hospitalización	

## Angustia

El primer objetivo buscó indagar las manifestaciones de angustia. En respuesta a la primera pregunta, “¿Cómo se diferencia la angustia de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?”, todos los profesionales estuvieron de acuerdo en que son sentimientos diferentes pero que se interrelacionan entre sí. La angustia es vista como situacional (donde hay incertidumbre y falta de control), aguda y sin desencadenante específico mientras la ansiedad la ven como una preocupación anticipada y más prolongada. La angustia es descrita como una emoción más profunda, intensa y abrumadora en la cual el sujeto queda sin recursos: “La angustia tiene el peso de lo que aparece por fuera de las respuestas o los recursos que posee un sujeto. Aparece como señal de un sufrimiento que no encuentra localización” (Solis, L., comunicación personal, 2025).

La segunda pregunta fue “¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?” Tuvo respuestas que pueden ser categorizadas en: emocionales, físicas, conductuales y cognitivas. En lo emocional estuvo el llanto fácil, la irritabilidad, gritos o también la apatía. En lo físico, las alteraciones se sueño, de apetito y somatizaciones. Con lo conductual se manifestó a través del aislamiento hacia los familiares e hipersensibilidad a su entorno “En áreas intensivas hay un estado de alarma continuo por el tema de los sonidos, el tema de las llamadas cuando se dan a los hijos, incluso cuando el pito de la máquina sonó” (Gavilanes, E., comunicación personal, 2025). Cuando perifonean a los pacientes, sonido que se escucha en todo el hospital, las madres llegan llorando y angustiadas ya que no saben qué noticia recibirán. La cognitiva tiene que ver con la preocupación excesiva respecto a la salud de sus hijos.

Estas respuestas coinciden con las descripciones que dieron las madres. En general la definieron como un sentimiento donde existe a nivel emocional miedo, temor e inseguridad. A nivel conductual hubo paralización, sienten que quieren salir corriendo. A nivel físico, se siente un escalofrío que

recorre todo el ser, a nivel del cuerpo decaimiento total. A nivel cognitivo hay un bloqueo mental, se siente como un golpe en seco.

Ante la pregunta ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento? Algunas dijeron no recordar este sentimiento, luego preguntando si podían asociar lo que sintieron al ver el video con lo propio, elaboraron los siguientes escenarios que dan cuenta que sí estuvieron angustiadas:

Te cuento que no. Yo he tomado las cosas y... ..he sido un poco más fuerte. En ese sentido, sí. Pero ayer que salí de acá me quedé saliendo del hospital como le dije. En blanco. Ni siquiera con la tarjeta podía salir. Me bloqueé. Me bloqueé totalmente. (M6, comunicación personal, 2025)

Sí, ayer, ayer mismo, ayer, porque entró a la cirugía y la otra vez no se demoró tanto, se demoró dos horas, dos horas y media. Yo ya estaba sentada, dije no, ya a las dos horas debía salir. Y ya pasaron ya como tres horas, casi cuatro horas y media se demoraron. Y yo, ya que hoy ya me paré y estaba caminando de acá para allá, ya le iba a preguntar al guardia. *¿Qué pasó por su mente?* Chuta, no sé qué pasó, o tal vez fracasaron, o tal vez se murió y no me quieren decir nada. En mi mente pasó muchas cosas, porque ya pasó el límite de tiempo que la otra vez. (M5, comunicación personal, 2025)

La siguiente pregunta también permitió ampliar más la información acerca de la angustia. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?, a lo que respondió una de ellas:

Mi hijo se me murió. Mi hijo se me va a morir. Porque no recibió buenas noticias cuando fue hospitalizado. *¿Algún otro que le haya surgido?* No. Yo cuando a mi hijo lo hospitalizaron, mi mente estaba blanca. No pensé ni imaginé nada. *¿Y en blanco?* O sea, era como que me preguntaban cosas y no sabía nada. No sabía ni qué responder. No sabía ni qué hacer. No sabía si caminar o sentarme o correr. No sabía qué hacer. Yo me quedé hipnotizada, llorando. Ahí fue que ya

reaccioné y dije, N está hospitalizado. (M4, comunicación personal, 2025)

Bueno, me quedé como en shock. Cuando ella salió ya del quirófano, el verla como salió. Después de la anestesia para mí sí fue muy duro. De verla como estaba en la cama acostada, dormida cosa que nunca he pasado con ella porque nunca ha estado por un quirófano. Primera vez que le ponen anestesia. (M6, comunicación personal, 2025)

Lo que esta madre no pudo elaborar es que el ver acostada a su hija, sedada parecía como si estuviera muerta lo cual era un punto de angustia para ella. En las otras participantes también hubo mucho miedo y angustia porque ligaban estas áreas críticas con la posibilidad de muerte de sus hijos sin estar muy alejadas de la realidad ya que en estas áreas ingresan los niños cuyas vidas están en riesgo.

Respecto a autorizar procedimientos médicos sobre sus hijos, para todas es una fuente de malestar el tener que firmar esta responsabilidad:

Me he sentido mal. Porque me hacen firmar una cosa... He preguntado ¿Qué es esto? ¿Por qué ella es alérgica a esto? No pueden ponerle lo de acá. Entonces, a cada rato cuando me dicen tienen que firmar esto. ¿Para qué es? ¿Qué es lo que va a pasar? ¿Qué es lo que van a hacer? Entonces, sí, soy de las personas que leo antes de firmar y preguntar. (M6, comunicación personal, 2025)

Un miedo, sentí un miedo cada vez que lo veía entrar al quirófano, saber qué iba a pasar y pedir que todo salga bien *¿Cómo se sentía al firmar?* Como que ya me daba miedo cuando me tocaba hablar con los doctores, como que miedo de que no quiero oír malas noticias, quiero que todo salga bien. *¿Entendía lo que le explicaban?* No tanto, pero pues ya poco a poco fui entendiendo porque no fueron uno, sino que fueron cinco. En cada entrada al quirófano, de curar, que tenían que quitar algo [refiriéndose a las amputaciones] (M7, comunicación personal, 2025)

A propósito del TAT, todas las madres se proyectaron con las Figuras del TAT. Mostraron tener una defensa psíquica muy baja, probablemente por

la falta de sueño o por convivir con estos miedos angustiantes a cada hora del día. En general, vieron a una madre afligida, llorando y sufriendo probablemente porque les dieron una mala noticia o porque tenían un hijo enfermo. Esto refleja lo que las investigaciones reflejan, que hay índices de depresión y ansiedad en los familiares de pacientes hospitalizados. Cuando se les preguntó qué pasaría luego dijeron que la mamá saldría adelante, sola, como siempre. Conviene destacar cuando le mostré está a M1, ella comenzó a llorar ya que se proyectó con lo que vio en esta imagen:

Una mujer cansada. Así mismo como yo... cansada porque ya, o sea, a veces uno, ay, me voy a llorar... A veces uno también se cansa. Es porque uno más pasa tiempo en la casa con su hijo y todo. Entonces, como digo a mi esposo, yo soy todóloga. Porque yo soy la doctora, ¿qué sé yo? La que le lavas todo... Entonces, yo también necesito salir y respirar porque siempre me pasa como a ella. O sea, me veo ahí yo, cansada. No puedo, pero digo, hay que seguir adelante. (M1, comunicación personal, 2025)

Cansada pero nunca en posición de queja. Finalmente, se les preguntó qué les había ayudado a sobrellevar este período y manejar la angustia. Todas las madres están de acuerdo que la familia ha sido un pilar en este proceso de hospitalización, he aquí se resalta la importancia de la red de apoyo en estos procesos hospitalarios. Para M2 le ha servido a su vez acostumbrarse a la sala. Para M4, el apoyo del personal médico y para M5 la fe.

Como parte de la entrevista semiestructurada se analizaron frases que han dicho otros padres de Cuidados Intensivos Pediátricos y que podría ayudarles a expresar su malestar. Las respuestas se muestran en la Tabla 6.

**Tabla 7***Frases con las que las madres expresan su acuerdo o en desacuerdo*

<b>Frases</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
“Me siento culpable, de no haberme dado cuenta antes del malestar de mi hijo, nada de esto hubiera pasado”	M1, M2, M5, M6, M7	M4
“No le cuento nada de lo que me pasa a mis familiares para no preocuparlos”	M2, M6, M7	M1, M4, M5
“A veces se me hace eterno el tiempo que pasó aquí esperando, ya quisiera irme”	M1, M4, M5, M7	M2, M6
“Extraño mi estilo de vida antes de ingresar a las Unidades Críticas Pediátricas?”	M1, M4, M5	M2, M6, M7

La primera frase mostró la carga de culpabilidad que llevan las madres por: no llevarlo a tiempo a atender, no haberse cuidado en el embarazo, por no haber tenido un accidente, etc. Estas reacciones se ven con mayor profundidad en el apartado de Maternidad.

La segunda tiene opiniones divididas. Como ya se expuso, la familia ayuda a las madres a sostener este ámbito y compartir las noticias les permite sentirse respaldadas. Por otra parte, a su vez puede ser un mecanismo conductual de aislamiento social que tienen las madres ante la angustia que ellas justifican como un cuidado a sus familiares del impacto de la hospitalización:

No, yo no le cuento nada para no preocuparlo porque una, porque mi papá está enfermo, él sufre de la presión. Entonces si yo le doy alguna

mala noticia, que la bebé tiene esto, que tiene otro Entonces él se va a preocupar y se le va a subir la presión (...) Después le vaya a dar algo por mi culpa porque yo le doy, le digo alguna mala noticia de la bebé. (M2, comunicación personal, 2025)

En la tercera frase la gran mayoría compartió el sentir de que el tiempo ha quedado suspendido y parece eterno. Sin embargo, no refieren no tener prisa en cuanto puedan llevarse a su hijo sano en la casa. La cuarta frase a su vez tiene posturas divididas ya que algunas expresan su queja en concordancia a la pregunta anterior, en cambio otras recalcan que han mejorado sus relaciones y cercanía con sus hijos y eso lo vale.

## **Maternidad**

Cuando se les preguntó a los profesionales “¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?”, los profesionales visualizaron una maternidad culposa y con necesidad de castigo, llena de una sobrecarga emocional (con angustias, incertidumbres y ansiedades). Respecto a la culpa, es una forma de re-captar el control perdido por lo contingente de la enfermedad o el accidente sufrido por el infante, como lo relata una madre cuya elaboración es muy diferente a las otras madres:

Nadie es buena madre. Inclusive, todos pueden decir que eres mala madre. Ahorita me pueden estar tratando de mala madre por todo esto, pero no. Todos cometemos errores en estas vidas, nadie es perfecto. No existe [la buena madre]. (M7, comunicación personal, 2025)

Esta respuesta particularizada se debe a la condición de su hijo, quemado por accidente, lo cual la obligó a construir una nueva significación de maternidad al ya no acomodarse con el discurso social, hecho insoportable ya que se queda sin los significantes que permeaban esta posición y los cuales se transmiten de generación a generación. Al preguntarle a las participantes su definición de buena madre, todas respondieron desde el ideal social de maternidad: amorosa, cariñosa, educadora, paciente. Y es por ello que, conforme a este ideal, las madres priorizan el sacrificio como medio de

hacer lazo con sus hijos: “La cuestión de materner de manera performativa no prevalece el acto de sacrificio, de ser quien lo da todo, quien está dispuesto a sacrificarse a nivel físico con tal de hacer algo por los niños, y eso es muy normal ver” (Francis, E., comunicación personal, 2025)

Las madres dejan al lado el autocuidado en una especie de penitencia que se autoexige por su conceptualización de ser madre. Elaboran asociaciones para castigarse, culpables respecto a ellas mismas, al cuidado del niño, a su embarazo o como castigo divino.

Otro aspecto que caracteriza la maternidad en hospitales es que la maternidad responde a la cronología del ámbito médico, a sus tiempos y sus avances, dependen de lo que les digan qué pueden hacer y qué no. Sometida a los tiempos hospitalarios, se es madre en los horarios permitidos, suspendidos en los lapsos protocolizados. Como lo describe esta madre: “A lo que ya terminan las visitas, a mí se me parte el corazón dejarla ahí. Pero... No sé, los primeros días “Mami, no te vayas”, pero toca irse. Entonces, es duro. Muy duro estar acá.” (M6, comunicación personal, 2025)

Esto último estuvo en concordancia con las respuestas al interrogarles “¿En qué se diferencia ser madre de [insertar nombre de su hijo] dentro del hospital vs ser madre en la casa?” todas manifestaron que ser madre en el hospital implicaba estar más atenta al hijo, a los medicamentos, a los doctores (ya que, por protocolos del área, las madres debían estar todo el día con ellos cuidándolos) y en sus casas su atención es diferida hacia sus otros hijos y actividades del hogar. Encuentran beneficios de estar en el hogar como el que sus hijos estén más felices y tranquilos, sin la angustia de que alguien le aplique un procedimiento médico.

Ante la internación de los hijos y las posibles fantasías de muerte, las madres adoptaron dos actitudes: la flexibilidad de norma y la sobreprotección. La flexibilización de normas consistió en dar ciertos alicientes, como el uso indiscriminado del celular, con el propósito de reducir el malestar. También dan cierta permisividad en los procedimientos, por ejemplo, en el área que quemados se dan masajes dolorosos para estirar la piel, los cuales se postergan y a veces se omiten para evitar causar un sufrimiento adicional. En cuanto a la sobreprotección se construyó una relación casi simbiótica en la

que el niño y la madre son uno. Pasan todo el tiempo con ellos, hablan por ellos, bloquean los procedimientos de los médicos por temor al dolor, entre otros. Esta sobreprotección no es percibida por las madres, pero si se evidencia en su discurso, para ellas hay un beneficio secundario y es volver a la alienación fundacional siendo una con el niño. Más de la mitad de las encuestadas manifestó estar conforme con la hospitalización ya que les permitió pasar más tiempo solas con sus hijos. Como explicó una madre al preguntarle si notó algún cambio en su forma de relacionarse con su hijo a partir de la hospitalización:

Sí, ha mejorado más. Aunque siempre ha sido bien. Siempre hemos sido como que él y yo.[¿Y en qué ha mejorado?] Como que más, es más mami, mami, mami, mami. Aunque siempre ha sido así pero ahora es más como que un poquito más dependiente de mí... En el sentido pues que tengo que darle a ir a comer, ayudarlo por ir al baño, ayudarlo a lavar sus dientes, cosas que él ya hacía solo. Ya más dependiente entonces. (M7, comunicación personal, 2025)

Las posibles regresiones que se suscitan por la hospitalización se toman con agrado ya que, como dicen las madres “solo somos él y yo”.

Respecto a la pregunta sobre qué ha sido lo más desafiante de su maternidad, la respuesta fue particularizada. La inexperiencia, la responsabilidad, la enfermedad de sus hijos, la situación del país, ser madre joven, ver a su hijo crecer, son algunas de las respuestas. Las respuestas son tan particularizadas como las madres que las relatan. Es por ello que llama la atención las respuestas a las láminas del TAT. Esta lámina sirvió para que las madres proyectaran sus relaciones con sus propios hijos o madres. En general vieron a una madre (para algunas muy vigilante, para otra enferma) que aconsejaba a sus hijos los cuales no hacían caso.

En la primera lámina, que evaluaba dinámicas entre la díada madre-hijas, algunas de las participantes, M2 y M7 tomaron una larga pausa antes de empezar a contestar. En el caso de M5, está dijo respecto a la relación de madre e hija en esta lámina que:

*¿cree que tienen una buena relación? Creo que no ¿Por qué? Porque si tuvieran una buena relación, estuvieran hablando así ¿y qué pasa*

después? Ahí las inseguridades, por ejemplo, los hijos no tienen, o sea, no pueden conversarle algo a su mamá porque no tienen esa, ese este de poderle conversar, no pueden, no tienen esa confianza. (M5, comunicación personal, 2025)

M6, a pesar de estar viendo la misma lámina, proyecto conflictos con relación a su propia experiencia como hija:

*¿Y la mamá qué puede estar pensando y opinando? Dándole. Me imagino yo. Tal vez aconsejándola. Ya que tiene un bebé de temprana edad. ¿Cómo se siente la mamá respecto a esa situación? Yo creo que sería muy... Muy difícil a una edad, corta edad, que un hijo tenga hijos tan pronto. Parece que... Pero igual no hay que reprocharle porque... son cosas que pasan. ¿Qué crees que sucederá después? Cuando los chicos son muy jóvenes a veces tienden a despreocuparse de los bebés. Entonces son consejos que a veces uno como mamá tiene que dárselos. (M6, comunicación personal, 2025)*

Cada historia del TAT responde al marco de referencia que su propia experiencia siendo hijas les proveyó. Por lo tanto, al tratar la angustia no se trata al fenómeno como tal, es importante analizar lo particular, lo que moviliza a ellas de su propia historia ya que la maternidad, por sí sola, puede ser un fenómeno bastante angustiante.

Por último, ante la pregunta *¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?*, los profesionales respondieron bajo 2 posturas. Una parte cree que la angustia se da independiente de la internación ya que depende más de los recursos y la capacidad de resiliencia del sujeto. La segunda postura explicó que el hospital es un entorno amenazante y sí afecta a las madres: “Cuando no tiene un marco de referencia previo, pues, son madres que están más vulnerables, que están más, hasta desorientadas... de no saber qué hacer en realidad. Incluso a veces hasta se bloquean, o sea, y pierden la noción del tiempo” (Garces, C., comunicación personal, 2025). De hecho, aunque no se tengan experiencias propias, compartirlas con alguien que si tiene ayuda a calmar a madres con nuevos ingresos:

Si no han tenido experiencia, se asustan un montón, pero siempre tenemos el apoyo de madres que ya han tenido reingresos...esto hace que esta madre que ya ha tenido varias experiencias hospitalarias, le exponga de alguna manera su experiencia, incluso desde el bienestar, Por ejemplo, “mira, te los atienden súper bien las enfermeras” y todas estas experiencias que va contando a esta mamá hacen que se tranquilice, o hacen que hagan una amistad o un vínculo con esta madre que ya ha tenido experiencia, la otra es que se hacen un poco dependientes de estas otras madres, pero pues ayuda un montón a que esta mamá pueda estar un poco más tranquila. (Mackenzie, D., comunicación personal, 2025).

En los grupos focales que se analizaron, las madres que tenían más tiempo internadas con sus hijos fueron las que llevaron la batuta de la conversación y las que en su posición de poder, pudieron calmar y ser ejemplo de resiliencia para las otras. Sin embargo, el marco de referencia de experiencia hospitalarias no solo se vive en experiencias propias o con el hijo, sino que se reactualiza experiencia pasadas, como comentó una de las madres en el grupo focal al preguntarle cómo reaccionó la primera vez que entró a un área de Cuidados Intensivos Pediátricos:

Yo me imaginaba eso. Porque una vez, por equivocación... Yo tenía 17 años. Y andaba con una prima que se estaba haciendo atender. Y... Antes no eran tan restringidas las cosas. Entonces, por equivocación, me pasé a un área que no era. Y era en el área crítica de los niños quemados. Donde los tienen vendados. Y... Cuando me dijeron, ella [su hija] iba al área de los niños que están quemados. Le pregunté a los doctores, ¿por qué? ¿Qué pasa con ella? En realidad, ¿qué pasa con la quemadura? ¿Por qué va a esa área? (M6, comunicación personal, 2025).

Las experiencias previas pueden ser un factor protector y a su vez un factor de riesgo, todo depende de cómo haya incorporado esta experiencia a su discurso el paciente. Se trata de historizar el hecho con el fin de que no devenga traumático en otro momento.

## Hospitalización pediátrica

En cuanto a la relación de la angustia dentro de los contextos hospitalarios, se les preguntó a las madres ¿Cómo describirías la experiencia de tener un hijo hospitalizado?, en general respondieron: difícil, dolorosa y cansada.

Para mí, tenerlo aquí es una experiencia que de verdad que he llorado.. Y peor es verla cuando me la metieron al quirófano. En el momento que le iban a poner anestesia... Siempre hemos estado juntas. Y ahora que me toca dejarla, de verdad que... Lo que ya terminan las visitas, a mí se me parte el corazón dejarla ahí. Pero... No sé, los primeros días [cuando me decía] Mami, no te vayas, pero toca irse. Entonces, es duro. Muy duro estar acá. Ha sido dura esta experiencia. (M6, comunicación personal, 2025)

La dificultad va por el lado de la soledad que sienten al estar en el hospital, y por las complicaciones económicas. Lo doloroso de ver a sus hijos internados y el cansancio que acarrea el proceso. Algunas de estas madres estuvieron antes en UCIP por lo que debían dormir afuera en las sillas de fierro del hospital porque querían estar lo más cerca de sus hijos. M4 es la única que encontró ventajas como aprendizaje y conocimiento de protocolos e intervenciones médicas que ahora le permiten ser madre y enfermera a la vez.

En relación con la pregunta “¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?” Hubo 4 factores en los que estuvieron de acuerdo. El primero tiene que ver con la muerte de su hijo como causa principal de angustia. La segunda la falta de información y la terminología médica. En adición, en las Áreas Críticas por su protocolo de solo 3 horarios de visitas, hay un “silencio perpetuo frente a una puerta cerrada donde sabes que pasa algo, pero no lo ves” (Francis, E., comunicación personal, 2025). La tercera respecto a la incertidumbre del pronóstico y diagnóstico, aunque también las decisiones respecto al tratamiento: “Tomar decisiones si lo entuban, si no lo entuban, si lo operan, si no lo operan... Este miedo que incrementa también, este qué le

puede pasar, y yo generé esto” (Gavilanes, E., comunicación personal, 2025). La última por las dificultades económicas que afrontan los padres.

Por otro lado, se preguntó a los profesionales acerca del impacto de las fantasías de muerte que despertó la internación de los hijos en el proceso de matinar. Responden que la muerte se vuelve un miedo profundo y constante, un real, inconcebible y a la vez presente ya que la muerte puede estar a una cama de distancia. Indagar acerca de la muerte despierta muchas resistencias, es por eso que se usó el TAT con el fin de que se pudieran desplazar estas fantasías hacia un estímulo con el fin de hablar acerca de este. Cuando se les mostró la lámina 8VH todas vieron a una persona siendo operada (las situaciones de cómo llegaron a ese punto varían caso por caso) y para la gran mayoría la operación salió bien.

Para M5, la historia gira en torno al personaje externo a la operación que no hace nada al respecto, que sabe que puede morir y permanece impávido hablando de su relación con la impotencia. En el caso de M4, es la única que termina la historia con el fallecimiento del niño y habla acerca del doctor que es bravo y pone en riesgo la operación. Para M6, esta lámina le permite expresar su miedo cada vez que su hija se somete a una operación quirúrgica.

[¿Y qué va a pasar?] Pasar... Que el chico salga bien, que se recupere. Porque es lo que uno como madre anhela. Cuando ingresan a algo, uno... A mí no me gustaba la idea. Cuando mi hija entra ahorita, con anestesia y todo. Pero... Pasan muchas cosas. Y más que todo, ella es alérgica a muchos medicamentos. Tiene mucha alergia. A mí me dicen “El doctor quiere hablar conmigo”, enseguida me atacan los nervios. Como que se me va a dar una noticia mala o algo. (M6, comunicación personal, 2025)

Y la muerte es un real del que están muy conscientes apenas entran a Áreas Críticas. Al consultarles qué era lo más impactante que habían visto en la primera ocasión que entraron a esta área, la respuesta casi unánime sería: ver a tantos niños en estado crítico. Si la idea de la muerte es un real que se aplaza lo más posible, poner este real junto a un niño causa aún más rechazo.

Es una idea inconcebible y dolorosa, mucho más si el niño es el hijo de las participantes.

Entrar a la UCI no es fácil porque uno sabe que va a la UCI su hijo porque está grave, está delicado. A mi hija cuando la operaron del pulmón, mi hija estaba hinchada, estaba sedada. Me acuerdo tanto que por el tren del tubo sangraba, por el traqueotomo sangraba. O sea, esa imagen me impactó demasiado... Y en otra época, como estamos ahora que hay bastantes virus respiratorios, en esa época vinieron muchos bebitos enfermos. Y en esa semana fallecieron muchos niñitos por ese virus. Entonces fue algo que a mí me impactó, que incluso como que ya finalizando la semana así entré en un estado de shock. Y ya de cansancio a nivel emocional sí me sentía mal. Porque aparte que era duro ver a las madres llorar por sus hijos. Y en la situación en la que estaba mi hija, sí fue un choque bien fuerte para mí, eso fue una experiencia que no quisiera volver a repetir. (M3, comunicación personal, 2025)

En relación con la pregunta de si existe algo en el hospital que logre alterarlas o perturbarse la mayoría respondió que nada y el resto dio ejemplos puntuales que van del lado de lo administrativo del hospital (hablar con el doctor sobre procedimientos o medicamentos) y el estar alerta de su algo pueda pasar. De esta última, M3, quien ha tenido más reingresos que el resto, relató que hubo un temblor y se sintió impotente al no poder sacar a su hija de ahí. En relación con la pregunta ¿Se siente libre de expresar sus sentimientos en el Unidades Críticas Pediátricos? todas refieren que sí y que han tenido el apoyo del personal médico. Sin embargo, contrasta con la pregunta que se les realizó inmediatamente después de esa: ¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?

Este casi mandato lo he escuchado en reiteradas ocasiones en las interconsultas de psicología de madres que, en su angustia, estaban bastante inhibidas como en el Caso- Un llanto ahogado que se encuentra en el Marco teórico. Es dicho por el personal de salud y también por los familiares de las

participantes. Seis de las siete madres entrevistadas coinciden con este axioma:

Sí, sí, muchas veces me lo han dicho. Es porque le transmito todo a él. Ya. A pesar de que él está como está, él sí nos escucha y nos siente. Y cuando yo le lloro a él, él a veces hasta desatura. Y cuando yo le lloro a él, él también llora. *¿Usted estaría de acuerdo con esta frase?* Sí, sí, por eso ya lo he dejado, pocas veces hacerlo. Y llevo con buena risa. (M4, comunicación personal, 2025)

Este poderoso axioma invalida los sentimientos de las madres y al mismo tiempo carga sobre ellas la culpa de generar más malestar en sus hijos al expresar sus emociones. Es interesante como esta madre ha llegado a relacionar que su hijo desature y lo asocia con ella. M4 fue una participante que se mostró muy inhibida en toda la entrevista, respuestas cortas y precisas, tratando de no mostrarse emocional, adecuada al discurso médico porque la inhibición también es el mecanismo que se usa en estos espacios. Esta participante es la que más tiempo lleva de hospitalización, sin embargo, se le preguntó si en algún momento la había interconsulta con psicología y su respuesta fue negativa.

En contraste, la única que se reveló contra este axioma pertenece al área de UQ donde todos los pacientes se interconsulta con psicología, lo dijo de la siguiente manera:

[¿La ha escuchado?] No. Siempre me dicen desahógate, pero no enfrente de él. Para que no sienta, no vaya a sentirse mal [¿qué opina usted de la frase?] Que está muy mal. Muy mal. Porque uno tiene que desahogarse porque si no lo hace, ahí es donde vienen más consecuencias. (M7, comunicación personal, 2025)

Siguiendo con la entrevista se consultó si ¿Ha habido algo difícil de aceptar al estar en este proceso de hospitalización? Las respuestas están por dos aristas: el perder a sus hijos y el que queden con complicaciones (discapacidad, amputaciones, injertos de piel, etc)

Sí fue un poco difícil en los primeros días aceptar en la situación en la que ella estaba, en la que estaba entubada... Y ya después de eso, aceptar ya la realidad en la que ella estaba con su discapacidad. Pero yo pienso que mientras ha pasado el tiempo... Ese dolor ya está como un poco más... Ya no está tan fuerte como al inicio de verla así como estaba. Ahora el temor es así como dice mi amiga. El perderla. El hecho de que lo podamos tener, lo podemos tener ahorita, pero en un futuro ya no lo podamos tener. (M3, comunicación personal, 2025)

La angustia aquí tipificada se relaciona con aquello que nos aterra, desde Freud y la conceptualización de los unheimlich es la reactualización de peligros infantiles. Él resalta que el individuo regresa a un estado de poco control y relata el carácter siniestro del silencio, la soledad y la oscuridad, miedos infantiles los cuales comparte la mayoría de la población. En el ámbito hospitalario esto lo he pedido ver en ciertos pacientes. Comencemos con el silencio. Silencio ante lo que no se dice, lo que no se explica. Existe la angustia del no saber, de lo que se sabe de sus hijos pero que es conocimiento al que no se accede por completo ya que los tecnicismos del lenguaje médico se lo impiden. También es un silencio ante lo que no se quiere saber. Varias derivaciones del médico fueron porque a las pacientes se les explicaba y no entendían. El silencio no sólo como ausencia de palabras sino como la imposibilidad de anclar en el discurso, el vacío ante algo de lo que no se puede dar cuenta ni registrar en la psiquis. La soledad como el desamparo y corte con lo familiar. Estar internado es vivido como un tiempo de suspenso en la vida donde muchas veces las madres se quejan. Una vez una paciente “me siento sola” al hablar que vivía en otra provincia y por costos de pasaje nadie la acompañaba. La soledad en la realidad, pero también al saber que los demás no podrán entenderla en su dolor y que brindarán mandatos como “Debes estar bien por tu hijo” en vez de acoger este quiebre. Por último, la oscuridad y la orfandad de la muerte, un real que cuando se para enfrente de los pacientes y sus familiares se vuelve innegable.

## CONCLUSIONES

En conclusión, la angustia es una manifestación presente en las madres con hijos internados en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Se propone el uso de los departamentos de psicología como medida de intervención ante estos malestares. La hospitalización genera angustia por las fantasías de muerte, silencios y procedimientos que en ella se albergan. La maternidad es angustiante en tanto el hijo ocupa el lugar de objeto de deseo que ante la amenaza de la muerte se enfrentan a su pérdida.

La angustia se define como aquel afecto profundo, intenso y abrumador que desconcierta al sujeto y lo deja sin recursos para responder. Es un sufrimiento deslocalizado, por eso se dice que no tiene objeto. Sí se visualiza angustia por parte de las madres en contextos hospitalarios quienes caracterizan manifestaciones desde lo emocional, físico, cognitivo y conductual. A nivel emocional está el miedo, la inseguridad, llanto fácil, la irritabilidad, los gritos, la apatía, A nivel físico hay escalofríos, paralización, alteraciones del sueño, apetito y somatizaciones. Esas ansias por salir corriendo, aislamiento familiar y estados hiperalertas pertenecen a lo conductual. En lo cognitivo está la preocupación excesiva y bloqueos mentales.

La experiencia de la maternidad en los hospitales es culposa, sometida a los tiempos médicos y angustiante ante la constante posibilidad de perder a su hijo. Las madres suelen optar por dos posturas: la sobreprotección y la flexibilidad de normas, aunque, desde su postura, hay beneficios en las regresiones que los niños puedan tener ya que lo traducen como unirse más. Cada madre materna desde su experiencia propia y cada una tiene una imagen aquello, en base a lo aprendido de la propio, de su propia relación madre-hija. Respecto a la influencia de las experiencias de hospitalización previas de la madre, se concluye que puede ser un factor protector, ya que madres con reingresos muestran mejor manejo emocional y pueden acompañar a madres sin experiencia, y a la vez de riesgo cuando son vividas de manera traumática sin ser historizadas en el discurso de la persona. Al final, depende del caso por caso.

Sí se encuentran relaciones entre la angustia y la hospitalización pediátrica. Del lado de lo unheimlich que despierta el hospital está el silencio como una no respuesta por parte del personal médico y a su vez como la imposibilidad de ligar a su discurso terminología que no alcanzan a entender. La soledad física y emocional que trae estar lejos de su red de apoyo y la certeza de que nadie entenderá por lo que está pasando la madre. La oscuridad y las fantasías de muerte que están a la distancia de una cama y a la orden del día, lo cual los enfrenta constantemente a la pérdida de su objeto de deseo. En relación con la maternidad, es angustiante que en estas instituciones puede haber una caída de los ideales de maternidad y ante lo cual cada sujeto debe fabricar sus propias respuestas. Si la maternidad se ve de las del cuidado, las enfermeras suplantando este rol, si es del lado de “estar ahí para tu hijo”, los horarios administrativos hacen brecha entre ambos. Las enfrentan a nuevas respuestas y reactualiza las experiencias de haber sido hijas.

Como propuesta de profundización de este tema sugiero evaluar qué tan diferentes reacciones tendrían las madres y los padres teniendo en cuenta que las exigencias de cuidado son diferentes desde las perspectivas sociales. Además, añado a su vez como propuesta indagar el contraste con relación a la angustia si se hubiera evaluado en áreas como UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos) y UCI-Cardio (Cardiología infantil) donde los padres no pueden acompañar a sus hijos más que en horarios específicos. También es relevante explorar la presencia o no de urgencia subjetivas en familiares de pacientes internados como un desborde de angustia.

## REFERENCIAS

- Acosta-Farina, D., Soria-Tipse, A., Barrezueta-Caicedo, Y., Velasco-Espinoza, J., Delgado-Panchana, M., & Rivadeneira-Maldonado, A. (2022). Incidencia de quemaduras en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en el periodo del 2014 al 2020. *Archivos de Medicina (Col)*, 22(1), 64-72. <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.4215.2022>
- Almeida, D. de, & Aires, S. (2023). A Clínica Psicanalítica das Urgências Subjetivas no Hospital Universitário: Construção de um Caso Clínico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403>
- Arias, F. G. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Caracas: Editorial Episteme.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.)*. Editorial Médica Panamericana, 189-21
- Asociación libre (2016). *Introducción del narcisismo - Freud [Video]*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hCWSQqenaQ4>
- ATLAS.ti. (s.f.). *Guía del análisis de entrevistas: Grupos focales*. <https://atlasti.com/es/guias/guia-del-analisis-de-entrevistas/grupos-focales>
- Ayuso Murillo, D. Arranz, M. Herrera Peco, I. Gómez Salgado, J. García-Iglesias, J & Carlos Ruiz Frutos. (2019). Ansiedad en matronas y enfermeras no especialistas de hospitales del servicio madrileño de salud. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 22(4), 165–170. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=7077453&orden=0>
- Báez, G. (2019). *Las princesas rusas no babeán*. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 134-140 [\\*+10+las+princesas+rusas+no+babean.pdf](#)

- Baranger, W (1991). <<El narcisismo en Freud>>. En: *Estudio sobre <<Introducción al narcisismo>>* de Sigmund Freud. J Sandler (comp), J Yébenes, Madrid
- Barros, M. (2022). De la coyuntura dramática del trauma en *Las Islas*, (pp. 25-33). Grama Ediciones.
- Békei, M. (1992). Trastornos psicósomáticos en niñez y adolescencia (Cap. 6, Hospitalismo). <https://catedraedipica.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/08/m.-bekei-hospitalismo.pdf>
- Belaga, G. (Comp.). (2004). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Grama Ediciones.
- Berges, M., & Balbo, C. (1999). Sobre el transivismo. El juego de los lugares de la madre y del niño. Ediciones Nueva Visión <https://es.scribd.com/document/725330387/Sobre-El-Transitivismo-Berges-y-Balbo-1>
- Bleger, J (1963). *La psicología y el ser humano*. Psicología de la conducta. Eudeba, 13-16.
- Buamden, O. (s. f.). Del ataque de pánico a la angustia en Freud. PAUSA. <https://www.pausaurgencias.com.ar/pausapalabra/delpanicoalaangustia.html>
- Byun- Chul Han (2010). La sociedad del cansancio. E-pub. <https://www.derechopenalenlared.com/libros/la-sociedad-del-cansancio-byung-chul-han.pdf>
- Cando, J. (2017). El Nombre del Padre, el capitalismo, la época y las adicciones. Nueva Escuela Lacaniana – Guayaquil. <https://nelguayaquil.org/2017/08/16/el-nombre-del-padre-el-capitalismo-la-epoca-y-las-a-dicciones/>
- Carbajo, M. (2023). *Un “reality” mete a 20 niños solos en una casa y la diferencia de conducta entre chicos y chicas sorprende*. Diario ABC;

ABC.es. <https://www.abc.es/recreo/reality-mete-ninos-solos-casa-diferencia-conducta-20230221103656-nt.html>

Clínica Alemana. (s.f.). UCI Pediátrica. <https://www.clinicaalemana.cl/especialidades/pediatria/subespecialidades/uci-pediatria>

Curiosum Break. (2023). La maternidad a lo largo de la historia [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5jne6VOaZIY>

Delgado, Rincón & León (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1125>

Depetris, Sofia (2020). Demandas de la cultura actual: el goce como imperativo y la felicidad como un deber. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Díaz M. & Ramírez M. (2022). Experiencias de cuidado y configuraciones subjetivas de madres de niños y niñas con discapacidad. Siglo Cero, 53(1), 51–69. <https://doi.org/10.14201/scero20225315169>

Diffenbaugh, V. (2011). El lenguaje de las flores (G. Rovira Ortega, Trans.). Tritivillus. (Trabajo original publicado en 2011).

Eidelsztein, (2009). Los conceptos de alienación y separación de Jacques Lacan. Desde el Jardín de Freud, (9), 73–86.

El País. (2024). ¿Es posible hablar del concepto de "buena madre"? <https://elpais.com/mamas-papas/expertos/2024-12-08/es-posible-hablar-del-concepto-buena-madre.html>

- Elgarte, R. (2007). El fantasma, entre lo irrepresentable y lo representable. Universidad Nacional del Sur. <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/3530/Elgarte,%20Roberto.%20El%20fantasma.pdf;jsessionid=864C0A5DADAB11CF57CB4A4DDC6EEA67?sequence=1>
- Equipo editorial, Etecé (2023). Subjetividad. Enciclopedia Concepto. <https://concepto.de/subjetividad/>.
- Euroinnova. (2023). Lo que debes saber sobre la terapia intensiva pediátrica. <https://www.euroinnova.com/medicina/articulos/terapia-intensiva-pediatica>
- Faisán, K. & Carvajal, E. (2018). Impacto psicológico en las madres de niños hospitalizados en la Unidad de Neonatología, Cuenca 2017. Universidad de Cuenca. Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca.
- Farré, (2016). *Lecturas en torno al Seminario X de Jacques Lacan. Hacia una perspectiva vigente para el tratamiento de la angustia subjetiva*. NODVS, (47). SCB-ICF. <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/arxiupdf.php?idarticle=577&rev=66>
- Fernández, A. (2020). Triage de Urgencias de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01\\_triage\\_urgencias.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_triage_urgencias.pdf)
- Fernández, A. (2023). El concepto de discurso como articulador entre escucha analítica e interconsulta hospitalaria. 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, Buenos Aires.

- Fernández, L. (2022). Maternidad y feminidad desde el psicoanálisis. NODVS LXIII, Memoria de Investigación para la obtención del Diploma de Estudios Superiores (DES) de la Sección Clínica de Barcelona. <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/arxiupdf.php?idarticle=792&rev=84>
- Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo* [Archivo PDF]. Elejandria. <https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/INTRODUCCION%20AL%20NARCISISMO.pdf>
- Freud, S. (1917). “Una dificultad del psicoanálisis”, en Obras completas Sigmund Freud. Vol. XVII, pp.125-135. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1919). *Lo siniestro*. En *Obras completas: Freud total*. Librodot. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/119-2014-02-23-Freud.LoSiniestro.pdf>
- Freud, S. (1920-1922). *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Amarrortu editores.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. Biblioteca Virtual Omegalfa.
- Freud, S. (1932). La feminidad (33ª conferencia). Psicopsi. <https://www.psicopsi.com/obras-freud-33-conferencia-la-feminidad/>
- Garbarino, H. (2012). *Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia*. Revista uruguaya de psicoanálisis.
- Ginaldo, V. d., Amegeiras, Chernobilsky, Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., . . . Soneira, A. J. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa .

- González, M. (2019). La pérdida simbólica en el rol materno: El nacimiento de un bebé prematuro, un análisis ecológico (Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana). Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46710/La%20P%C3%A9rdida%20Simb%C3%B3lica%20en%20el%20Rol%20materno%20El%20nacimiento%20de%20un%20beb%C3%A9%20prematuro%20un%20an%C3%A1lisis%20ecol%C3%B3gico..pdf?sequence=2>
- Guzmán, A, & Berjano, E. (2023). Perspectivas psicoanalíticas sobre la feminidad y la maternidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 167-181. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n126/original8.pdf>
- Hamui-Sutton, L. (2021). Las fronteras simbólicas del hospital durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Médica de México*, 157(3), Ciudad de México. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000188>
- Homer, S. (2016). Lo real en. *Jacques Lacan Una introducción*. (pp. 103-117). Plaza y Valdés
- Inconsciente en pantuflas. (2020). Jacques Lacan y el estadio del espejo [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=9za2W4Co\\_nw](https://www.youtube.com/watch?v=9za2W4Co_nw)
- Isi Vila (2011). *Cortometraje "Angustia" de Isi Vila*. [Video]. [https://www.youtube.com/watch?v=dSenkm-PW\\_k](https://www.youtube.com/watch?v=dSenkm-PW_k)
- Junta de Beneficencia de Guayaquil (2023). 8 de cada 1000 niños en el Ecuador nacen con cardiopatías congénitas. <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/en/home/3960-8-de-cada-1000-ninos-en-el-ecuador-nacen-con-cardiopatias-congenitas>
- Kugler, M. V. (2018). Psicoanálisis y hospital: la clínica más allá de las normas. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología

- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.  
<https://www.aacademica.org/000-122/458>

La Travesía (2023). *La Hipermodernidad de Gilles Lipovetsky - Filosofía Actual*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=VFBgYpEFC-Q>

Lacan (1962-1963). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La angustia*. Editorial Paidós.

Lacan, J. (1938). La familia [PDF]. La Cantera Freudiana.  
<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.2-%20LA%20FAMILIA,1938.pdf>

Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je). En Escritos 1. [Comunicación en congreso] Comunicación presentada en el XVI Congreso Internacional de Psicoanálisis, Zurich, 17 de julio de 1949. <https://iedimagen.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/01/lacan-jaques-el-estadio-del-espejo-como-formador-de-la-funcic3b3n-del-yo.pdf>

Lacan, J. (1957-1958). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, 195-202. <https://psicopatologia1unlp.com.ar/bibliografia/seminario-lacan/Lacan.%20Seminario%205.%20Selecci%C3%B3n.pdf>

Lacan, J. (1964). *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (J. L. Delmont-Mauri & J. Sucre, Trans., p. 219). Psicopsi. <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/06/Lacan-Seminario11.pdf>

Lacan, J. (1969). Dos notas sobre el niño [Manuscrito entregado a Jenny Aubry]. En J.-A. Miller (Ed.), *Escritos sobre psicoanálisis infantil*. <https://es.scribd.com/document/338428042/Dos-Notas-Sobre-El-Nino-J-Lacan>

Laplanche y Pontalis (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

- Leserre, A., & Battista, G. (2001). Una lectura de Nota sobre el niño. *Revista Virtualia*, 1(2). <https://www.revistavirtualia.com/libros/13/una-lectura-de-nota-sobre-el-nino>
- Lilienfeld, S. C., Wood, J. J., & Garb, H. N. (2000). Estatus científico de las técnicas proyectivas. <https://pavlov.psyciencia.com/pdf/estatus-cientifico-de-tecnicas-proyectivas-pdf.pdf>
- Llopis, J. (2011). Corazones de papel: Patrones de cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=95063>
- Macedo & Torres (2017). Carga emocional del cuidador primario de niños posoperados de cardiopatía congénita en una unidad de cuidados intensivos (Trabajo académico para optar por el título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos). Universidad Peruana Cayetano Heredia. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1395/Carga\\_MacedoCaceres\\_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1395/Carga_MacedoCaceres_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Macías, A & Zambrano, G (2019). Comportamiento de los familiares de los niños menores de cinco años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Manabí. *Revista Cognosis*. 99-108. <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2288>
- Martínez-Castro, N. (2012). El narcisismo... Freud y Lacan. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 79 - 89.
- Martínez-Martínez, C. A., Mejía-Suazo, C. J., & Landa-Blanco, M. (2021). Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras. *Revista de Psicología de la salud*, 9(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.703>

- Miachi, C. & Silva, L. (2012). Os Discursos De Lacan No Hospital Geral [Los discursos de Lacan en el hospital general]. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 295-303. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000200011>
- Miller, J.-A. (2007). Cosas de familia en el inconsciente. <https://es.scribd.com/document/518086961/Miller-J-A-2007-Cosas-de-familia-en-el-inconsciente>
- Moglia, B., & Sy, A. (2024). Emociones y afectos: Desafíos en la atención en hospitales del conurbano bonaerense a partir de las experiencias de sus trabajadores. *Ciencias y Humanidades*, 11(1). Corporación Educativa Jorge Robledo. Centro de Estudios en Ciencias y Humanidades. Repositorio Institucional CONICET Digital.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhe* (Santiago), 15(2). <https://doi.org/10.4067/s0718-22282006000200009>
- National Geographic España. (2018). Esto dice la ciencia sobre el instinto maternal. <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2018/05/esto-dice-la-ciencia-sobre-el-instinto-maternal>
- Neill & Cortez (2017). *Procesos y Fundamentos de la investigación científica*. Machala:Ediciones Utmach
- NELcf-Lima (2024). Conversación con Ricardo Seldes: «Psicoanálisis lacaniano: las urgencias subjetivas hoy. [Archivo de Vídeo]. <https://www.youtube.com/watch?v=ZpOn-DCapfg>
- Neurocom. (2017). Las madres transmiten su ansiedad a los hijos. <https://neurocomgroup.com/las-madres-transmiten-su-ansiedad-a-los-hijos/>
- ONU (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>

- OPS (2022). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Palma, P. (2019). Psicoanálisis en la institución hospitalaria: Análisis sobre el abordaje de la demanda de tratamiento en el contexto de la clínica con adolescentes en el Hospital San Juan de Dios [Tesis de grado, Universidad de Chile]. Repositorio de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/182548/psicoanalisis-en-la-institucion-hospitalaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Paricio, R & Polo Usaola, P. (2020). 33 Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. Revista de la Asoc. Esp. Neuropsiq, 40(138), 33–54. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020003>
- Pavlicich, V. (2017). La emergencia pediátrica: Una especialidad que se consolida en la región. Pediatría (Asunción): Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría, 44(3), 195-198. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6958318>
- Pinto & Barbosa (2007). Vínculo materno-infantil y la participación de la madre durante la realización de la punción venosa: la óptica del psicoanálisis. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(1), 150-155. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100022>
- Plasencia, E. & Yáñez, A. (2022). Satisfacción del usuario del área de emergencia respecto a la aplicación del triaje de Manchester. Revista Sanitaria de Investigación, 2(6). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/satisfaccion-del-usuario-del-area-de-emergencia-respecto-a-la-aplicacion-del-triaje-de-manchester/>
- Pujó, M. (2001). Malestar en la institución. Revista Mal-Estar e Subjetividade, 1(1), 3-40.

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482001000100005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482001000100005)

Quezada, L., González, M., & Mecott, G. (2014). Resiliencia en pacientes pediátricos sobrevivientes de quemaduras. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1585-1594. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.05.001>

Ramírez, M. E. (2014). Complejos familiares parte 1: El complejo de destete [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=CjxFrEcX0Y&t=354s>

Ramírez, M. E. (2014). Complejos familiares parte 4: Consecuencia social del complejo de intrusión [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=E0dv7\\_dKGsM&list=PLL7jYddrz7EIHgtqGucF-Dasg4SHT5Fli&index=4](https://www.youtube.com/watch?v=E0dv7_dKGsM&list=PLL7jYddrz7EIHgtqGucF-Dasg4SHT5Fli&index=4)

Recalcati, M. (2018). *Las manos de la madre* [Versión Kindle]. Anagrama.

Resúmenes Entelekia. (2020). Sigmund Freud, Psicología de las masas y análisis del yo [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=oPZALqwB0VM>

Rojas, M., & Soto, B. (2007). El acceso de un bebé al estadio del espejo: Constitución del yo especular y transactivismo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 203-210. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29212113.pdf>

Romero-Heredia et al. (2022) Enseñanza y formación de primeros auxilios psicológicos a profesionales de la salud. *Acta médica colombiana*. 47(3), 1-3. <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2234>

Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *La ruta cualitativa de la investigación. Metodología de la investigación* (pp. 5-7). Ciudad de México: Mc Graw Hill .

- Sarmiento, A & Egas, M (2021). Estrago materno y función materna en madres adolescentes. Un recorrido teórico y clínico. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 105–122. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.11>
- Sarmiento, A & Egas, M (2021). Estrago materno y función materna en madres adolescentes. Un recorrido teórico y clínico. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 105–122. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.11>
- Sauta, R. (2005). *Todo es teoría. Objetivos y métodos en investigación*. Buenos Aires: Ediciones Lurniere.
- Sauval. (s.f.). *El fantasma* [Imagen]. <https://www.sauval.com/fantasma/s1siysolamentesi.htm>
- Savio, A. (2015). El discurso del amo en el siglo XXI: Una lectura desde Lacan. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (25), 55-72. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-48702015000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-48702015000200004)
- Secretaria Nacional de planificación. (2021). Plan de oportunidades 2021-2025 (pp. 58–61). Quito. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>.
- Seldes, R. (2019) *La urgencia dicha*. Paidós.
- Seminario + Conversaciones. (2024). El psicoanálisis, la madre y la mujer [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=TGbtPGTku\\_s](https://www.youtube.com/watch?v=TGbtPGTku_s)
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1). [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)
- Simó, S. (2017). Grupo focal - Investigación cualitativa [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=6z8DrEhadqE>

- Sobre Psicoanálisis. (2022). 37- *La angustia: señal de un cuerpo que se desarma* - Con Andrea Berger [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=o291f7LI1OU>
- Sobre Psicoanálisis. (2023). 48- *¿Qué es el fantasma?* [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=klIOTQifg\\_M&t=257s](https://www.youtube.com/watch?v=klIOTQifg_M&t=257s)
- Solano, E. (2019). Prólogo. En Seldes, R, *La urgencia dicha*. Paidós, 13-18
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la Urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Tappan, J. E. (2021). Los 4 discursos, en Lacan [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=o2w31alp-3A>
- Tautiva Ochoa, K., López, C. M., Guzmán-Romero, S. Y., González Ruíz, D. P., & Hernández Zambrano, S. M. (2020). Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217372.950>
- Ubidia, A (1989). *Divertinventos. Libros de fantasías y utopías*. Libresa, 25-27.
- Universidad Católica Santiago de Guayaquil (s.f.). *Dominios institucionales*. <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>
- Universidad D Salamanca. (s.f.). *Primera ayuda psicológica en emergencias pediátricas. Hospitales infantiles mejores*. <https://hospitalesinfantilesmejores.usal.es/situaciones-muy-dificiles/servicios-de-urgencias/primera-ayuda-psicologica-en-emergencias-pediatricas/>
- Vargas, (2020). *La angustia que no engaña y la que engaña*. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 20, 73-81. Facultad de Psicología - UBA. [https://www.psi.uba.ar/publicaciones/psicoanalisis/trabajos\\_completos/revista20/vargas.pdf](https://www.psi.uba.ar/publicaciones/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/vargas.pdf)
- Vélez, A. (2023). Los monstruosos niños Jesús del Medioevo. *El Espectador*. <https://blogs.elespectador.com/actualidad/catrecillo/los-monstruosos-ninos-jesus-del-medioevo/>

Vila, M. (2012). Los discursos en la dirección de la cura. Jornadas de Escuela "Los Discursos en la Dirección de la Cura", Panel: "El Discurso del Psicoanálisis en la Práctica Hospitalaria", Escuela Freudiana de Buenos Aires.  
[https://biblioteca.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_1472.pdf](https://biblioteca.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1472.pdf)

Yáñez, C. (2008). Transítivismo materno y trauma. *Revista de Psicoanálisis Objetos Caídos*, 6, Universidad Diego Portales.  
[https://www.academia.edu/33396071/Transitivismo materno y traum](https://www.academia.edu/33396071/Transitivismo_materno_y_trauma)  
[a](#)

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>

## ANEXOS

### Anexo A: Transcripción de entrevistas semiestructuradas a expertos

#### *Entrevista a Psic. Lizbeth Solís*

- **Nombre y años de experiencia en contextos hospitalarios**

Mi nombre es Lizbeth Solís Rodríguez. Trabajo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, el área en la que veo madres que cuidan de infantes es en obstetricia/alto riesgo obstétrico/ucin. Han sido 10 años

- **¿Cómo se diferencia la angustia vivida por las madres de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?**

La angustia tiene el peso de lo que aparece por fuera de las respuestas o los recursos que posee un sujeto. Aparece como señal de un sufrimiento que no encuentra localización. Por otro lado, la tristeza y la ansiedad si son recursos de los que se disponen. La tristeza es un afecto, sus manifestaciones son varias: el llanto, la pérdida de apetito, los cambios en la conservación del sueño. La angustia por Lacan sabemos que es señal que no engaña, en tanto marca el encuentro con lo real. La ansiedad es un diagnóstico psiquiátrico que en manuales como el DSM tienen una descriptiva de síntomas que lo conforman.

- **¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?**

Sus presentaciones son del orden de los fenómenos, los gritos, el llanto y en algunos casos el silencio o la apatía.

- **¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?**

Cómo un detenimiento en la esfera de la vida. Al ser representantes directos del infante requieren estar largos tiempos en el hospital sin que ello implique estar junto a sus hijos. Así las funciones maternas quedan detenidas en el tiempo y responden en la cronología del ámbito médico. En el área de ucin por la gravedad de los casos las madres y padres solo pueden ver a sus hijos en el horario de visita que es entre 15 min a una hora, cuando los recién nacidos están estables las madres y padres pueden estar en plan canguro con

los infantes lo cual aumenta el tiempo que tienen para hablarles, darles de comer etc. El resto del tiempo las madres y padres están en suspenso sentados en una sala a las espera de alguna información o solicitud como la compra de medicamentos.

- **¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?**

La misma hospitalización genera efectos subjetivos, se trata de un ingreso en el que todos están advertidos que no hay garantías de evolución.

- **¿Cómo impactan las fantasías de muerte que despierta la internación de los hijos en el proceso de maternar?**

Me parece que es un real que acecha, aparece en el prójimo, es decir el próximo, el paciente de la cama contigua. Ante ello queda para ese sujeto (madre) re significar su lugar en relación a ese infante, el impacto creería que está en ese trabajo adicional de elaboración bajo condiciones no cotidianas.

No hay como hablar de significaciones generales cada mujer opera desde la función materna según su peculiaridad, la estancia de neonatos tiene la particularidad de que en la mayoría de los casos el primer contacto que tienen las madres con sus hijos es en una sala de cuidados intensivos, hasta antes de ello la relación es preceptiva “una mujer siente los movimientos del producto” y afectiva, pero ese primer encuentro cara a cara en los casos de alto riesgo obstétrico no se da de la forma cotidiana que conocemos. Es así que la tarea es cómo ser mamá en esas condiciones, cuando no son ellas las que proveen los cuidados primarios a sus hijos, cuando el tiempo es corto, cuando solo queda esperar

- **¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?**

Pienso que no tiene una incidencia en el orden de la angustia, en tanto cuando ella aparece de lo que da cuenta es que hay algo para lo cual un sujeto no puede responder. Es decir que aunque sea una nueva internación, una primera internación o una última internación lo conocido no borra la posibilidad de lo contingente.

## **Entrevista a Psic. Elmes Francis**

- **Nombre y años de experiencia en contextos hospitalarios**

Mi nombre completo es Elmer Isaac Francis Alvarado. Yo tengo aproximadamente ya cuatro años en el ámbito hospitalario. Estuve en el hospital del IESS-Ceibos y actualmente me encuentro en una clínica de diálisis. En ambos espacios tuve la oportunidad de trabajar con personas de todas edades. Pero en el hospital del IESS-Ceibos donde más tiempo estuve, por ejemplo, en UCI, hospitalización. Y de hecho, también pediatría. *¿En UCI de niños o en general?* En general. Y también en niños. Estaba también trabajando con bastantes familias, en especial madres, con niños que necesitan morir.

- **¿Cómo se diferencia la angustia de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?**

*¿Te refieres a las madres en hospitalización? Sí, y podemos empezar en general.* De manera general, es que son más bien características que son parte de la angustia. O en el caso de este tipo de pacientes, normalmente cuando se hacen las interconsultas y piden un diagnóstico, porque siempre piden diagnóstico, se los denomina como ansiedad generalizada. En caso de que no haya un factor específico. Ahora, dentro de esa ansiedad generalizada, a veces se ve tristeza, se ve ansiedad, se ve episodios, digamos, de irritabilidad también, generados propiamente por la incapacidad de poder hacer. Y ahí, si nos vamos más específicamente con las madres, vendría a ser la problemática más bien de no poder hacer nada por aquello que está pasando. Y también está el factor del no diagnóstico, que es aún peor. Ahí no es una ansiedad generalizada, sino una ansiedad específica.

Hay un factor, digamos, que se puede anclar a la ansiedad que vendría a ser la enfermedad del infante. Ahora, si hablamos de este tipo de pacientes, normalmente está la cuestión de no saber hacer y no saber qué está pasando. Si el niño no tiene un diagnóstico, suele ser mucho peor.

O sea, la diferencia entre una madre con un diagnóstico, a veces un diagnóstico fuerte o muy grave, sigue siendo mucho menor a la ansiedad que

vemos con una madre que no tiene ningún diagnóstico. O sea, la diferencia es tremenda. En específico ante la imposibilidad de poder evocar en palabras lo que está sucediendo. *¿Y esta ansiedad en sí se la podría diferenciar de alguna manera de la angustia?* Aquí el problema es de terminología y desde donde... Bueno, supongo yo que estoy trabajando en el psicoanálisis, ¿verdad? Bueno, si lo agarramos del libro, obviamente el DSM parece más bien que habla de una cuestión de angustia. No sabría cómo explicarte la palabra, así que te la voy a decir así.

Lo que para el psicoanálisis es angustia. Para el DSM es ansiedad. De hecho, en el DSM no te ponen la angustia como tal, sino más bien como una característica del ansioso o simplemente como una ansiedad leve. Aunque en el DSM es como la ansiedad son características, manifiestas, por así decirlo. Exactamente. *¿Podría haber angustias tal vez que no sean tan visibles?* O sea, que no tengan esas manifestaciones tan fuertes, por así decirlo. A ver, la persona del DSM es descriptivo. Descriptivo desde lo... *Fenomenológico*. Sí, exactamente.

Entonces tenemos cuestiones como palmas sudorosas, incapacidad para sostener la mirada, piernas inquietas, cosas de tartamudeo cuando se trata de buscar cuestiones específicas. O sea, cosas muy literales que se encajan muchas veces a diagnósticos ansiosos que van mucho más allá y sí se manifiestan dentro del inconsciente. Por ejemplo, podemos ver... Hay pacientes que, claro, te dicen, no, yo no estoy ansioso, estoy bien, o sea, estoy preocupado, pero no pasa nada, o no estoy angustiado.

Pero no pueden dormir, no han comido en 2-3 días y no lo notan. Es la represión de aquello que genera ansiedad. La ansiedad es una respuesta ante algo apremiante que está allí. Entonces, por otro lado, tienes esta incapacidad para poder hacer con eso, entonces se puede reprimir, se puede hacer un... No, no pasa nada. O una negación. No, no pasa nada.

No están comiendo, no están durmiendo. Si duermen, sueñan con cuestiones muy relacionadas a aquellos que generan ansiedad o angustia, como decías de siempre. Y a la final termina siendo una muestra de que sí existe, sí está ahí presente.

- **¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?**

Dependiendo del diagnóstico y tomando en cuenta... Te voy a poner dos ejemplos. Como que el diagnóstico, un diagnóstico grave, pero pasable. El niño necesita ser operado. Necesita rehabilitación después de esto, pero va a estar bien. Y el otro donde el niño está enfermo y va a seguir enfermo. Entonces, en el primero encontramos una angustia muy común, muy normal. Desde el lado de la maternidad, el mismo acto de estar angustiada frente a no poder hacer nada por lo que le está pasando al niño. Es un acompañamiento muy normal. Ahora, es algo que te esperarías a una madre angustiada. Pero si lo comparamos con un diagnóstico que sabemos que va a ser más largo, por ejemplo, una persona con enfermedad renal crónica, vemos todo lo contrario. Vemos un intento por devorar al niño, una especie de simbiosis que se hace entre el niño, entre el infante y la madre.

Incluso hay una sobre infantilización del niño. Dependiendo también del caso. Hay gran parte de las enfermedades crónicas en infantes lo que produce es la incapacidad de crecimiento. Físicamente, por ejemplo, si tienen un cáncer, probablemente por cuestión de vitaminas, hay una atrofia a nivel hormonal. Entonces, por ejemplo, la razón del crecimiento no sale cuando tienen cáncer, cuando tienen VIH y está agravado cuando tienen enfermedad renal crónica. Entonces, son enfermedades que al final impiden el crecimiento físico.

Este impedimento por el crecimiento físico no siempre está anudado a un crecimiento mental. Es verdad, también lo deteriora un poco. A nivel neuronal, el óvulo frontal no se desarrolla igual. Si no hay una secreción de la hormona de crecimiento. Pero, si aparte de lo físico está la cuestión de los padres, más que nada a nivel de maternidad, la incapacidad de soltar al infante lo que produce es simplemente que el niño se infantilice aún más. Entonces, tienes niños que parecen de 5 años, tienen 14, o sea, físicamente parecen de 14 años, de 5 años, tienen 14 años de edad cronológica, pero mentalmente parecen de 3 o de 2, porque los padres los han sobreinfantilizado.

- **¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?**

Hay una cuestión con el acto de ser madre, si lo ponemos así en esquemático, y desde una cuestión performativa, siempre es una cuestión performativa lo que uno hace, todo, pero la cuestión de maternar de manera performativa no prevalece el acto de sacrificio, de ser quien lo da todo, quien está dispuesto a sacrificarse a nivel físico con tal de hacer algo por los niños, y eso es muy normal ver cómo, claro, a nivel de personas comunes, si son hospitalizados, si son ingresados, si están en UCI, si yo qué sé, son enfermos renales, que en un principio frente al diagnóstico, frente a la situación están presentes, pero eventualmente se separan porque o no pueden estar allí, o las personas consideran que la persona enferma puede hacerse cargo de la situación, con los infantes no es así. Como te dije, hay un intento por simbiosis, un intento por absorber que terminan ahí pegados de una manera terrible, donde los padres, en especial las madres, suelen estar presentes en el hospital todo el día, todos los días, independientemente de si es hora o no es hora de visita. Muchas veces ya no es hora de visita, pero están afuera, o están pululando cerca del hospital, no son doctoras, no son capaces de hacer algo en ese momento, pero consideran que la presencia para el infante es importante, incluso cuando para el infante realmente no lo es.

O sea, sí, puede calmarla en una situación crítica, pero muchas veces la presencia de la madre llega a ser incluso un estorbo, y hay muchos doctores que se los dicen, como que usted estando aquí no nos está ayudando, más bien está problematizando, impide hacerle examinarlo, y esa es otra cuestión, la incapacidad de poder trabajar con el infante. Algo que se me ha olvidado comentarte es que hay la otra cara de la moneda de esta cuestión de la simbiosis, y de hecho el día miércoles, creo, lo estuvimos conversando con Romina y con Victoria, Victoria y Joven, que creo que son compañeras tuyas, de un caso aquí justamente de una paciente que en vez de hacer esta simbiosis con la hija, frente a la discapacidad, porque ella aparte es discapacitada, tiene un retraso cognitivo considerable, o sea, aparte, en vez de hacer un intento de simbiosis, hay un intento de separación, totalmente separada por el lado de la maternidad, es como que hay a ella, tiene otros

hijos de los cuales sí se hace cargo, que sí materna muy fuertemente, pero por el lado de esta hija discapacitada... Como un rechazo. No es un rechazo, sino más bien, creo que lo vemos bastante común en los casos cuando se trabaja con infantes, estos padres, que no se les puede decir padres ausentes, porque no es que no estén, están, pero se les solamente provee, están allí para dar comida, para dar dinero, pero no están allí para dar afecto, para de alguna manera paternar con el infante, es algo por el estilo.

*¿Y por qué se desligarían? En este caso de la niña con discapacidad, ¿por qué se desligó la madre? ¿Cuál podría ser la razón?* Ya te digo, son dos respuestas totalmente diferentes, pero a la final responden lo mismo y es un sentir de responsabilidad frente a lo que sucede. O pueda ser, o no pueda ser. Y a la final los hijos sí terminan siendo un reflejo, hay mucha identificación, no solamente por parte, siempre se trata de la identificación de los niños con el papá y la mamá, bueno ya, pero es que los padres también hay una identificación por parte de ellos hacia sus hijos.

O sea, ellos los ven y dicen esto es parte de mí. Y en este intento por hacerlos parte, al ver algo que no es parte de ellos, o que de alguna manera evoca algo negativo que ellos consideran que no es parte suya, hay esta separación. No diría rechazo, porque un rechazo sería abandonarlos, rechazo sería, ante el intento de afecto, quitarlos. Es más bien un intento por estar, pero no ser. O sea, yo estoy aquí contigo, pero no estoy haciendo nada, no estoy paternando. Y se ve muy común en la mayoría de los casos de niños neurodivergentes, o sea, si llegas a trabajar en cualquier centro de desarrollo infantil, que se les llama, donde hay psicólogos, terapeutas ocupacionales, terapeutas de lenguaje, psicopedagogos y todas esas cosas, te vas a encontrar con estos dos extremos de las maternidades y paternidades, como que este intento por estar, pero no hacer nada, o en todo caso, de más que estar, absorber, hay como que ser uno con el infante, son muy, muy frecuentes.

- **¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?**

En la mayoría de los casos en UCI, no se puede ingresar a UCI. Y si se ingresa, es por minutos. Y dependiendo del paciente. Si es un paciente entubado, muchas veces no los dejan ni ver. Y también está la cuestión del

silencio. Si el silencio angustia, imagínate un silencio perpetuo frente a una puerta cerrada donde sabes que pasa algo, pero no lo ves.

Eso, básicamente. Hay un silencio constante frente al acto de no poder ni siquiera recibir una respuesta por parte de los doctores. Los doctores entran a UCI y no salen hasta que acaba su turno y muchas veces los padres quedan afuera esperando. Si es que en la salida o en la hora de almuerzo, los doctores, si es que los agarran de buen humor para poderles preguntar qué sucede con eso. Y muchas veces la respuesta es vaga o es muy científica, no se entiende, no llega. No es un sí está bien o no está mal. Es metalenguaje que no se puede digerir por ningún lado, al menos en algunos casos. Hay casos donde me imagino que sí, pero en la mayoría no. Y ahí es cuando ya comienzan a haber inconvenientes para ellos a la hora, digamos, de sostener un poco de tranquilidad.

Aparte está la imagen, esta imagen bastante fuerte para la mayoría de los padres. Si es que llegan a ver a los niños estando en UCI, donde están aislados, entubados, con muchos cables pegados por todos lados. Porque el punto de UCI es... Bueno, UCI se llama unidad de cuidados intensivos. Entonces hay un cuidado perfecto de todo. Ritmo cardíaco, respiración, incluso si estás un poco mejor y cerca de pasar a la hospitalización, tienes un millón de cables pegados, tienes muchas cosas encima, o sea, por todos lados hay máquinas, hay pitidos, hay pantallas. Entonces, en un lenguaje que es imposible para los padres. Y aparte que es una imagen desagradable. No es una imagen bonita. Nadie la ve y dice, uy, qué chévere. Entonces, eso también angustia, porque eso es otro silencio. Es una imagen indescriptible, al menos para ellos, que no pueden, no le encuentran solución. Y está allí. No evoca nada mucho más allá de preocupación.

- **¿Cómo impactan las fantasías de muerte que despierta la internación de los hijos en el proceso de maternar?**

Mira que en la mayoría de las casas, incluso cuando la respuesta final es efectivamente que van a morir, la mayoría de los padres y madres son incapaces de sostener como que esa idea. Es inconcebible. No es algo que ellos puedan decir, sí, es muy probable, no. Incluso con casas de niños muy,

muy enfermos. Por ejemplo, en el centro en el que me encuentro ahora, había un niño con síndrome de Down, y la mayoría de los casos de los niños con síndrome de Down tienen problemas a nivel cardíaco. El caso de él era un caso muy fuerte, donde constantemente estaba en un osito. Bueno, un caso de aquí, un niño con síndrome de Down, la mayoría de los niños con síndrome de Down tienen afectaciones a nivel cardíaco. Él no era la excepción y de hecho era muy grave. Estaba constantemente entrando a un osito. Y cuando el diagnóstico final fue efectivamente el niño va a fallecer, porque tienen hasta el final del día, que ya probablemente hasta ahí llegue, para pasar con él, los padres consideraban que era mentira, que no era cierto. O sea, y no era algo que recientemente les habían dicho. Los doctores venían diciendo desde que él nació que él no iba a superar los 15 años de edad. Y aún así continuaron con los tratamientos, hacían lo posible, daban... Maternaban y paternaban desde lo que podían. Estaban entrando y saliendo de ámbitos hospitalarios todo el tiempo. O estaban en UCI o estaban en diálisis. Y aún así, cuando llegó la noticia no lo podían aceptar. Creo que se volvió a esperar. Sí, la imagen.

- **¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?**

Bueno, definitivamente, en un primer encuentro siempre hay un pico muy, muy elevado. Más bien, incluso, ni siquiera se logra normalizar esto de las hospitalizaciones. Mira este caso que te comentaba, y es un caso que ejemplifica a muchos otros, incluso ante él, el acto de ser ingresado constantemente, no es que deja de haber angustia, simplemente ya se sostiene en un punto medio. Incluso ante el acto de no ser hospitalizado, igualmente la angustia está presente. Porque se sabe que viene en cualquier momento. Y a veces cuando el periodo es muy largo, la angustia incluso se eleva más, porque es como que, bueno, ¿en qué momento cae enfermo? Y hace rato que no se enferma, entonces la siguiente va a ser fuerte. Pero incluso esos momentos ya van a ser mucho más angustiosos que en un primer encuentro.

Mi recomendación es trabajar más que nada en la cuestión del... Más en abordar y preguntar cómo ellas se sienten, frente al silencio que siempre hay

detrás de esa puerta en UCI. Yo creo que es lo que suele angustiarles mucho más. De hecho, cualquier familia los angustia, obviamente, ya sufre más porque están ahí 24-7. Pero creo que por ahí puede ir. Ok, sí. Es un muy buen punto, la verdad.

### ***Entrevista a Psic. Daniela Mackenzie***

- **Nombre y años de experiencia en contextos hospitalarios**

Bueno, mi nombre es Daniela Mackenzie Ugarte, soy psicóloga clínica infanto juvenil, me especialicé luego de graduarme. Tengo una maestría en psicodiagnóstico de evaluación psicológica, otra maestría que es en neuropsicología. Tengo ocho diplomados, entre esos diplomados es de psicooncología, sobre abuso, sobre diagnóstico, sobre neuropsicología clínica, entre otras que ahorita no me acuerdo. Y pues estoy cursando el doctorado en educación superior universitaria. Mi experiencia en el hospital, ingresé desde el 2012, sin embargo, me enrolé, o sea, estoy por rol desde el 2013.

- **¿Cómo se diferencia la angustia de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?**

Con respecto a la primera pregunta, dentro de estas diferencias entre la angustia y otras formas de sufrimiento emocional que dices como la tristeza o la ansiedad, pues en realidad la angustia, a mi criterio, es como un malestar emocional, como una desesperación, como un estado muy vulnerable en el que te encuentras, mientras que la tristeza, puedes sentir un poco de desilusión o de alguna pérdida en ese momento, que no precisamente es al nivel de un duelo. La angustia puede darse incluso sin que haya algún desencadenante o algún punto tal vez específico que sea como muy, a ver, como muy notorio, ¿ya? Entonces, pero sin embargo, te puedes sentir como que hay algún peligro o como que te va a pasar algo, mientras que la ansiedad, pues, es como adelantarte a una posible preocupación, ¿no? Es como que te adelantas, es como que te haces diferentes escenarios en relación a algo que lo vienes pensando, es como una percepción de que algo

va a pasar o que algo está un poco como peligroso o amenazante o algo de esto, ¿no? Sin embargo, la angustia puede verse un poco más profunda, como más, tal vez, intensa que lo que pueda ser la tristeza o la ansiedad, que pueda ser posiblemente un poco más manejable debido a que, pues, se la pueda detectar con antelación frente a lo que en ese momento se está trabajando, ¿no?

- **¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?**

En relación a la segunda pregunta, podría ser, a mi experiencia y a mi criterio, que ciertas manifestaciones de angustias en las mamás se pueda dar a través del cambio de comportamiento, ¿no? Eso es evidente, el estado emocional, se irritan más, algunos, no todos, se enojan, el llanto es frecuente e incluso con solo pensarlo, ni siquiera a veces hablarlo, pues puede traer el llanto, en ocasiones no quieren hablar con nadie o no quieren agruparse entre otras personas que estén también atravesando lo mismo, por tanto, es como que se encierran incluso en sí mismas fuera del ámbito incluso familiar, ¿ya? No quiere que ni venga otro familiar, no quiere que ni el esposo esté, en el caso de las madres, ¿no? No quiere que ni la madre la acompañe, a veces, no siempre, ¿no? Por eso te estoy diciendo que hay varios, y en ocasiones, pues, somatizan también un montón en las manifestaciones de angustia, también se somatizan, tienen más migrañas o les duele más la cabeza o tienen problemas un poco gastrointestinales como, por ejemplo, o se constipan, que es cuando se estreñen, o por la preocupación, por la angustia, por todo, ¿no? O bien hacen diarreas, ¿no? Que incluso algunas han logrado no controlar los esfínteres, pérdida un poco de la memoria, ¿no? Como que no se olvidan de algunas cosas, problemas de visoespacialidad también, pues, debido a que no se ubican por ratos, tienen como lagunas mentales, entre otras cosas, ¿no? Pero estas son como las más frecuentes porque, pues, sí ha pasado otras en las cuales es como más específico, ¿no? Como, por ejemplo, alguna mamá que golpea a los médicos, por ejemplo, o que se autoagrede, se rajuña, bueno, pero esto ya obviamente está un poco más ligado con algún tipo de

diagnóstico que pueda tener o por algo de su historia, ¿no? Que quizá se le juntó con esto que suelen estar en el hospital y todas estas situaciones.

Otras han tenido algún brotecito psicótico, pero, pues, al final te estoy hablando de esto, o sea, un caso de casi 100, ¿ya? Pero de las primeras manifestaciones que te dije, pues, sí, la irritabilidad, el llanto, que no quieren hablar con nadie o que hacen, a veces se les duerme parte de las extremidades, las más frecuentes son las de los brazos y, pues, a veces las extremidades inferiores como las piernas, ¿no? Sin embargo, otra de las más frecuentes es de que a veces no prestan atención o la velocidad de procesamiento que ellas tengan para recibir la información es bastante baja, muy baja, debido a que están angustiadas. Otro síntoma que hace es de que quieren proteger más todavía a su hijo de lo que ya está y, a veces, pues, en ocasiones no permiten que el médico termine de hacer las labores o la visita que en ese momento está realizando, el chequeo y, pues, todo esto, ¿no? También hay el extremo de que frente a esta angustia toman unas medidas un poco más drásticas en donde incluso lo que hacen es desimplicarse totalmente de la situación y lo que hacen es ir menos al área de la hospitalización debido a que quieren... es algo así como que entre menos se padece menos sufre o menos le toca de alguna manera hacerse cargo de eso.

- **¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?**

Es complicado porque hay unas que ni siquiera viven la maternidad, sino que se tiene que realizar un trabajo en áreas específicas, sobre todo, pues, en neonatales o de madres que no ejercieron su rol, pero como en el hospital solo se aceptan madre y padre, sobre todo madre, que es la que se puede quedar a dormir.

Entonces, el primer trabajo es un poco el acercamiento a la maternización hacia ese hijo que está ahí vulnerable, que está, ya sea, de alguna manera con oxígeno, o sea, aparte de que no está maternizada, es todo el impacto visual que también se da a estas madres que por primera vez se hacen cargo, a veces, de sus hijos. No en todas las ocasiones, realmente estoy generalizando frente a toda la experiencia que he tenido, pero regularmente ellas realmente se sienten, sobre todo en las áreas que son más críticas, como

con mucho miedo, como con mucha inseguridad, ¿no? Porque fíjate que en el hospital hay un, en información, hay el perifoneo, el perifoneo es de cuando se llaman a madres por el micrófono en todo el hospital para que se acerquen a la sala. Entonces, esto, que por cierto es la única forma, a veces, de poder llamarlas porque no están en la sala, pues ya causa que las madres, fíjate tú, ¿no? Desde que las llaman, corren a la sala.

Entonces, las que están bastante maternizadas y todo esto, ¿no? Esto te digo entre paréntesis, porque la que no está maternizada, pues no, no va a ser esto, pero la gran mayoría de las madres corren, van llorando, van asustadas, porque pues sí, una de las primeras cosas que pasa es que ellas creen, como son áreas críticas, que las estén llamando para darles la noticia en relación a que su hijo o se agravó o le dio un paro cardíaco, dejó de respirar, falleció, lo intubaron, o sea, con todas estas aristas que te estoy diciendo, pues estas madres van corriendo en el pasillo, se van tropezando, se van cayendo, van llorando, van gritando, entonces, es como toda una euforia, ¿no? En el camino entre que ponte tú que esté afuera o que esté sentada, hasta que corre a la sala. Entonces, pues, obviamente, van como... Otra de las cosas que también suele pasar es que ellas puedan sentir culpa, puedan sentirse impotentes, pues sienten que no los han cuidado bien, cuando en realidad a veces es por una situación de accidente o algo autoinmune que el mismo niño se provocó, que su sistema se provocó esto. Esto hace que, pues, también ellas, debido... A ver, que lo quiero plantear mejor, ¿no? Como debido a toda esta demanda social que hay de los check lists que se dice, no solo en el hospital, sino fuera del hospital, sino en su dinámica familiar, de cómo se debe ser madre y qué es ser madre, obviamente sienten que deben protegerlos más, sienten que fue culpa de ellas, ¿sabes qué? Y asocian con cualquier cosa, ¿no? Di tú, tuvo que haber sido porque no lo alimenté tan bien, a pesar de que tuvo una buena alimentación, ¿no? Siempre es como estar buscando autoculparse e incluso autocastigarse. Buscan asociaciones como será porque yo cuando era más joven me porté mal y entonces viene la parte religiosa, ¿no? Y aquí, entonces, Dios me está castigando. Y frente a todo esto, fíjate que la respuesta es que esta madre no tenga que tramitar ni el duelo de diagnóstico ni que ni se permite estar triste, porque ella tiene que estar fuerte, porque ella no puede de ninguna manera mostrarse vulnerable, porque eso va a afectar

al niño. Situación que, por supuesto, en muchísimas ocasiones no está ligado porque es un niño que a veces puede estar dormido, sedado o intubado, ¿no?

- **¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?**

Las causas de angustia durante la hospitalización puede ser por muchas, ¿no? Fíjate que la primera es de que el hijo muera. Esa es una de las que más le angustia a las madres. O sea, directamente está ligado con la idea de muerte sobre lo que le digan si tiene alguna enfermedad catastrófica y pues no, pues ellas no sepan cómo hacer con eso, sobre alguna enfermedad que ellas no sepan cómo llevarlo, de qué manera relacionarse con aquello, sobre el tratamiento que tiene pues varias, perdón, tiene varios matices. Está lo económico, que no lo puedan cubrir, está el que se vaya a olvidar o que no lo pueda cumplir al pie de la letra, está el que si el niño, cómo va a luchar con eso para que el niño pueda acceder a ese tratamiento, sobre todo si son niños escolares o puber, ¿no? Si son más chicos, pues no, creo que no hay tanto inconveniente, aunque algunos sí, pero estas cuestiones es como que les angustia un montón también, ¿no? En la hospitalización, acerca de que si el hospital puede otorgar todo lo que su niño necesita, luego viene aquí un poco la negociación, ¿no? Como doctor y si, no sé, si le damos, le están dando un tratamiento con una dosis y ellas quieren doblar la dosis porque dentro de su fantasía está de que esa dosis doblada va a hacer que el niño se sienta mejor, sin saber que a veces eso tiene que ver con el peso, con la edad y con la condición que en ese momento tenga el niño, que son las dosis que le dan, ¿no? También, pues, puede angustiarle que a veces el médico le está hablando en términos muy técnicos, donde ni siquiera puede pronunciar la madre, que es la parte donde entramos nosotros, pues, y lo traemos un poco más hacia la realidad de ellos, explicándole desde la parte más sencilla, ¿no? También podría angustiarla de que ella siempre en casa tal vez ha tenido o ha sabido qué hacer, ha sabido solucionar, siempre ha tenido las respuestas y de repente verse de que no puede con esto, que de esto ella no sabe nada, o papá o mamá, ¿no? Y, pues, de repente es como que ese punto o ese, sí, ese punto es como que los vulneraliza muchísimo de no tener el control sobre eso, pues, obviamente se angustia muchísimo más.

- **¿Cómo impactan las fantasías de muerte que despierta la internación de los hijos en el proceso de maternar?**

Bien, entre el impacto de las fantasías de, me parece que era lo de las fantasías de muerte, cómo impactan estas fantasías de muerte, pues obviamente desde que entra, por más de que no quieran, muchas lo mencionan, ¿no? Es como su primera preocupación acerca de que si el hijo durante esa internación van a poder o no salir de ahí. Entonces, es súper fuerte, es súper duro como humana, como mujer y como profesional, puesto que en estas fantasías ellas de alguna manera se cuestionan su rol materno, ¿no? Y es como que no sabría decirte en qué momento surge esto, pero ya en algún momento lo que pasa con ellas es que hace como una bolita de nieve, que mientras más tiempo su hijo está ahí, es como que hay más miedo y más ansiedad acerca de la vida de su hijo. Entonces, esto de aquí, por supuesto, que en algún momento la hace sentir como que se tiene que, en algunas ocasiones, te puedo decir que más de la mitad de las madres que he podido atender durante toda mi vida de profesional en el hospital, les hace sentir de que ellas tienen que resolver todo, que tienen que estar alerta, es como un desgaste mental que se hacen, mental y físico, porque no se quieren ir a bañar, no quieren ir a comer, porque ellas piensan de que como que si por ese momento que ellas se ausentan, al niño le va a pasar algo, comienza a tener estas fantasías fortísimas, ¿no? Por supuesto que cero autocuidado, que es la que se hace en el hospital, ¿no? Que es cuídate para cuidar, pero pues estas son como las más relevantes, que la verdad que llaman muchísimo la atención, pues muchos de los pasantes que vienen, precisamente se les orienta a que trabajen esta parte, que es de la culpa, que es de estas fantasías de muerte, donde regularmente los padres, en primera instancia, lo que hacen es acogerse al discurso religioso.

- **¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?**

Y pues finalmente, la influencia de la ausencia de experiencias previa de la hospitalización, o sea, es terrible, que pasa con las madres que ingresan por primera vez, obviamente están súper asustadas, no quieren ni moverse, no

quieren comer, como ya te dije anteriormente, es una cosa en la cual obviamente nosotros primero tenemos que trabajar, como ya te dije anteriormente, en el autocuidado, en dar un poco de herramientas para que ellas puedan de alguna manera sostenerse día a día, ¿no? Y pues si no han tenido experiencia, se asustan un montón, pero siempre tenemos el apoyo de madres que ya han tenido reingresos, que son de enfermedades a veces un poco catastróficas, o enfermedades que requieren que el niño constantemente se esté hospitalizando, como la epilepsia, como insuficiencias renales, etcétera, ¿no? Y pues esto hace que esta madre que ya ha tenido varias experiencias hospitalarias, le exponga de alguna manera su experiencia, incluso desde el bienestar, ¿no? Por ejemplo, no, aquí, mira, te los atienden súper bien las enfermeras, y todas estas experiencias que va contando esta mamá hacen ocasiones que se tranquilice, o hacen que hagan una amistad o un vínculo con esta madre que ya ha tenido experiencia, la otra es que se hacen un poco dependientes de estas otras madres, pero pues ayuda un montón a que esta mamá pueda estar un poco más tranquila. Entonces, se van a comer juntas, le mira el bebé mientras va a comer, vaya, coma, ponte tú, ¿no? O sea, les dicen esto como vaya, come, y yo le veo su cuna, y así mismo, como que se turnan, ahora yo me voy a comer, míreme, por favor, a mi niño. Entonces, esta empatía que tienen las madres que ya han estado anteriormente, pues ayudan un montón, un montón.

Sin embargo, estas madres, cuando no tienen estas otras madres que puedan ayudar, pues obviamente, debido a que no entienden, a que no saben dónde están los baños, no tienen conocimiento sobre, a veces, ni siquiera dónde se come, se angustian un montón, se angustian, se desorientan, se vulnerabilizan muchísimo más, o sea, es terrible, van caminando y van llorando, aunque el niño no tenga una condición muy, como de, no sé, o sea, una condición que sea demasiado grave, sino que pues lo hospitalizaron por algo específico, un accidente o algo, pues aún así, pues ellas están como súper desorientadas, ¿no? No tienen estrategias para poder afrontar, no tienen herramientas para poder sostenerse. Esto de que ellas, que es nuevo, ¿no?, de que están ingresando al hospital, porque ya la palabra hospital ya, mira, te hace un esquema mental de un ambiente hostil, ¿no? Entonces, por supuesto, que se intensifica su miedo, la ansiedad, y esto pues hace que

obviamente los médicos hagan más interconsultas a psicología. Ya en sí hay un protocolo de que para ciertos pacientes o madres tenga que hacerse algún tipo de intervenciones constantes, algunas no tanto, pero para este tipo de madres que están más ansiosas, pues hay más apoyo emocional y psicológico por parte del departamento.

Creo que también dentro de las experiencias que tú has podido tener, has podido evidenciar todo esto que sucede en el hospital, quizás se me escapan algunas otras cosas, pero pues creo que es lo más relevante en relación a lo que sucede con la angustia, con la ansiedad, con la tristeza, e incluso cuando se deprimen, cuando tienen brotes psicóticos, que son cosas que suelen pasar dentro del hospital, a veces más aún si tienen otras situaciones fuera del entorno, ¿no? Aparte de la del niño, que es la parte económica, la parte social, la parte familiar, si justo están pasando por una separación porque pues a veces no tienen el apoyo de los padres, esto angustia mucho más todavía, si estás sola, entonces, si son de otras provincias, si no tienen los medios en relación no solo al económico, por ejemplo, a veces no tienen ropa, no tienen cómo comer, pues todo eso el hospital trata de detectarlo como para poder hacer la estancia que tenga esa madre en el hospital mucho más llevadera.

### ***Entrevista a Psic. Carolina Garces***

- **Nombre y años de experiencia en contextos hospitalarios**

Mi nombre es Carolina Garces. Soy psicóloga clínica, graduada de la Universidad Católica. Tengo 19 años de experiencia. En el IESS de los Ceibos actualmente , 6 años en el Roberto Guilbert, un año en la Policía Nacional y en el IÉES de los Ceibos ya voy a 8 años.

- **¿Cómo se diferencia la angustia vivida por las madres de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?**

Bueno, si te fijas, la angustia con la tristeza y la ansiedad, de alguna forma son emociones que pueden tener ciertas similitudes, ¿no? Pero sí hay características o los mecanismos que pueden originar estas emociones, pues pueden ser diferentes, ¿no? Por ejemplo, la tristeza, ¿no? Es una emoción más general, la verdad, que se experimenta porque hay una sensación tal vez

de pérdida de lo emocional. También suele experimentarse a nivel físico y psicológico como la angustia, ¿no? La angustia también se expresa de esta forma, pero se experimenta, o en las mares tal vez lo experimentan, experimentan esta angustia porque hay una preocupación abrumadora, ¿no? Por la salud de sus hijos, ¿no? Y esto hace que sientan que es una situación que está fuera de su control, lo que aumenta esta sensación de angustia, ¿no? También hay tristeza, ¿no? No solamente esta angustia, también hay tristeza porque puede tal vez derivarse de una experiencia de duelo, ¿no? O por esa misma sensación de pérdida de la salud de su hijo, ¿no? Y aceptar la nueva condición de salud de su hijo. Entonces, diría de que estas emociones, la angustia, la tristeza, la ansiedad, se presentan en esta madre, pero la angustia que sienten las mamás durante la hospitalización es más como situacional, es decir, está directamente relacionada a este evento, ¿no? De que es el cambio que se dio en la salud de su hijo, ¿no? Sea porque es una enfermedad grave, o sea, por algún accidente, pero es algo más temporal, o sea, esta angustia, ¿no? Es más situacional.

Por ejemplo, me decía este sentimiento de preocupación que si vemos también en la ansiedad y esta preocupación excesiva, ¿cómo podríamos distinguir, aparte de que sea situacional, un poquito la angustia de la ansiedad? Como te decía, la angustia es más, una emoción más aguda, más abrumadora, más física, ¿no verdad? La ansiedad también se presenta de esta forma, pero la angustia se da de forma inmediata, ¿no? Porque hay esta situación inmediata, ¿no? La ansiedad ya, a pesar de que puede presentarse también por una situación que se presenta de forma repentina, de alguna forma, la ansiedad ya patológica es algo que se fue alargando con el tiempo, ¿no? En cambio, esta angustia es algo como más inmediato que se presenta en la madre. Ok, como un hecho puntual, entonces así lo podía definir.

- **¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?**

Ya, bueno, la angustia en las madres se puede presentar de varias formas, ¿no? Emocional, física, cognitiva, conductual, ¿no? Las preocupaciones que tienen estas madres por la salud de su hijo, el miedo, ¿no verdad? Esa sensación de impotencia también son desencadenantes de esta angustia, ¿no? Y se expresan de forma muy física, por ejemplo, escucho a las madres

decir, no puedo dormir, me siento muy tensa, o sea, hay esta tensión muscular, a algunos incluso se les sube la presión, o sea, hay palpitaciones, ¿no? O sea, que son respuestas a este estrés que están pasando, ¿no? Y también conductual, porque están constantemente preguntando, ¿no? ¿Cómo está? ¿Quieren saber? ¿Quieren conocer? ¿Tienen información todo el tiempo? También suelen aislarse, ¿no? Porque les toca separarse de su hogar, ¿no? Entonces, hay estas conductas, pues, ¿no? Durante la hospitalización.

- **¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?**

Bueno, yo creo que es como una combinación de sentimientos, ¿no? O sea, hay esta angustia, hay esta ansiedad, pero también hay incluso momentos en los que sienten esta fuerza, esta fortaleza más que todo, ¿no? Esta resiliencia también. O sea, es como una combinación de estos sentimientos que te indico, ¿no? En la que no solamente se pone a prueba esta capacidad de cuidar a su hijo, ¿no? Pero también de como que redefinir un poco esto de ser madre en estas circunstancias, ¿no? Entonces, ahí está, como te decía, o sea, son madres que tienen esta preocupación constante, ¿no? Por la salud de sus hijos. Hay esta incertidumbre por cómo va a estar, qué va a pasar, ¿no? Entonces, eso hace que esta experiencia de la maternidad sea más angustiante, ¿no? También hay estos sentimientos de soledad un poco en estas madres, ¿no? Porque se aíslan, se alejan de su hogar.

Muchas veces tienen que cargar con esta responsabilidad porque no tienen apoyo, porque no tienen una red de apoyo fuerte. Y hace que se dispone también de sus vidas cotidianas, ¿no? Entonces, eso aumenta también esta angustia, ¿no? Hay mucha... Lo que también he visto es que también hay esta sensación de sentir esta sobrecarga de, a veces, sea que el esposo o el papá de sus hijos está trabajando, pues les toca a ellas asumir este rol de cuidadora, ¿no? Entonces, eso genera esta sensación de, como te decía, de sobrecarga, ¿no? Y a veces también incluso sentimientos de culpa, inclusive. Eso veo bastante, ¿no? Porque a veces se preguntan de qué me hubiera pasado, si yo me hubiera dado cuenta o por qué no lo edité, ¿no? Y eso hace que se genere este proceso interno de autocritica, ¿no? Donde se sienten responsables un poco de si se complica su hijo o, más que todo, si hay esta

complicación en la salud de su hijo. Entonces, son, como ves, son... Todo esto, pues, de alguna forma viene a cambiar un poco este... Y a cuestionar un poco acerca de este rol de la maternidad. Bien. Usted hablaba acerca de culpas, sobrecargas.

- **¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?**

Son algunos factores. Son algunas cosas que provocan que estas madres se angustien por la hospitalización de sus hijos. Primero es el no conocer el diagnóstico de su hijo. Y esa es una de las grandes... Que a veces el personal médico no es claro con el familiar. Y eso los angustia, esa espera, esta sensación de querer saber qué pasa, cuál va a ser el pronóstico. Es algo que aumenta la angustia en estas madres. Lógicamente hay miedo. Miedo, cuando se trata de un paciente que está grave, pues es el miedo a la muerte. Y también hay algo que he visto también mucho, es que por brindar los cuidados a su hijo también estas madres se descuidan. Descuidan sus propias necesidades físicas. A veces no comen. Claro, porque no tienen apetito, porque no quieren dejar a su hijo solo. Porque no tienen a nadie quien las pueda cubrir para que ellas puedan ir a descansar o puedan dormir mejor. A veces falta de autocuidado. Y los sentimientos de culpa también que nuevamente vienen a aumentar este nivel de angustia en las madres.

- **¿Cómo impactan las fantasías de muerte que despierta la internación de los hijos en el proceso de materner?**

Bueno, de alguna forma sí creo que este miedo profundo y constante de perder a su hijo puede provocar esta angustia, esta ansiedad que las paraliza, que la puede hacer más susceptible, más vulnerable en esta condición de materner. Puede ser que se tome más sobreprotectora. Todas estas fantasías de muerte, como dices en la pregunta, puede hacer que ella se tome más sobreprotectora, más cautelosa, ansiosa en cualquier interacción que tenga su hijo. Puede también incluso dificultar o alterar esta dinámica madre-hijo.

Que sea más difícil esta separación emocional entre esta relación. Y esto haga que, digamos, que si su niño supera la hospitalización y va a casa, pues no

logre desarrollarse de forma autónoma, porque tiene a esta madre encima de él. Y eso suele pasar mucho, que después de una hospitalización la madre está muy alerta con su hijo, no te digo sobreprotectora, donde hay un constante temor de que algo le ocurra, de que vuelva a estar hospitalizado nuevamente.

Y eso hace que el niño, de alguna forma, no se desarrolle en cuanto a su seguridad y a su autonomía. Y también ya si esto se alarga, o sea, si esta es una hospitalización larga, o el cuadro de salud es grave, complejo, o que haya generado alguna secuela neurológica, si la madre no encuentra herramientas para manejar esta angustia y esta ansiedad, puede inclusive desarrollarse trastornos de salud mental ya más graves, como un cuadro depresivo, un trastorno de ansiedad, estrés postraumático. Sí, precisamente es perfecta su respuesta, porque, claro, en las unidades de cuidados intensivos los periodos de hospitalización son más largos.

- **¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?**

Sí, definitivamente. Claro, cuando no tiene un marco de referencia previo, pues, son madres que están más vulnerables, que están más, hasta desorientadas, no en tiempo y espacio, pero de no saber qué hacer en realidad. Incluso a veces hasta se bloquean, o sea, y pierden la noción del tiempo. Entonces, son madres que están menos preparadas para lidiar con con estas emociones intensas que pueden surgir durante una hospitalización, están más alertas, lógicamente, hay esta preocupación por cualquier cambio que pueda surgir en la condición de su hijo, pero, claro, son madres que, como te decía, están más vulnerables, y tal vez no tengan las herramientas adecuadas para poder manejar estas emociones intensas, como el miedo, la tristeza, la frustración, la impotencia, son madres que, tú las ves, están completamente desbordadas emocionalmente, pero también depende mucho del nivel de resiliencia de que haya, que tenga, o que hayan trabajado antes a la hospitalización, también influye mucho eso. Yo he tenido casos de madres que vienen por primera vez con su hijo, y claro, capaz que tienen alguna enfermedad complicada, pero son madres que tienen, o han aprendido herramientas adecuadas, y su nivel de tolerancia es manejable. Es lógico que

van a haber reacciones emocionales por la hospitalización, pero lo manejan mejor.

Entonces, tienen un mejor mejor afrontamiento emocional frente a la hospitalización. Pero por el nivel de resiliencia que hayan tenido o que hayan trabajado antes, es claro. Si el nivel de resiliencia es bajo, pues son madres que se desbordan emocionalmente. Independientemente de si hayan sido, tenido hospitalización previa o no. Así es, independientemente. Yo sí creo que influye mucho en el nivel de resiliencia, o sea, la forma en cómo trabajaron, o el nivel de adaptación que tengan frente a situaciones que hayan vivido. Porque puede ser que no hayan tenido una hospitalización antes, pero puede ser que hayan vivido la enfermedad familiar, ¿no es verdad? Que influyó a que puedan adaptarse mejor a situaciones extremas, ¿no?

### ***Entrevista a Psic. Estefania Gavilanes***

- **Nombre y años de experiencia en contextos hospitalarios**

Estefania Alexandra Gavilanes Carrera. Son 10 aquí en el Roberto Gilbert. Estuve dos años en una unidad renal. Y unos aproximadamente 12 años.

- **¿Cómo se diferencia la angustia de otras formas de sufrimiento emocional, como la tristeza o la ansiedad?**

Yo creo que aquí más que nada el tema de el estar continuamente ligado todo al tema. Bueno, no todo, pero estar muy aproximado al tema enfermedad, muerte, ya genera que haya un estado de angustia más intenso frente a este real, por así decirse. Yo creo que más que nada es el tema de el estar acercándose un poco a la muerte. O sea, tener un familiar que pueda estar como una representación ante esto.

Yo creo que si llegara a haber una diferencia, más que nada porque el tema de la angustia. A ver, la ansiedad yo la identifico más desde esta, ok, estoy con un síntoma de ansiedad. Las palpitaciones, la taquicardia, estos pensamientos, preocupaciones. Pero que también se da cuando hay una angustia. Yo creo que más que nada la diferencia estaría en que puede que la angustia sea vivida ya de una manera más como puede llegar a paralizar,

mientras que el estado de ansiedad puede presentarse a nivel como síntomas niveles, puede ser más adaptativa. La angustia para mí es como este encuentro. A ver, ambas pueden coexistir, entiendo que la ansiedad tiene esas manifestaciones y síntomas y la angustia no necesariamente es tan estridente. O sea, porque una persona puede estar paralizada y no necesariamente ser todo el cuadro de la DSM.

- **¿Cómo se evidencia la angustia de las madres y cuáles son sus manifestaciones más frecuentes en ámbitos hospitalarios?**

Uf, la pérdida de apetito, la falta de sueño, incluso irritabilidad. Hay muchísima irritabilidad frente a estar, incluso hasta el personal médico. El mismo hecho de que no puedan descansar bien, el mismo hecho de que no se alimenten bien y estar como incluso a la defensiva. Yo creo que es la pérdida de, o sea, bajo estado de ánimo. Estoy pensando sobre todo en las intensivas. Hay un estado de alarma, de alarma continuo porque el tema de los sonidos, el tema de las llamadas cuando se dan a los hijos, incluso cuando suena algo, ellos saltan, brincan, o sea, están en un estado de alarma porque están pendientes de que si no hubo un llamado, de que si el pito de la máquina sonó.

- **¿De qué manera describen las madres su vivencia de la maternidad durante la hospitalización de sus hijos?**

Por todas no, por supuesto. El caso a caso, pero ahorita un caso específico que pienso, es un tema principal, es un tema de culpa. Qué hice mal, que incluso desde el embarazo, ¿por qué hice algo malo yo que tenga a mi hijo aquí? ¿Por qué no cuidé lo suficiente? Incluso el hecho de la separación en caso de que tengan otros hijos.

Hay un sentimiento de culpabilidad. Este, también está, puede ser características de sobreprotección, como un poco desde el, dependiendo la edad del niño, intentar, bueno, sí, dependiendo de qué área está el niño, depende de la edad del niño, pero el tema de la maternidad, aquí, una de las características principales es un tema de culpabilidad. ¿Qué hice? ¿Por qué no lo hice más? Este, en la paz, estoy pensando en casos.

Los casos, por ejemplo, en el área de quemados, o en el área de la terapia intensiva, hay mucho sentimiento de culpabilidad frente a lo que se está viviendo el niño en la terapia intensiva, incluso cuando hay una enfermedad que no tendría que ver, sí, netamente de algo que pasó, como con, qué sé yo, tuvo un accidente o algo así, lo difícil es que por alguna enfermedad, incluso las mamás se sienten culpables de que no cuidaron lo suficiente en muchos casos, pero eso... *Está bien, lo que yo entiendo es que es una maternidad, por un lado dividida, por así decirlo, porque ella es madre dentro y también fuera, por el resto de hijos, y específicamente la que se da en hospitales suele ser una maternidad, muy culposa, por así decirlo.*

- **¿Qué puede provocar que las madres se angustien en el marco de la hospitalización de sus hijos en Cuidado Intensivos?**

Como te decía hace un momento, el tema de la cercanía a la muerte, también puede estar el tema de los recursos económicos generan que la madre esté con un excesivo nivel de preocupación y estrés, porque por supuesto está el deseo de, quiero tener a mi hijo aquí, pero no tengo el suficiente, o me lo puedo llevar a casa, pero no tengo el suficiente dinero para el cuidado que puedo darle. Está el tema del pronóstico, esta angustia, esta incertidumbre que pueden tener. Incluso esto puede llegar a afectar, si el niño sale con la madre, como un punto de incrementar el sobreprotección o esto.

Tomar decisiones, tomar decisiones si lo entuban, si no lo entuban, si lo operan, si no lo operan. Como está esta... Este miedo que incrementa también, este qué le puede pasar, y yo generé esto, eso también es importante. Aparte puede, depende si la persona ha tenido, el caso que tuve hace poco de un familiar que me decía, de intensivos también, que me decía, yo entré, es la primera vez que ingreso a mi hijo a un hospital, la última vez que estuve en un hospital, ingresé con mi papá y no salí con mi papá. Entonces, estas experiencias previas que generan miedo, como el trauma que pueden haber tenido, estas historias anteriores, personales que también pueden marcar, que se le haga angustia. Hay inseguridad por toda la terminología médica que los médicos manejan aquí, entonces esta jerga

médica causa que se incrementa el estrés y una sensación de estar desorientado.

- **¿Cómo impactan las fantasías de muerte que despierta la internación de los hijos en el proceso de maternar?**

Yo creo que sí, yo creo que sí, porque si es que lo están viendo al niño de una manera como vulnerable, puede generar que se reajusten de alguna u otra forma, incluso de invento, los límites que puedan haberse establecido anteriormente. El niño no usa pantallas en hospitalizaciones. No, a ver, está aquí, toma las pantallas para que pases un poquito el tiempo. Al estar igual en un estado de alerta constante, puede llegar incluso a generar que el niño perciba que está en un ambiente de miedo, entonces está como más irritable y la madre de alguna u otra forma buscando más sostener, pero como se está sosteniendo a lo mejor un poco desde el miedo, puede llegar a generar elementos de sobreprotección o generar como algún tipo de dinámica de apego no tan favorable. *Bueno, si dijiste, ya habíamos hablado un poquito de la sobreprotección, esto también me parece nuevo, el hecho de flexibilizar normas y no sé, ¿tú crees que este proceso, por ejemplo, esto de sobreprotección y lo de flexibilización, va a continuar aún cuando salga del hospital?* Sí, de hecho puede llegar a desarrollar mayor sobreprotección y cuidado por el mismo hecho de cualquier tratamiento que tenga que cumplir o el mismo hecho del temor de no regresar al ámbito hospitalario.

Algo que también es importante mencionar es que las madres, hay inseguridad por toda la terminología médica que los médicos manejan aquí, entonces esta jerga médica causa que se incrementa el estrés y una sensación de estar desorientado, no sé desde dónde si estoy bien o está mal, como si está bien o está mal, porque hay muchas veces esto, pero yo sí creo que influye mucho que al salir, o sea que la sobreprotección al salir es algo que generalmente, incluso depende de qué tanto el niño experimentó un sufrimiento aquí, al salir hay temor de la mamá, y esto te lo digo por quemados, de causar mayor daño y sienten que el tratamiento muchas veces es como hacer por ejemplo algo doloroso, como por ejemplo un masaje o algo, las mamás tienen miedo de hacerlo y permiten que entonces el niño tenga

como este total control de cuándo quieren y cuándo no, por no querer que ellos sigan sufriendo más, no te haces ahorita los masajes, pero te los haces después, o sea, como pasa un poco, no en la autoridad, pero las mamás se vuelven con una autoridad mucho más flexible con los niños por temor a sentir que le están causando mayor daño y que no se deja este tema hospital a un lado, que para el niño es como continuar, a pesar de estar en casa, continuar. Ok, es como que se extiende el hospital a su hogar, o bueno, esta experiencia de hospitalización.

- **¿Cómo influye la ausencia de experiencias previas de hospitalización de las madres en sus posibles manifestaciones de angustia?**

Todo lo nuevo ya es un proceso de duelo, hay algo que está cambiando, hay algo que es diferente. En el ámbito hospitalario, una de las primeras cosas que existe es el tema de la incertidumbre, el estar en un ambiente rodeado de pura tensión de las demás madres, viviendo diferentes historias, viendo o sintiendo cercanas las pérdidas, estando como el hecho de sentir un desconocimiento, por supuesto que puede intensificar alguna situación o alguna respuesta emocional. Ya de entrada, hay una palabra que en algún momento mencionó, no recuerdo quién, incluso si fue uno de ustedes, si fue un profesor, no recuerdo quién en algún momento mencionó que el hospital se volvía como un entorno amenazante, y esto me parece muy cierto.

Están poniéndose muchas fantasías que se alimentan de varias, se alimentan desde el sonido del que no están acostumbrados, porque si yo no sé que si tiene algo en el dedo, eso se mueve y el sonido es diferente. El desconocer por qué viene, es toda una suma de angustia frente a lo que no se conoce, hay una desorientación, confusión, y esto incluso pudiera llegar a ser que se evitan tomar decisiones, que se eviten responsabilizarse por el temor a lo que se pueda, como de sentir que puede haber algún daño, como no, no lo voy a, quiero llevármelo a casa porque no quiero estar en la hospitalización, porque tuve una mamá en la B2 creo que fue, no, en la E1, que quería llevarse ya a su hija que tenía leucemia, pidió el alta petición porque nunca había estado hospitalizada anteriormente, y le estaban diciendo que tenía que pasarse a

otro hospital y ella no conocía, no era ni siquiera de aquí, entonces decía, no, yo me lo llevo a mi casa que allá con las sopitas y con la medicina que yo pueda darle, que ya se ha mejorado con la medicina que tomo, me lo llevo. Entonces, este, influye mucho también desde que tema de nivel sociocultural, como un poco, ¿cómo estás? Un poco en base a eso.

Las referencias a las que tienen son las referencias a lo que viven los compañeros dentro de sala. Este, hay pensamientos continuamente ligados al tema muerte que ya llega a ser algo catastrófico, directamente. Eso que dijiste, eso que dijiste de que tienen de referencia a sus compañeros de sala, entonces tal vez, no sé, depende, o sea, se ayudaría mucho ver qué tipo de, *por ejemplo, hay un término que se llama inconsciente colectivo, hay en las áreas de UCI como para trabajar estos afectos.* Claro que sí, claro que sí. De hecho, este, me parece fantástico realizar este tipo de grupos operativos, porque yo, por ejemplo, en quemados, cuando lo hacía con todas las mamás, porque no todos los niños se quemaban de la misma forma, no todos los niños tenían la misma lesión, no todos, pero automáticamente ya había una resistencia a realizar el injerto, por lo que veían de cómo quedaba el otro niño con la carita más, con más injerto, con más esto, cuando el otro niño no necesitaba directamente. Entonces, yo creo que, por supuesto, que ayudaría mucho un poco para, para, no solo sería aclarar, sino también ir como resignificando algunos, algunas cosas.

- **Recomendaciones para grupo focal**

Este, a mí lo que me sirve, te voy a decir un poco a mí lo que me ha servido, porque muchas veces cuando uno va a hacerles preguntas a las mamás, las mamás están a la defensiva sintiendo que se los están preguntando por algo, por su hijo, lo mismo que pasa cuando vas a psicología, ¿por qué viene?, ¿qué le pasa a mi hijo?, ¿qué es lo de aquí? Entonces, yo lo que recomendaría es iniciar diciendo que estamos en un ámbito como donde muchas emociones pueden fluir, y haría que ellos me comenten cuáles son todas estas emociones que pueden estar surgiendo, el miedo, la fatiga, qué sé yo. Entonces, tú con todas estas palabras que a lo mejor se pueden ir escribiendo en un pizarrón, o en una cartulina, o en uno de estos hoteles, poder ir trabajando en base a estas preguntas. ¿Y qué preguntas haría yo? Un poco desde si algo que a mí

me ayuda es poder trabajar con ellos en la manera en la que ellos están dando lo que pueden y más.

Es decir, ellos están aquí como padres, los médicos están haciendo el trabajo que necesita cada hijo, pero hacerlo es como incluso sacar un poco... con esta atención, con este cuidado, con este hablarle, también están sosteniendo y darle esto que los niños nacen esperando este amor y los padres están ahí dándole esto tan importante

**Anexo B: Resultados del TAT aplicado a las madres**

	<p><b>LÁMINA 7 N.M.</b>  <b>REA QUE EXPLORA: Niña y muñeca</b>                      · Imagen de la madre                      · Actitud frente a la maternidad</p>	<p><b>LÁMINA 3N.M.</b>  <b>Situación contextual: depresión o suicidio</b>                      Una joven está de pie con la cabeza abatida.</p>	<p><b>LÁMINA 8 V.H.</b>  <b>ÁREA QUE EXPLORA: Intervención quirúrgica</b>                      · Imagen del padre                      · Miedo a la muerte</p>
<p><b>M1</b></p>	<p>Una señora con su hija de ser, ¿no? ¿Ya? Que tiene un brazo que es un muñeco. ¿Qué será que le está diciendo algo? ¿Qué podría estarle diciendo? ¿Qué será que... que se porte bien? Aconsejártela, quizás.                      ¡Ay, qué bien! Claro. ¿Y usted cree que la hija hace caso o no? Es como indiferente. O sea, es como así, yo le hablo a mi hijo, igualito así.                      ¡Ay! Sí, mamá, sí, así ya. Igualito, así me veo. Con el mayor, así.                      Ok. ¿Y qué cree que puede pasar después? Creo que sí se le quedó algo a la niña. Sí.                       Lo que la mamá dijo, sí. Sino que ya como, están en edad como ya media adolescente, ¿no? Entonces, son media rebeldes. Digo por mi hijo, porque así me veo igualita.                      Ya, claro. Con mi hijo. Entonces, sí se le quedó.                       Y después dice, no, mamá. Viene y me</p>	<p>Llorando.                       Qué, ¿preocupada?. No sabe qué hacer. Cansada, quizás.                       Una mujer cansada. Así mismo yo. Ajá.                       Me hace cansada porque ya, o sea, a veces uno, ay, me voy a llorar. Es que se viene llorando. A veces uno también se cansa, ¿no? Es porque uno más pasa tiempo en la casa con su hijo y todo, ¿no? Entonces, como digo, mi esposo, yo soy todóloga, ¿no? Porque yo soy la doctora, ¿qué sé yo? La que le lavas todo.                       Yo la hago a ella, le digo. Entonces, yo también necesito salir y respirar porque siempre me pasa como a ella. O sea, me veo ahí yo, cansada, ¿qué sé yo? No puedo, pero digo, hay que seguir adelante.</p>	<p>Creo que... Como que le están sacando algo esperando, ¿qué será? Parece la guerra, no sé.                       Porque veo como un fusil o un arma, no es un arma eso que está ahí. Entonces, como que lo están ayudando, no sé. ¿Qué será este chico de quién que está ahí tirado en la cama? Los doctores.                       Los doctores ayudando a los que están operando, haciendo algo. Bien, ¿cómo puede terminar esta historia? ¿Cómo le pondrías un final? Este... O sea, que se salva, porque los doctores están ahí para ayudarlo ¿no?</p>

	pide disculpas porque a veces está así, como que no me hace caso. No, mamá, sí, tranquila ya		
<b>M2</b>	<p>¿Qué es lo que usted puede ver o puede pensar de esta imagen? Ahí la chica con un bebito. La señora está ahí en el mueble, sentada.</p> <p>¿Qué ve? ¿Qué están haciendo? ¿Qué puede pensar? Ahí se ve como que está... La señora como que está enferma. Y la chica está mirando así para acá. Tiene al bebe cogido</p> <p>No sé. ¿Qué estaría pasando ahí? Usted se lo puede... Están pensando. No sé qué estarán pensando.</p> <p>¿Por qué mismo está sucediendo? No sé. No, igual es su creatividad. ¿Qué es lo que usted imagina? No sé.</p> <p>Está bien. Estoy un poco nerviosa. Ay, no se ponga nerviosa.</p> <p>No tiene nada de malo. Lo hizo muy bien. Es así.</p>	<p>Ahí está llorando. Está llorando. Está llorando porque a lo mejor le dieron alguna noticia mala y por eso está llorando.</p> <p>Sí. Digo, pues no sé. No, claro. Está arrinconado, llorando. A lo mejor le dijeron algo malo, que pasó, que pasó algo. Por eso él está así.</p> <p>Sí. Está llorando. Está triste.</p> <p>Sí. <i>¿Qué crees que le pudieron haber dicho?</i> Bueno, le hubieran podido decir a lo mejor algo que tenga el bebé de él. Ajá. Sí. Y por eso él está así, que está llorando. Está bastante... Sí.</p> <p><i>¿Qué crees que puede pasar después?</i> Después. A ver. Después puede que pase que ya no esté así. Que le digan otra noticia, que le den una noticia buena. Sí, que le den una noticia buena para que ya no esté así. Y se mejore. Y se mejore, sí.</p>	<p>A ver. Ahí están como que se están operando. Sí, como que lo están operando. Sí, porque se ve como unas tijeritas que le están como abriendo.</p> <p>Sí, y le están metiendo la tijerita ahí. ¿Puede ver a quién están operando? Sí. <i>¿Quién es?</i> Es un señor. <i>¿Usted qué puede decir? ¿Va a salir bien o mal esa operación?</i> Yo digo que va a salir bien de la operación. Que todo le va a salir bien. Sí.</p> <p><i>Bueno, ¿y qué pasa después de esta operación?</i> Después de que ya la operen, los que la operan, los que la operaron, van a decir si salió bien o si no salió bien. O si se complicó o no. <i>Si usted pudiera crearle un final, ¿cómo quisiera que salga?</i> Yo digo que va a salir bien. Sí, que va a salir bien de eso.</p>
<b>M3</b>	<p>Ahí puede ver una mamá con una niña.</p> <p><i>¿Qué están haciendo?</i> Como que si la</p>	<p>A una mujer llorando. Llorando, pero como preocupada.</p> <p>Tal vez de pronto recibe una mala</p>	<p>Ahí. Es como que si estuviera... Es como que no puedo apreciar bien la imagen. Es como que si... Tengo</p>

	<p>mamá la estuviera observando y la niña tiene algo en las manos, no sé qué es. Como que estuviera un... una mascota, pongámoslo así. Pero a la niña se la ve como... como triste. O sea, esa es mi percepción.</p> <p><i>¿Por qué estaría triste?</i> O sea, se la ve como triste y pensativa. Ah, ok.</p> <p>Ajá. Como que estuviera pensando en algo. Y la mamá está como que muy vigilante, muy pendiente.</p> <p>Muy atenta. Muy atenta, ajá. <i>¿Qué va a pasar después? ¿Qué piensa?</i> Bueno, tal vez la niña ya se... o sea, se le quite ese... o sea, de lo que está pensativa.</p> <p>Ya no esté tan pensativa. Puede conversar con la mamá, tal vez. Y se le quite eso.</p> <p><i>¿conversar con la mamá le quitaría eso, usted cree?</i> Sí, pues de pronto sería como una forma de expresarse, desahogarse, decir lo que ella piensa. Sí, eso es lo que yo... o sea, mi percepción es eso.</p>	<p>noticia o algo, porque igual tiene tapado su rostro. Entonces como que si algo le doliera, le atormentara. Alguna situación que de pronto haya pasado.</p> <p><i>¿Qué cree que puede estar ella pensando acerca de esa situación?</i> Bueno, debe ser algo bien fuerte, porque igual se la ve que está... O sea, cuando uno se pone mal, no sabe qué hacer, entonces sí se la ve como que se estuviera así. Como afligida.</p> <p>Pensando en cómo sobrellevar la situación que de pronto esté pasando.</p> <p><i>¿Y después qué cree que vaya a pasar?</i> Bueno, después ya... Yo pienso que esa es una forma de desahogarse.</p> <p>Entonces yo pienso que cuando uno se desahoga, ya después como que empieza a tomar las cosas con más calma. Y a lo mejor eso es lo que ella está haciendo, desahogarse y ya después estar tranquila. Perfecto.</p>	<p>como que dos puntos.</p> <p>Uno que sería como que... Es como que si fueran médicos que estuvieran operando a un paciente o como que se le estuvieran haciendo daño a una persona. Ok. Y que de pronto la otra persona que sale en la imagen que está de frente, como que sí sabe de la situación que está pasando, pero sin embargo no dice nada.</p> <p><i>Y le están causando daño a la persona que está como que recostada en la cama. ¿Qué cree que puede pasar después?</i> Tal vez es algo malo que le están haciendo. La persona podría morir. Pero la otra persona sabe lo que está pasando pero no hace nada al respecto.</p>
<b>M4</b>	<p>Esa es una niña con una señora. Con un bebé en brazos tiene la niña, o un muñequito. Le está conversando</p> <p><i>¿Acerca de qué?</i> Cosas de la vida.</p> <p><i>¿Cómo cree que se llevan?</i> No se llevan bien porque la niña le vira la cara. No se llevan bien por la niña. <i>¿Qué pasará</i></p>	<p>Una mamá sufriendo. Por los hijos, por algún inconveniente que tenga. Pensamiento como <i>¿qué hago? ¿qué voy a hacer? ¿cómo lo soluciono?</i></p> <p><i>¿Qué está bien y qué está mal?</i> Después pedirá ayuda o saldrá adelante sola, solucionará los</p>	<p>Wow, ahí hay un niño al que lo van a operar. El médico, pero la operación es riesgosa porque hay un señor que está como bravo, acá hay un niño. Al final no van a estar bien por cómo están haciendo la operación al niño.</p> <p><i>¿Cómo la están haciendo?</i> El señor</p>

	después? Que le puedo decir, no le hará caso la niña o sí le hará caso la mamá.	problemas.	está enojado, el niño está acostado y por acá está otro niño. ¿Cómo terminará la historia? Que el niño fallecerá
<b>M5</b>	<p>Es una imagen, a ver, que está, yo, la mamá, la hija y parece que es un bebé. Está sentado en, creo que la hija encima de la mamá, en las piernas. Y sosteniendo igual la niña a un bebé, en los brazos.</p> <p>¿Qué están pensando, qué están pensando o sintiendo? No sé, tal vez la mamá preocupada. La niña está viendo algo. ¿Por qué estaría preocupada la mamá? No sé, porque tiene, o sea, es como que no está como que mirándole a la niña o algo así, sino está como que echa la cabeza, qué pasa.</p> <p><i>¿cómo se llevan las dos?</i> Creo que no bien. <i>¿Cree qué?</i> Creo que no, no bien. <i>¿Por qué?</i> Porque si tuvieran una buena relación, estuvieran hablando así.</p> <p>Ok, ¿y qué pasa después? Ahí las inseguridades, por ejemplo, los hijos no tienen, o sea, no pueden conversarle algo a su mamá porque no tienen esa, ese este de poderle conversar, no pueden, no tienen esa confianza.</p>	<p>A una madre que está llorando, yo qué sé, por algún problema que tuvo o algo que pasó. ¿Qué ve en su entorno? En su entorno. Algo negro.</p> <p>Una puerta. No sé, por eso. ¿Y qué va a pasar después? ¿De qué? ¿Cómo? ¿Después de? No sé, ¿qué? ¿Cómo qué final le gustaría ponerle esta historia? De que pueda resolver sus problemas.</p>	<p>Un señor. Están con un cuchillo.</p> <p>Sí. Creo que, no sé, la mataron tal vez. ¿Ya? Sí.</p> <p>O sea, él piensa eso emocionalmente, de que los, o sea, yo qué sé, tiene algún problema y él piensa que haciendo esas cosas es la solución, no es así. No, la solución no es así.</p> <p>¿Cuál sería la solución? De poder arreglar las cosas. Por ejemplo, si él hizo algo mal, poderlo remediar. Ok, ¿y qué pasará después? Y él tiene, por ejemplo, emocionalmente él se sentiría bien y ya no estaría pensando esas cosas.</p>

<p><b>M6</b></p>	<p>Veo... Me imagino que es una mamá con su hija adolescente. Que ha su corta edad ha tenido un bebé. Listo. ¿Y qué más está pasando? Están conversando, pero parece que ella no le toma importancia. ¿Quién, la hija? Ajá. Ok.</p> <p>¿Y la mamá qué puede estar pensando o opinando? Dándole... Me imagino yo... Bueno... Tal vez aconsejándola. Ya que tiene un bebé de temprana edad. Ok.</p> <p>¿Cómo se siente la mamá respecto a esa situación? Yo creo que sería muy... Muy difícil a una edad, corta edad, que un hijo tenga hijos tan pronto. Parece que... Pero igual no hay que reprochárselo porque... No, ya son cosas que pasan. ¿Qué crees que sucederá después? Cuando los chicos son muy jóvenes... A veces tienden... A despreocuparse de los bebés.</p> <p>Entonces son consejos que a veces uno como mamá tiene que dárselos.</p>	<p>Una mamá llorando.</p> <p>Desconsolada. ¿Por qué? ¿Por qué estaría llorando? Tal vez problemas con los hijos.</p> <p>Con el esposo. Ok. O puede ser también por otra situación.</p> <p>Puede ser porque tenga algún hijo enfermo, hospitalizado. Puede ser alguna noticia mala. Hay muchas cosas.</p> <p>¿Qué ve del entorno en la imagen? Como que ella abre una puerta y ve algo que no... Y comienza a llorar. ¿Qué cree que sucederá después? Me imagino que tiene algún hijo enfermo. Algún hijo hospitalizado.</p> <p>Entonces verlo... A uno le duele ver como mamá a un hijo en una cama. Y es lo que me pasó a mí.</p>	<p>Como que están operándolo. Es un chico adolescente. Alguna pelea. Pero veo a alguien en una cama. ¿Qué cree que está sucediendo? Me imagino que está en alguna cirugía. En algún quirófano, en algún hospital. ¿Y qué va a pasar? Pasar... Que el chico salga bien, que se recupere. Porque es lo que uno como madre anhela. Para que el chico salga bien de... Las operaciones. Así es.</p> <p>Cuando ingresan a algo, uno... A mí no me gustaba la idea. Cuando mi hija entra ahorita, con anestesia y todo. Pero... Pasan muchas cosas. Y más que todo, ella es alérgica a muchos medicamentos. Ok. Tiene mucha alergia. Ajá. Lo que le hace más... Con más cuidado. Sí.</p> <p>Si ahorita le pusieron complejo B, se estaba enronchando. Ok. Entonces, bueno, como mamá, son cosas... Que a mí... A mí me dicen... El doctor quiere hablar conmigo, enseguida me atacan los nervios.</p> <p>Como que se me va a dar una noticia mala o algo.</p>
------------------	--	--	---

<p><b>M7</b></p>	<p>Bueno, yo imagino una madre aconsejando a su hija. <i>¿qué más ve?</i> Que la hija es demasiado... Como hijas no aceptamos esos consejos. <i>¿Qué podría ser pensando la madre acerca de eso?</i> Que hace muy mal.</p> <p>Bueno, la madre... Bueno, algunas mamás siempre aconsejan a sus hijos de la mejor manera. Pero como hijos tienen que aceptar de la mejor manera los consejos. Aunque no, no lo hacemos muchas veces. <i>¿Y qué cree que va a suceder?</i> Que va a cometer un gran error por no acercarse.</p>	<p>Una mujer sufriendo. Ok. <i>¿Por qué razón estaría sufriendo?</i> Puede ser por muchas razones.</p> <p>Y demasiados problemas, tal vez. Ya. <i>¿Qué ve del entorno?</i> Una soledad.</p> <p>Ella con una soledad. Ok, tiene que llevarlo solo. <i>¿Y qué pasará?</i> Que le tocará afrontarlo.</p>	<p>Una persona en una cama de quirófano.</p> <p>Ok, <i>¿qué está sucediendo?</i> Una cirugía. <i>¿Cómo está yendo esa cirugía?</i> Parece que bien. Parece que bien.</p> <p>No se puede interpretar tantas cosas en una... Igual, si usted tuviera que crear, <i>¿qué pasa después?</i> <i>¿Qué diría?</i> <i>¿Qué diría?</i> Que la cirugía salió perfecta. Ok, listo. Muy bien. Una persona en una cama de quirófano.</p> <p>Ok, <i>¿qué está sucediendo?</i> Una cirugía. <i>¿Cómo está yendo esa cirugía?</i> Parece que bien. Parece que bien.</p> <p>No se puede interpretar tantas cosas en una... Igual, si usted tuviera que crear, <i>¿qué pasa después?</i> <i>¿Qué diría?</i> <i>¿Qué diría?</i> Que la cirugía salió perfecta. Ok, listo. Muy bien.</p>
------------------	--	---	--

### **Anexo C: Transcripción de grupo focal a madres de CIP**

Se inició con la actividad rompehielo.

Me gustaría ver si pueden identificar, **¿qué cosa creen ustedes tres que tienen en común?**

**M2:** A nuestros hijos aquí en el hospital. Muy bien.

**M1:** Mujeres. Somos madres.

**M3:** Estamos aquí con un fin de poder llevarnos nuestros hijos a la casa.

### **MATERNIDAD**

La primera pregunta es, para ustedes, **¿qué ha sido lo más desafiante al convertirse en madre?** La que quiera puede empezar.

**M1:** La responsabilidad. Lo lleva a tener un niño. Porque son muchas cosas. Su crecimiento, el salud, su... ¿Cómo se puede decir? todo lo que aprendes cada día. Ajá, exacto.

**M3:** Sí, responsabilidad. Porque en la actualidad, como está la situación en el país, hay que cuidar mucho de nuestros hijos. Así estén grandes, estén pequeños. La responsabilidad es la misma. Bueno, y en nuestro caso... En mi caso, yo hablo por mí, por la situación de mi hija. Ha sido un desafío. Un desafío a raíz de que mi hija se enfermó. Porque son cosas que uno, como padre, no espera vivir. Pero le toca y uno tiene que luchar al lado de su hijo para lograr que ellos estén bien.

**M2:** Es bonito ser mamá. Bueno, que va a salir, que conviene aquí con mi hija, que todo esté bien, que le salga bien todo. Va a salir conviene aquí. Ok, ¿ha habido algo desafiante en eso? No, hasta ahora no. Hasta ahora no. Ok, está bien, está bien.

**M4:** ¿Desafiante? ¿Cómo? Algo más retador, como... Desafío, o sea, como algo... ¿Cómo decirle? No es algo complicado, es algo como... Algo que no sabía que podía alcanzar.

Bueno, más o menos como lo difícil ser. Sí. El miedo que tenía de ser madre, de cómo iba a crear mis hijos, porque el primero fue uno, pero ahí tuve mellizos.

Ajá, sí, sí. Y eso fue lo más desafiante porque fue un miedo que tuvimos como padres, de cómo criarlos, de cómo cogerlos, cómo hacer como tantas cosas. O sea, fue miedo total.

Pero ya fue cogiendo experiencia. Tampoco soy excelente ni nada, pero ahí fue cogiendo experiencia convencida. Claro, era como lo nuevo, la inexperiencia.

**¿Cuál sería la diferencia de ser mamá aquí, aquí en estas cuatro paredes y ser mamá en sus casas? ¿Cuál es la diferencia que ustedes ven?**

**M1:** Que uno haya que estar más pendiente ahí, con las medicinas que haya aplicado a cada hora. Estar pendiente de si esto le pasa, esto, con los doctores y todo. Si yo estoy en casa, yo tengo tres hijos, entonces tengo que hacerme tres. Y ya que así, al uno, mami, esto voy, mami, esto voy. Pero ya es diferente. Porque estamos en casa, o sea, son tres. Ya no puedo estar pendiente solamente de uno. Ok. Eso es para mí muy complicado.

Y aunque usted esté pendiente de los tres, es más o menos complicado. *¿Qué dirías? Es más complicado.* Porque son tres, pues ya no es solo uno. Ah. Entonces tengo que estar ahí, es uno. Que el otro, mami, esto. Ya voy, mami, esto. Porque ven, mami, que esto. Entonces, así estoy..

**M3:** Sí. Muy bien. Bueno, este, bueno, en mi caso, creo que, o sea, no, como no lo quería decir de alguna, o sea, que se entienda mal. Pero a mí me gusta que mi hija esté en casa. Ya. Me gusta porque ella en la casa está como que más tranquila. A pesar de su discapacidad, ella en casa se siente como feliz. Ya. Y sería de pronto por ese lado que quisiera estar en casa. Ya. Porque igual aquí en el hospital, pues ellas, ellos sienten que nos pinchan una cosa y otra cosa. Entonces, como que ella, por ese lado ella como que se me pone muy sensible, como que todo le duele, todo le molesta. O sea, lo que me gustaría estar en casa es por la comodidad en que mi hija esté. Bien. Pero aquí también en el hospital, así como dice la amiga, 100% enfocadas en ella. A pesar de que yo tengo otro hijo en casa, tiene que estar pendiente de todos los demás. Pero aquí en el hospital, uno está pendiente exclusivamente de su hijo.

**M2:** *Y para usted, aunque creo que nació y vino acá,* Sí, lo mismo que es para la chica. Este, no lo mismo que está en la casa. O sea, en la casa ya ella se siente como más feliz que estar aquí, porque aquí las pinchan cada rato y ella

como que se siente mal porque las pinchan, a cada rato le han dado pincha, no les ha alcanzado.

**M3:** Ojo, que no lo decimos de una manera o de una forma, sino que igual, o sea, como madres vemos la felicidad en nuestros hijos. Pues no que de pronto hay, no, que nos estemos quejando, no. *No, no, claro, pero a cualquiera le han dado pincha.*

**M4:** Afuera de la casa, con N, era mi compañero. O sea, donde sea que yo iba, él estaba. O sea, no había un lugar que usted no veía sin él. Porque la condición, o sea, mi hijo como está aquí, no es nada lo que le damos.

Él no caminaba ni hablaba, pero él se paraba, gateaba, comía normal, nos observaba, se sentaba en la mesa con todos. Él era mi compañero. De, súbete, N, vamos a un hospital, vamos a ver a tus hermanos, vamos a ver a tu papá al trabajo. Él era mi compañero de casa, nos quedábamos los dos solitos. Y venir al hospital es prácticamente casi lo mismo porque paso todo el día aquí con él. Pero no hago las cosas que hacía con él.

O sea, en que los dos nos vamos a comer un heladito. N, no le digas nada a tus hermanos. No nos vamos a comer un sweet and coffe solito. No le digas a tus hermanos así. Eso extraño de él. Pero acá estoy casi igual porque paso con él aquí en las mañanas. Incluso yo mismo me tengo que ir, yo lo dejo unas 4 o 5 horas solo porque tengo que cumplir con los otros niños. O sea, en eso, eso sí extraño mucho de N.

### **Y ¿cómo describirían esta experiencia de tener un hijo hospitalizado?**

**M3:** Bueno, yo ya con mi hija tengo ya casi cinco años de lucha en el hospital yendo y viniendo. Bueno, sí ha sido una situación bastante difícil, dolorosa. El hecho de que en algunos ingresos mi hijo ha estado en situaciones de gravedad, de que ha estado su vida en riesgo.

Pero yo siempre digo que uno tiene que ser fuerte y a pesar de las situaciones en las que estamos con ella, si ella lucha, nosotros tenemos que seguir luchando con ella. Como padres con mi esposo, hacemos lo que malamente podemos. Y los médicos también aquí han hecho lo imposible con ella para mantenerla con vida.

Y como siempre nosotros con mi esposo decimos, nuestra hija está en manos de Dios. Porque ya son cinco años. En estos cinco años ha estado en dos

situaciones que en su vida ha corrido bastante riesgo. Pero ella sigue fuerte y sigue luchando. Y hasta que ella quiera seguir luchando, nosotros estaremos aquí. Con ella.

**M1:** Bueno, la primera vez, esta primera vez desde que ya estoy algo como cansada. Cansada porque a veces uno no puede dormir bien por estar pendiente de ella. Que si la va a tomar mami, mami me duele. Entonces ha sido como algo cansado.

**M2:** Yo ya tengo un mes, yo ya cumplí un mes que tengo a mi hija aquí en el hospital. No es fácil estar aquí. Porque uno tiene que dormir en las sillas. Algunos se le hinchan los pies porque no puede dormir bien en las sillas. Por estar viendo a ellos. Por si acaso se vayan a caer. Sí. Entonces ha sido un poquito difícil.

**M4:** Uy, aprendo mucho. He aprendido demasiado, demasiado, demasiado. Y lo primero, he llegado a aprender y a conocer muchas, muchas personas que uno ni siquiera se imaginaba conocer. Y niños que no, que tienen enfermedades diferentes. Ya, que jamás en mi vida yo las he visto. Ya, y he aprendido mucho aquí. Mucho. Ser madre, enfermera, he llegado a ser de todo. Y eso es lo que me gusta de aquí. *Mucho conocimiento médico también. Artísimo, artísimo, artísimo. Porque hablan de proceso. Tienen esa facilidad de hablar de eso porque los han visto. Exactamente.*

## **HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA**

Difícil sería la primera cosa. Ahora vamos a hablar un poquito del ámbito de aquí del hospital. Me gustaría saber, **¿qué es lo más impactante que usted vio la primera vez que entró a UCIP?** Algo que haya visto, haya experimentado, haya oído, lo que sea.

**M3:** Yo, de todo este tiempo que he estado aquí, solo una vez. O sea, entrar a la UCI no es fácil. No es fácil porque uno sabe que va a la UCI su hijo porque está grave, está delicado, está todo. Pero a mi hija cuando la operaron del pulmón, mi hija estaba hinchada, estaba sedada. Yo me centro en mi hija. Estaba hinchada, estaba sedada. Me acuerdo tanto que por el tren del tubo sangraba, por el traqueotomo sangraba. O sea, esa imagen a mí me impactó demasiado. De ver cómo estaba mi hija en la gravedad en la que ella estaba. Y eso sí, eso fue una de las cosas que a mí más me ha impactado. Y en otra

época, en esa misma época que estuvimos, como estamos ahora que hay bastantes virus respiratorios, en esa época vivieron muchos bebitos enfermos. Y en esa semana fallecieron muchos niñitos por ese virus. Entonces fue algo que a mí me impactó, que incluso como que ya finalizando la semana así entré como en un estado de shock. Y ya de cansancio y a nivel emocional sí me sentía mal. Porque aparte que era duro ver a las madres llorar por sus hijos. Y en la situación en la que estaba mi hija, sí fue un choque bien fuerte para mí eso. Sí, fue una experiencia que no quisiera volver a repetir. Muy bien.

**M1:** Bueno, al entrar aquí, bueno, nunca he estado en esta situación ni ninguna, nunca. Además no sabía que era eso. Siempre por emergencia, a la casa, remedio. Pero al entrar aquí, o sea, niñitos entubados, nunca había visto un niño entubado. Entonces quería que a mi hija también le pase lo mismo. Pero gracias a Dios solamente fue como si no, de alto flujo. No fue, pero dijo que era un paso para llegar a la entubación eso. Me dijeron, eso es lo que me ha dado todo. Pero eso fue lo que a mí me impactó de entrar aquí. Ok, entubación. ¿Para usted? Sí. Lo mismo que ella dijo.

**M2:** Bueno, que a la mía la entubaron cuando recién la operaron. Pero ya esta vez no me va a entubar *¿Le impactó esa entubación? ¿Qué le impactó de eso?* Porque yo la vi que estaba entubada y estaba sedada. Porque no se movía, o sea, porque estaba sedada y todo. mAh, el hecho de que no se movía se le impactó. Estaba entubada. Ok, ok.

**¿Usted qué cree que dentro del hospital puede llegar a alterarla o inquietarla?** ¿Hay algo aquí dentro del hospital que podría llegar a ponerla así, ansiosa o alerta? ¿Algún elemento, algo?

**M3:** No, hasta ahorita no. Solo el día que hubo el temblor que sí nos asustó. Ah, sí. Porque estábamos ahí, Dios mío. Solo fue como abrazar a mi hija y esperar que pasara el temblor. Sí, fue fuerte.

Pero mire, eso es algo que inquieta, no puede sacarla. Exacto. Porque ya uno yo digo, bueno, si pasa algo, yo ya estoy aquí con mi hija.

O sea, ya no podía hacer nada, solo pedirle a Dios para que pase y todo. Mucha impotencia, muy bien. ¿Algo más? ¿Algo que aquí en el área le quiente o la movilice o la ponga alerta? Hasta ahorita nada.

**M1:** Hasta ahorita no. Uno nunca está a salvo de cualquier cosa que pueda pasar, ¿no? Entonces siempre hay que estar atento a cualquier cosa. Es que uno está aquí, no encerrado. Uno no sabe lo que pasa afuera. Entonces uno está aquí tranquilo. Uno nunca sabe quién fue y qué pasa afuera. Si llega algo externo, acá uno nunca sabe. Por ejemplo, uno está preparado, o sea, está en la expectativa. Muy bien, está alerta.

**¿Se ha sentido libre de expresar sus sentimientos en estas áreas de UCI?**

**M2:** Sí. ¿Por qué? ¿Y de qué manera? Es que no sé. Donde se le venga, mejor. No hay respuestas malas. No sé, es que estoy nerviosa. Nada, nada. Por ejemplo, sus emociones como felicidad, enojo, ira, tristeza, vergüenza. Felicidad. Ya, ¿y con la tristeza la ha podido expresar aquí? Sí. ¿Por qué? ¿En qué momento? De, o sea, me sentía triste porque yo veía a la bebé que estaba así, porque de nuevo me la tuvieron que operar. Porque se le complicó, o sea, porque ya nosotros nos íbamos de alta. Pero se le complicó de nuevo lo que la operaban y de nuevo te tuvieron que operarla. Ya. Entonces eso me dio mucha tristeza. Me puse triste. Entonces mi familia a veces nos dice, no, no te pongas triste, dice, verás que la bebé va a salir con bien de la cirugía. Entonces me dijeron, no estes tristes, dice que la bebé va a salir con bien. Ok. Pero sí, verás que los familiares a veces dicen ese caso. Yo lloraba porque mi hija no me la operaba.. Me daba pena porque cuando ya le entraron a ella y tenía que entregarar unos papeles, me dice, despidase, dale un besito a su hija. Uy, qué pena, me dió una tristeza. Se me vinieron unas gana de llorar ahí adentro. ¿Y por qué no lloraba ahí adentro? No, porque me daba vergüenza. Entonces salí afuera y ya, afuera sí lloré. Ok, pero fue afuera. Y ahí es cuando me sentí más, como que más aliviada.

**M3:** Bueno, sí. Creo que siempre tiene que haber una comunicación con los médicos, siempre hay una buena comunicación. Claro que yo también tengo mis momentos, yo digo, de tristeza, de ver cuando H se pone mal, porque ella es que está bien, ella es que está mal. Entonces, hay momentos en que sí lloro, como que digo, yo siempre digo, bueno, lloro, me seco las lágrimas, me desahogo y otra vez para adelante. Y así estamos, así vamos. ¿Pero en el

área nunca le han, como, dicho no, no llore o algo así? No. Sí, yo digo siempre no llore en silencio. Ok, ¿usted ya?

**M1:** Bueno, yo, el sentimiento que sentí hace lo que llegué aquí, fue tristeza de ver al bebé, porque no podía respirar, porque hacía fuerza para poder respirar. Entonces, me sentí triste, porque no podía hacer más nada, yo como mamá, ¿no? Entonces, ya cuando dijeron que le iban a internar, le iban a poner oxígeno, para poder ayudarme, entonces, ya hay un poco de calma en ella. Porque igual sabía que aquí iba a estar en buenas manos, ¿no? Entonces, ya, y ahora, reciente, en antes de la mañana que fue la doctora, me dijo que todo iba bien con ese kit, que ya le iban a sacar el respirador, el oxígeno. Y que ya, si sigue bien, ya mañana lo pasará más rápido. O sea, me dio como un alivio, como paz. Como que, ya, mi hijo ya va a salir de esto. Entonces, sentí como paz, calma.

**A partir de la hospitalización, ¿usted ha notado algún cambio en su forma de relacionarse con su hijo?**

**M1:** No, porque así mismo como en la casa, así mismo lo trato. ¿No ha notado, tal vez, más cuidado o algo por ahí? Ah, eso sí, más cuidado, porque la medicina, que talora que tengo que estar ahí. En que si llora, ay, ¿qué pasó, hijo? ¿Cómo estás? Ah, tú estás más atenta. ¿Usted está así con los otros hijos o solo con ese kit? No, también. Con mi niña, porque es la única niña que tengo. Y se quiere el más chiquito, ¿ya? Entonces, con todos, yo, ¿sabes qué, hijo? Porque cada uno tiene su cuarto, ¿no? Y dijo, ¿estás respirando bien? Es que quiero el salón. Porque no duermo con ellos. Y voy a la puerta de la niña. Mi amor, ¿estás bien? Sí, mami. Ay, ya, porque ella también así comenzó con fiebre y todo. Pero ella no me lo da a todos, dijo el doctor. Porque aquí mismo le quise atender el día que mi hijo entró.

**M3:** Y para usted, ¿cómo ha sido? Creo que como que esto nos ha unido más con mi hija. Y también a estar alerta con mis hijos también. Porque yo digo que cuando uno no pasa por esta situación, yo digo, uno vive en una burbuja. Que piensa que a uno nunca le va a pasar. Uno ni se imagina. Cuando yo vine la primera vez, yo no me imaginaba cómo era estar aquí en un hospital, en estas áreas. Entonces, ya como que uno está más alerta.

Cierta cosita que tenga uno de los hijos, ya está más pendiente. E incluso, hasta con mi familia misma, mis primas y mis hermanas que tienen a los niños chiquitos. Yo digo, si la niña está enferma, busca directo al hospital. No pierdas tiempo en llevarla, o menos que sea un pediatra que sea de tu confianza. Pero, digo, busca directamente al hospital porque con los niños nunca se sabe. O sea, un rato están bien y de la nada les puede pasar algo. Está como más consciente.

**M2:** *¿Cómo siente su relación con su bebé?* Bueno, yo ya aquí estoy más pendiente de ella. Estoy más pendiente de la licenciada que en la casa. Le dan los medicamentos y todo. *¿Y cómo ha impactado esto de que usted está más atenta a los medicamentos con su relación con su hija? ¿Cómo se siente?* Me siento bien. Veo que le están poniendo las medicinas que le tocan y todo. *¿Y usted con ella? Con la bebé. ¿Con ella?* O sea, ya estoy más cerca de ella porque me quedo ahí a dormir con ella y todo. He pasado más tiempo con ella. Buenos días.

**¿Ha habido algo difícil de aceptar al estar en este proceso de hospitalización? ¿Ha habido algo difícil o ha existido algo así un poco complicado de aceptar en este proceso de hospitalización?**

**M4:** Perder a mi hijo. Es un pensamiento que está de vez en cuando

**M3:** Bueno, en mi caso, sí. Cuando a mi hija le pasó lo de... O sea, cuando tuve el primer ingreso. Sí fue un poco difícil en los primeros días aceptar en la situación en la que ella estaba, en la que estaba entubada. En que no sabíamos si iba a tener alguna discapacidad en ese entonces. Y ya después de eso, aceptar ya la realidad en la que ella ya estaba, en que estaba con su discapacidad.

Pero yo pienso que mientras ha pasado el tiempo, o sea, por ese lado ya está como que... Ese dolor ya está como un poco más... Ya no está tan fuerte como al inicio de verla así como estaba. Ahora el temor es así como dice mi amiga. El perderla. El hecho de que lo podemos tener, lo podemos tener ahorita, pero un futuro ya no lo podamos tener. Ok. *¿Hay alguna complicación que ustedes hayan...*

**M1:** Que se agraven más. Que no sea un placer, porque tienen neumonía ya. Porque se agraven más esa enfermedad ya. Eso me dio miedo. Ok.

2: Lo mismo que dijeron las anteriores.

### **Anexo D: Consentimiento Informado para participantes de la Investigación**

Yo \_\_\_\_\_ con C.I.# \_\_\_\_\_

acepto participar voluntariamente en esta investigación: Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en Unidades Críticas Pediátricas.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es Analizar las manifestaciones de la angustia de las madres ante la estancia de los hijos internados en Unidades Críticas Pediátricas por medio de una investigación exploratoria para destacar la necesidad de apoyo psicológico en esta población.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

Fecha: 24 de enero del 2025

## **Anexo E: Transcripción de entrevistas semiestructuradas**

**M1**

**Edad:** 32

**#de hijos:** Tres hijos.

**Palabra con la que se describe:** Alegre y llorona

**Días que llevan internados:** Siete días

**Condición médica:** Neumonía

### **Maternidad**

- **Para usted, ¿qué es una buena madre?**

Estar atenta al hijo, dar una buena educación, ser una buena madre, estar pendiente ahí y ahí. Ok, estar atenta.

### **Hospitalización Pediátrica**

- **¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?**

No he escuchado. No la he escuchado, *¿nunca se la han dicho?* No. Pero bueno, *¿qué opina usted de esa frase? ¿Qué opinaría usted?* Porque siento que el niño te ve que tú llores y tú no llores, pues no. O verlo que tú, o sea, que tienes que estar fuerte, porque si tú no lloras, está tranquilo. Por ejemplo, no sé quién, el antivirus así, pero fue porque quedó en la vida. Oye, *¿por qué estás llorando?* No estoy llorando, le digo. Sí, yo estoy bien. Yo sé que estoy bien cuando lloro, le digo. No, ya se sorprende. *Entonces usted considera que es una buena frase.* Sí.

### **Angustia**

- **¿Qué ve en el video? ¿Cómo se sintió al verlo? ¿Alguna vez se ha sentido así?**

No sé, que está alerta. Si no viene alguien, le roba el dinero que sacó. *¿cómo le hizo sentir ese video?* Como que la angustia, *¿eh?* Sí, *muy bien.* *¿Cómo*

*describiría la angustia? ¿Qué es la angustia para usted? O sea, un sentimiento que, o sea, como la toque, como la toque. Algo como que el corazón te hace daño, no sé. Algo como que tú quieres salir corriendo, algo así, no sé. Muy bien. ¿Se siente en el cuerpo? Claro.*

**a. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?**

*Sí, cuando lo traje y se quedó aquí. ¿Cómo fue eso de que sintió angustia? O sea, me sentí asustada, ¿no? Como algo y no, ¿qué va a pasar? ¿Qué le va a pasar? ¿Se quiere? ¿Va a estar bien? Todo eso, o sea, sentí mi casa y pensamientos vinieron así. ¿Qué pensamientos se le vinieron? ¿Será que le va a pasar algo más grave? ¿Será que lo vamos a salir de aquí?*

**b. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?**

*Eso. Angustia y miedo de saber qué iba a pasar con él.*

**c. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?**

*Por ejemplo, no sé, procedimientos como ponerle escándala o entubar, en el caso de las otras señoras. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar esos procedimientos? Este, como... Es porque uno no sabe, ¿no? Ajá. ¿Qué es esto? ¿Para qué sirve? Por eso yo he preguntado, ¿y qué? ¿A qué? ¿Para qué? Entonces como que me he quedado más tranquila en eso, ¿sabe? Pero por eso lo he hecho ya. Ok. ¿Pero cómo se ha sentido al tener que decidir? Ah, ya. O sea, tranquila. Después de decidir. Y con confianza, ya más que todo. *Cuando ya le explicaron.* Sí. *¿Y antes de que le explicaron?* No, porque no sabía de qué se trataba. Ya, muy bien. Ahora, tengo estas paletas para usted. Dicen sí y no.*

**d. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?**

El apoyo emocional de mi familia. Que está ahí, cómo está el bebé, cómo estás tú, todo eso. Sería el apoyo de su familia.

## **M2**

**Edad:** 32

**#de hijos:** Uno

**Palabra con la que se describe:** Buena

**Días que llevan internados:** Treinta días

**Condición médica:** Requiere un trasplante de hígado

## **Maternidad**

- **Para usted, ¿qué es una buena madre?**

Para mí ser una buena madre, este, ¿cómo lo explico? Es bonito ser mamá. Porque yo primera vez que tengo una hija y es ser bonita mamá porque me siento feliz de tener a mi hija. Porque, este, no, de primero no sabía cómo hacerla. Entonces, ya poco a poco fui, ¿cómo explico? Aprendiendo. Aprendiendo, sí, cómo hacer mamá. Pero, ¿cómo usted definiría, digamos, por ejemplo, si usted ve a su mamá, ¿qué cosas haría una buena mamá? O sea, este, una buena mamá, este, ella nos da cariño.

Sí, ella nos da apoyo, nos dice cómo hacer las cosas, cómo debemos hacerlas. Y ella me dice, así se hace, con paciencia, con manera, se hacen las cosas. Me dice así ella. Que tienes que tener paciencia con tu hija, no tener coraje con ella, porque ella no sabe nada, porque es una criaturita.

## **Hospitalización Pediátrica**

- **¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?**

Que sí, que no le dejen llorar porque les hace daño. No, que le dicen que usted no llore porque le hace daño. Ah, porque le hace daño a la bebé. Dicen que

no llore porque le hace daño a la bebé. Todo eso le hace daño a la bebé. Por ejemplo, que la bebé la vea llorando, le hace daño a la bebé, todo eso.

*¿Y qué opina usted de esa frase? Sí, que está bien. ¿Por qué? Está bien porque no debo de llorar, porque la bebé, después la bebé se enferma, porque me ve llorando. Entonces, ¿cuál sería la solución? ¿Qué haría usted? Entonces, yo debo de no llorar y estar tranquila. De estarme tranquila y no llorar. Bueno, a veces no puedo estar tranquila, pero hago un esfuerzo por no llorar. Sí, hago un esfuerzo. Si no, me voy afuera y saco todo lo que tengo.*

## **Angustia**

- **¿Qué ve en el video? ¿Cómo se sintió al verlo? ¿Alguna vez se ha sentido así?**

Ahí vi que la señora estaba sacando plata. Y de ahí, estaba más atrasito un chico, estaba viendo que estaba sacando plata. Me imagino que era para robarle la plata. Y ahí ella iba que miraba, miraba, miraba, para allá, para acá, para ver si nadie iba y le quitaba la plata. *¿Cómo le hizo sentir ese video? Me hizo sentir mal. ¿Por qué? Mal. Porque la señora fue a sacar su platita y se la quitan, porque necesita para comprar algunas de sus cosas y todo, y no es justo que venga y se la quiten. ¿qué otras emociones aparte de mal sintió? Que sí me asusté un poquito. Sí, está bien, yo también, yo le voy a decir ya otra vez y me sigo asustando. Sí, sí me asusté un poquito. Muy bien, le asustó un poco. ¿Qué es lo que le asustó? O sea, me asusté porque me imagino que le iban a robar a ella, y si le van a robar, me imagino que le van a poner alguna pistola aquí atrás o algún cuchillo. Y de ahí le dicen, dame tú la plata si no te mato. Porque eso es lo que dicen, siempre que nos van a robar, si no me das la plata, yo te mato. ¿Sintió tal vez algo en el cuerpo viendo ese video? Sí, sentí que se me despelucó todo el cuerpo. Muy bien, muy bien. Precisamente yo le vengo a hablar de eso. Hay dos emociones que nosotros a veces tendremos a confundir. Está la ansiedad, una persona ansiosa no se puede quedar quieta, se mueve, habla mucho, o les una las manos, no sabe. Pero hay otro afecto o sentimiento llamado angustia.*

**a. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?**

Sí, yo sí me he sentido angustiada en algún momento O sea, por ejemplo, cuando dicen que hay algún difunto que lo ha muerto y toda la cosa, entonces a mí me da miedo y yo me pongo nerviosa Todo, me entiendo, los pies, las manos, ya me comienzo a dar angustia porque no puedo estar bien Porque dicen del difunto que lo mataron, lo mataron así y todo *¿En algún momento usted se ha sentido angustiada aquí en el hospital?* No, hasta aquí ahorita no. No, no, hasta aquí no

**b. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?**

Uy, ya no está mañana porque está llorando, es que no sé, no sé *¿Algo se le vino a la mente?* Yo me quedé, ¿sabes? Yo me quedé así en blanco, no sabía ni qué responder a ella porque como que, no sé, como que me atacaron los nervios Pero bien fuerte porque no sabía ni qué responder a ella y ahí comencé a temblar, temblar porque estaba nerviosa No sabía ni qué responderle a los doctores ni nada *¿Y luego qué le dijeron como para que usted volviera en sí?* Y a ella ya como que ya me dieron como que una buena noticia de que mi hija salió bien de esa operación Ok Y a ella como que ya cogí como un poquito de alivio y como que ya me fue pasando lo que estaba nerviosa porque temblaba, temblaba los pies Y el corazón como que se me quería salir Ya No sé, así todo estuvo durísimo. Y no sabía qué contestar *porque, ¿qué pasó?* Me atacaron los nervios, o sea, cuando me dicen algo enseguida yo me pongo nerviosa y ya no sé ni qué decir Porque ya me quedo así en shock

**c. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?**

*Por ejemplo, usted me dijo que le entubaron, ¿cómo se sintió en ese momento?* En ese momento yo me sentí, sí me sentí, me sentí mal porque a ella me han entubado *¿Qué sintió?* En ese momento yo me puse a llorar porque yo dije, falta que la doctora me diga algo malo de mi hijita Entonces yo

le pedí a Dios que me la cuidara, que me la curara, que no fuera nada de malo lo que me la iban a hacer, lo que me la iban a operar *¿En ese momento usted no se sintió angustiada?* Sí, ahí sí me sentí un poco angustiada *¿Por qué?* *¿Cómo describiría eso?* Porque ahí no, no, o sea, daba vueltas, daba vueltas, pasaba, pasaba unas horas y no sabía nada todavía de mi hija Y entonces ella me puse un poco angustiada, yo andaba nerviosa porque no sabía nada de ella, porque todavía no me decían cómo había salido de la operación.

**d. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?**

Acostumbrarme a la sala Ya me he acostumbrado bastante porque, o sea, yo sé que no es fácil estar aquí Pero igual uno tiene que estar por sus hijos, tiene que hacer lo posible por estar aquí con ellos Que se recuperen para irnos pronto de aquí

**M4**

**Edad:** 36

**#de hijos:** 4

**Palabra con la que se describe:** Linda persona, buena madre

**Días que llevan internados:** 236 días

**Condición médica:** Paro respiratorio

**Maternidad**

• **Para usted, ¿qué es una buena madre?**

A veces ser buena madre tampoco es que uno está de comer, atenderlos y tantas cosas. Ya. Ser buena madre es ser... Al menos yo con mis hijos soy madre-amiga. Ok. Y más con mi hijo mayor. Yo soy su amiga 100%. Y madre también, porque me dedico a ellos. Estoy con ellos, los aconsejo, les... Una mano es de amiga, la otra mano es de mamá. Bueno. Así. Balancé a las dos. *Ser amiga y ser madre.* Exactamente, pero más en la de madre. Pero mi hijo mayor, que ya tiene 16 años, él ya me lo ha dicho. O sea, yo soy su amiga

100%. Le digo lo que es, lo que no es. Lo aconsejo. Y ser una buena madre es estar pendiente de ellos, en su enfermedad, en todo lo que ellos necesiten.

### **Hospitalización Pediátrica**

- **¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?**

Sí, sí, muchas veces me lo han dicho. Es porque le transmito todo a él. Ya. A pesar que él está como está, pero él sí nos escucha y nos siente. Y cuando yo le lloro a él, él a veces hasta desatura. Y cuando yo le lloro a él, él también llora. *Entonces usted estaría de acuerdo con esta frase.* Sí, sí, por eso ya lo he dejado, pocas veces hacerlo. Y llevo con buena risa. Por primera vez como yo soy con él así. Así soy con él. Porque N. era así. N. era serio, era amargado. Pero yo como mamá siempre le sacaba su sonrisa. Y el papá también, obviamente. Y... Ay no, mi hijo era... Mi hijo era todo. Es todo. Bueno, está bien.

### **Angustia**

- **¿Qué ve en el video? ¿Cómo se sintió al verlo? ¿Alguna vez se ha sentido así?**

*¿Qué puede decir de cómo se sintió? ¿Qué pasó en el video?* Angustia de ver que me vaya a seguir a robar. Y más que me veo sola ahí. Eso. Exacto. Precisamente esta investigación va del lado de la angustia.

Pero la angustia es algo que impacta. Que te deja como en seco. No sabes qué responder. Y no sabes cómo... *¿Qué más puede decir?* Es ese sentimiento que se siente aquí. Es como que me siento angustiado. A veces no sé por qué. A veces sí. Pero lo siento aquí en el cuerpo.

- a. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?**

Sí, me he sentido angustiada. Casi todos los días. Casi todos los días me siento angustiada. Una ansiedad. Sí, sufría de ansiedad. Sí. Y fue horrible mi

proceso. Pero gracias a Dios la he superado. Pero todavía la mantengo. Pero ya la he superado un poco. Ya. La ansiedad. Y la angustia. *¿En qué momento se ha sentido angustiada?* Todos los días casi me siento angustiada. *Un ejemplo.* Cuando voy en el carro manejando. El tráfico. Me angustia ver tanto tráfico. Me angustia estar frena, acelera, frena, acelera. Y la calor y todo eso. Eso me angustia. Eso también me angustia. *¿Y dentro del ámbito hospitalario? ¿Algo que le angustie? ¿O se haya sentido así en algún momento?* Angustiada. Ver al N. ahí acostado. Y ver cómo lo aspiran. Porque es algo del proceso de él. Y eso me da angustia.

Ver cómo él comienza a desesperarse. A toser y a llorar. *¿Y qué siente en esos momentos cuando lo ve aspirándolo?* Angustia. Siento una desesperación. Ganas de sacarlo y dejar a mi hijo como estaba. Pero no. Ya poco a poco ya se va pasando. Ok. Perfecto.

**b. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?**

Porque es parte de su hábito diario. Tiene que ser. Yo he dejado que lo haga. Porque si no lo aspira, él se me desatura o no le pasa algo. Y si lo comienzan a canalizar cuando no le encuentran una venita, también es parte de su proceso. De lo que él está padeciendo. Lo tiene que hacer. *¿Pero se ve esto contrariada? ¿De ser a que lo autorizo? ¿No lo dejo?* Cuando fue la traque por primera vez, sí. Pero no, no, no. Yo sé que le tienen que poner un suelo porque tiene que hacer. Yo sé lo que tiene que aspirarlo porque lo tienen que hacer. Más bien cuando fue la traque por primera vez, ahí sí. Me negaba como dos veces.

**c. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?**

Mi hijo se me murió. Mi hijo se me va a morir. Porque no recibió buenas noticias cuando fue hospitalizado. *¿Algún otro que le haya surgido?* No. Yo cuando a mi hijo lo hospitalizaron, mi mente estaba blanca. No pensé ni imaginé nada. No. *Se quedó como sin respuesta.* Exactamente. No me quedé en nada. *¿Y en blanco?* O sea, era como que le preguntaba cosas y no sabía

nada. No sabía ni qué responder. No sabía ni qué hacer. No sabía si caminar o sentarme o correr. No sabía qué hacer. Yo me quedé hipnotizada, llorando. Ahí fue que ya reaccioné y dije, N. está hospitalizado. Y lo van a intubar. Que sí, fue una reacción, un angustia.

**d. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?**

Sí, sí he recibido apoyo. *¿De qué?* De toda mi familia. *¿Y qué más le ha ayudado a sobrellevar este proceso de hospitalización?* A convivir con todas las enfermeras de aquí. Las enfermeras, las licenciadas, los doctores. *¿Convivir y conversar?* Claro, porque esto de aquí se ha vuelto una nueva casa para todas las personas que tienen más de 5, 6, 7 meses aquí. Porque ya es un lugar donde usted ya tiene que venir todos los días. Sentirse como en familia. *¿Le han permitido?* Exactamente. Me han brindado como sentirme en un hogar, en una casa, porque de todas maneras aquí pasó, aquí pasa mi hijo y yo tengo que estar todo el día.

**M5**

**Edad:** 24

**#de hijos:** Uno.

**Palabra con la que se describe:** Fuerte, en todos lo ámbitos

**Días que llevan internados:** Dos días

**Condición médica:** Él nació con la labio leporino. Entonces tiene esas cirugías. No, *¿desde qué edad comenzó él a ingresar?* *¿Cuántos años tenía la primera vez que le ingresó?* La primera vez que vino acá sería dos años. Dos años. Esto se ha sido y de vuelta de operaciones. Sí. Sí, unas tres veces.

**Maternidad**

**a. ¿Qué ha sido lo más desafiante para usted al convertirse en madre?**

Una buena madre... Ser responsable, estar con los hijos atentos, ya sea en cualquier situación que ellos estén. Así estés enfermo, o yo que se necesiten algo, darles cariño, ser responsable con ellos. Enseñarles también el respeto.

**b. Para usted, ¿qué es una buena madre?**

Lo más desafiante de que... Mi niño vino con, o sea, con dificultades. ¿Qué le digo? Que nació así. Yo no lo sabía. ¿Ya? Eso fue lo más difícil. El impacto de luego darse cuenta.

**c. ¿En qué se diferencia ser madre de *insertar nombre de su hijo* dentro del hospital vs ser madre en la casa?"**

Yo creo que aquí en el hospital es estar así, más al pendiente de él. Claro. Estar ahí al lado de él las 24 horas, en cambio. O sea, también en la casa la responsabilidad también. Sí, pero ahí es casi ya no mucho como que tú le haces ya, le alimentas, lo cambias, todo lo demás. Le tienes limpiquito y luego tú vas a poder hacer tus cosas.

**d. ¿Cómo describiría la experiencia de tener un hijo hospitalizado?**

Muy complicado. *¿En qué ámbito?* En el ámbito de que tú a veces eres de lejos y a veces, por ejemplo, tú vienes sola. O sea, en mi caso yo vine sola y pensé irme hoy día, pero me dijo el doctor que no, mañana. O sea, posiblemente lunes, pero como yo le dije que estoy pagando la cirugía, no estoy por medio del seguro, entonces me dijo que mañana posiblemente viene a darme de alta. A veces, por ejemplo, la economía, uno está con los justos pagando la cirugía, entonces a veces si te hace quedar más diez es como que cuánto más de dinero más nos pedirán, esas preocupaciones.

### **Hospitalización Pediátrica**

**a. ¿Qué es lo más impactante que vió la primera vez dentro del áreas Críticas Pediátricas?**

Impactante, no he visto nada. *¿Nada que le haya llamado la atención?* No, porque, o sea, bueno, a ver, lo más impactante es que, por ejemplo, aquí

tienes que estar lavándote las manos a cada momento que sales, ingresas, así. Y más tienes que estar bien... ¿Cubierto? *Cubierto, también. Pero me refiero a impactante algo visual que usted haya visto y le llamó mucho la atención o algo así.* No, no he visto nada hasta ahorita. Ok. O sea, el tiempo que yo he venido, o sea, las dos veces que vine acá, no. Ok. No he visto a nadie.

**b. ¿Qué acciones dentro del hospital pueden llegar a alterarla o a inquietarla?**

No. Nada, no sé, noticias, no sé, sonidos, algo. Noticias de que, de lo que se, o sea, de aquí, de este hospital, creo que sí escuché el otro año, que dijo que se había muerto alguien. No, eso, nada más, pero yo... *¿Eso la alteró?* No, yo lo tomé como porque en mi caso, o sea, escuché las noticias, pero todo ese tiempo que he estado aquí, al momento que he estado aquí, no, no nada eso.

**c. ¿Se siente libre de expresar sus sentimientos en las Unidades Críticas Pediátricos?**

Sí, porque así, por ejemplo, si uno le dice esto y en esa situación, o por ejemplo, ahora mismo, yo no pensaba quedarme, pero igual yo no traje ropa, entonces yo lo conversé y me dijo, bueno, vamos a ayudarle, entonces ya me fui. *¿La han apoyado?* Sí. Personalmente. Sí.

**d. ¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?**

De que es verdad, por ejemplo, es que uno como madre, o sea, los niños también sienten eso, que uno está llorando, preocupado, entonces uno como madre toca ser, en esos casos, como le dije, hay que ser fuerte. Sí, a veces sí, como estar aquí solos, todo eso sí nos dificulta bastante estar a llorar, saldrá bien, no saldrá bien de la cirugía, entonces. *¿Se le dificulta no expresarlo?* Sí, no, cuando tú vienes sola, no tienes con nadie a quien expresarle, y ahora, entonces, como que ahí tienes que ser bastante fuerte. Entonces usted, *¿dónde se desahogaría o no tiene un lugar, por así decirlo?* No, yo, bueno, en mi caso es que siempre el de arriba, Dios.

**e. A partir de la hospitalización ¿ha notado algún cambio en su forma de relacionarse con su hijo?**

No, no creo, solo hay que tener más cuidado. Le dijo tranquilo, no hables de eso. *¿No hables?* Sí, es que él, por ejemplo, quiere hablar, todo eso, y como recién está hecho la cirugía, entonces tranquilo. Sí, porque en mi caso, por ejemplo, yo vivo con mis papás, entonces a él le hace falta, es mi papá, mi mamá, entonces a cada momento pregunta por ellos. Entonces ahí yo tengo que decirle, ya nos vamos tarde, si tú lloras, no nos van a mandar, no podemos ir a ver. Entonces él es como que ya se tranquiliza.

**f. ¿Ha habido algo difícil de aceptar al estar en este proceso de hospitalización?**

Nada difícil de aceptar.

**Angustia**

- **¿Qué ve en el video? ¿Cómo se sintió al verlo? ¿Alguna vez se ha sentido así?**

*¿qué me puede decir del video?* De que le van a robar. Ya, está bien. *¿Qué emociones o sentimientos?* Ella está insegura, está con miedo. Ok, *¿y a usted qué le produce?* *¿Le sorprendió o algo?* Yo creo que no. *¿No le sorprendió?* *¿No le dio un poquito de temor por ella o algo?* O sea, por ella sí. O sea, sí, porque imagínese, póngase que ese dinero sea para alguna medicina o algo y luego le roban. *¿Y ella qué hace?* Y después de que si le roban, *¿qué va a pensar?* *¿Dónde sacó el dinero?* *¿Cómo sacó?* *¿Cómo hago?* Tal vez fue dinero para algún alimento o algo, una necesidad que ella tiene. eso, a veces la necesidad puede conllevar a muchas cosas. Ok, *¿y ella cómo debía sentirse en ese momento?* *¿Qué va a hacer si le roban?* *¿Cómo cree que se sintió?* Porque se ve que se está girando. *¿Cómo debía sentirse?* *¿Qué?* *¿Ahora qué va a pasar?* Con miedo ella está, ella está con temor.

Angustia, de que no sabe lo que va a pasar. *Ya, ¿qué más?* De que, por ejemplo, como le dije, de las operaciones. No sabe si va a salir bien o no. Está como que tiene eso, tiene eso así presente. *¿Qué es lo que se siente en el cuerpo?* Como que algo, como un escalofrío. Y es como que no puedes responder y es este sentir en el cuerpo de que algo está malo y no entiendo

muy bien qué es lo que está pasando. Por ejemplo, en mi caso se murió un tío. Un día nosotros bajamos, yo vine de la universidad y justo había venido mi tío, pero no me di cuenta porque me imagino que él se subió en otro lugar, más primero que yo. Entonces ese día le vimos y justo él vive por J, él vive por ahí. Entonces había venido porque estaba en su tratamiento de, no sé cómo, pero le hacían las quimios. Y ya pues como hoy vivía allá, como es el hermano de mi papi, venía a veces de la casa o a veces de mi hermana, que vive más allá de mi casa.

Entonces ese día le vimos y fue impactante que a la noche se murió. Escuchamos y mi hermana llamó a la casa, como mi papi tiene un carrito para que le saque al hospital. Y de ahí solo mi papi, mi papi como a la noche no puede mucho manejar, entonces le dijo que le iba a otro carro. Y luego lo fue llevando, le subieron al carro. Mi papi me dijo que lo subieron al carro y es como que él se quería botar por la ventana. *¿Quién fue tu papá?* Mi tío. La desesperación, no sé, yo no sé que sintió algo. Y luego llegó al hospital y ya, muerto. *¿Y usted cómo reaccionó?* O sea, sorprendente porque le vimos en la tarde. O sea, no bajó a mi casa a dormir con mi papi, no, bajó con mi hermana. Y nosotros, o sea, sorprendidos de cómo va a pasar si le vimos hace unas horas más, porque qué hora sería, tipo seis y media, tipo nueve de la noche y ya fallé. Muy impactante.

**a. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?**

Sí, ayer, ayer mismo, ayer, porque entró a la cirugía y la otra vez no se demoró tanto, se demoró dos horas, dos horas y media. Yo ya estaba sentada, dije no, ya en las dos horas voy a salir. Y ya no, ya pasaron ya como tres horas, casi cuatro horas y media se demoraron. Y yo, ya que hoy ya me paré y estaba caminando de acá, ya le iba a preguntar al guardia. Y entonces dije no, voy a esperar veinte minutos más. Si ya no me llaman, ya entro adentro y pregunto. Entonces, en el lapso de ese tiempo me llamaron. *¿Qué pasó por su mente?* Chuta, no sé qué pasó, o tal vez fracasaron, o tal vez se murió y no me quieren decir nada. En mi mente pasó muchas cosas, porque ya pasó el límite de tiempo que la otra vez. Entonces, sí, sí fue bastante ayer.

**b. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?**

Bueno, su hospitalización, casi no mucho, porque ya le digo, ya estoy allá. Pero el día anterior lo hospitalizan, el siguiente día mañana nos vamos. Entonces, ahora es como que, ¿y ahora qué voy a hacer? ¿Y la primera vez, cómo se sintió que tuvieron que internarlo? Sí, porque, no, sí estaba pendiente, o sea, sí yo estaba en eso, o sea, sabía lo que venía. Sí sabía que no es que te mandan enseguida o no. Tienes que quedarte por lo mínimo un día.

**c. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?**

De que, con esa responsabilidad de que yo le doy la firma, entonces, por ejemplo, toda la responsabilidad está en mí. ¿Y eso cómo se siente? ¿Cómo se siente? Bastante como que preocupada. Es que yo firmo esto y llega este proceso, no sale bien, y ahora, luego me dicen que usted misma autorizó, entonces. Hay ese temor, tal vez. Sí.

**d. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?**

Mi hijo, porque si yo estoy bien, él también está bien. Si a mí me ve llorar, él empieza a llorar igual. Y debo estar bien por él.

**M6**

**Edad:** 37 años

**#de hijos:** 2

**Palabra con la que se describe:** Fuerte

**Días que llevan internados:** 1 mes (2 en quemados, 1 en pensionado) estuvo en clínica privada. 3 días es total

**Condición médica:**

Porque H se quemó. Tiene una quemadura que fue en un sauna. Ya. Con vapor, nada más. Pero se le hizo la limpieza adecuada, pero en quevedo con un doctor de medicina general. El día lunes y martes. Pero a ver que no tenía... Comenzó a hincharse la pierna. No sabíamos por qué era. Entonces acudí, la traje el día miércoles, acá en la mañana. Entonces la revisó el doctor. Y me dijo que no, que tenía infectado. Porque tras de lo que se quemó, se metió al mar. Entonces parece que el agua salada, la arena, el sol y todo eso le hizo daño. Entonces se la trajo acá. Ayer la metieron a cirugía. Y ahorita la dejaron en cuidados aquí porque esta área es más restringida para las bacterias y todo eso.

## **Maternidad**

**a. ¿Qué ha sido lo más desafiante para usted al convertirse en madre?**

Porque yo la tuve muy joven. Que fue a los 22 años. Entonces ser mamá joven cuesta bastante. Pero bueno, para mí nunca fue un obstáculo ellos. Nada por el estilo. Entonces... Como ella fue la primera. Yo siempre estuve con ella cuidándola. Aunque tengo mi trabajo y todo. Pero siempre he tratado de estar un tiempo con ella. Dándole, dedicándole el tiempo que ella necesita.

**b. Para usted, ¿qué es una buena madre?**

Bueno, ser una buena madre... En los aspectos... A veces nosotros como mamá decimos... Te doy ese retorno. No creo que sea todo eso. Siempre viene con el cariño, el amor, la comprensión. Entenderlos como hijos. Y... Educándolos. Y dándoles buenos ejemplos.

**c. ¿En qué se diferencia ser madre de *insertar nombre de su hijo* dentro del hospital vs ser madre en la casa?"**

Fuera... Ella es un poco más... Tiene conversación con uno, pero no mucho. Se mantiene. Porque nosotros siempre estamos trabajando. Entonces tenemos un horario que llegamos a la casa. Entonces el tiempo que ella tiene... Conversa con nosotros, pero no tanto. Ahorita acá... Ha demostrado... El diálogo con ella es un poco más frecuente. Conversa más. Ella a nosotros...

Nos quiere, pero como yo le digo a ella... A su manera como que no lo demuestra mucho. Porque yo he sido de las mamás que siempre he trabajado. Entonces ellas han pasado con alguien que los cuide. Entonces el tiempo que yo llevo a la casa... Yo se los dedico a ellos. Converso con ellos, pero... A veces entra ya una etapa de una adolescencia que es un poco bien complicada. Y saberla sobrellevar. Entonces con ella acá... Ahorita... ¿Para qué? Y siempre ella es la mamá. Una cosa, la otra. Entonces ahora ambas nos ha costado esto. Porque nunca he estado internada. Primera vez. Cuando dice la mamá y esto y lo otro significa que la llama a usted. Ajá. Es conmigo. ¿Con quién se crió ella? Conmigo y el papá. Solamente que no somos casados. Estamos juntos. Tenemos 17 años juntos. Listo. Ok. Pero como pareja... Ella es mamá pegada a mí. ¿Cómo pareja? Ajá. Papeles no, pero sí son una pareja. Yo he estado desde el momento que he nacido con el papá.

**d. ¿Cómo describirías la experiencia de tener un hijo hospitalizado?**

Para mí, tenerlo aquí es una experiencia de verdad que he llorado. Para mí es triste verlo ahí porque nunca he estado en esta situación. Y peor verlo cuando me lo metieron al quirófano. En el momento que le iban a poner anestesia. Entonces, no... Yo con ella nunca he estado así separadas. Siempre hemos estado juntas. Y estar ahora que me toca dejarla, de verdad que... A lo que ya terminan las visitas, a mí se me parte el corazón dejarla ahí. Pero... No sé, los primeros días... Mami, no te vayas, pero... Toca irse. Entonces, es duro. Muy duro estar acá.

### **Hospitalización Pediátrica**

**a. ¿Qué es lo más impactante que vió la primera vez dentro del áreas Críticas Pediátricas?**

*Sobre el área de quemados. O tal vez de otra área.* Lo que más me impactó cuando entré... Fue ver tantos niños en estado crítico. En UCI, porque justamente estaban pasando unos niños. Me imagino que era de... Porque era cardiología. Entonces, niños muy pequeños. Y se me vino la imagen de mi hijo. Entonces, si me pongo en la posición de esos padres que tienen acá a

sus hijos... En esta área, que es algo crítico. Entonces... Cuando yo venía para acá, yo me imaginé ver a mi hija con... En el área donde estaban todos los niños que están en estado crítico, quemados. Pero me di cuenta que no era acá. No era así. Entonces... Impactante para mí entrar y cuando... Peor, cuando me dejaron para el área de quemados. Yo dije, ¿por qué me la llevan allá? ¿Qué es lo que pasa en realidad? Y no me dicen. Es que no saber... No. Yo me imaginaba eso. Porque una vez, por equivocación... Yo tenía 17 años. Y andaba con una prima que estaba haciendo tender. Y... Antes no eran tan restringidas las cosas. Entonces, por equivocación, me pasé a un área que no era. Y era en estado crítico de los niños quemados. Donde los tienen vendados. Y... Cuando me dijeron, ella va al área de los niños que están quemados. Se pregunté a los doctores, ¿por qué? ¿Qué pasa con H? En realidad, ¿qué pasa con la quemadura? ¿Por qué va a esa área? Entonces, ahí me supieron explicar.

Yo dije, ¿qué pasa? ¿Cuál es la verdad? ¿O qué es lo que está pasando con ella? Pero ya cuando el doctor habló conmigo, me hizo pasar. Me explicó qué era lo que pasaba. (Referente a por qué se quedaba en quemados)

**b. ¿Qué acciones dentro del hospital pueden llegar a alterarla o a inquietarla?**

¿Inquietarme aquí? Le cuento que yo siempre he confiado mucho acá. Pero así... Sí soy muy preguntona con los doctores. Cada cosa que se la ponen a mi hija, le estoy preguntando. Porque alguna inquietud que yo tenga... De algo que yo vea, estoy preguntando. ¿Y por qué esto? ¿Por qué lo otro? Entonces... No. Sí la inquieto. Porque en la farmacia que hay, en esta farmacia, no solamente venden medicamentos. Ahí no venden absolutamente nada más. De ahí no lo tengo. Inquietud, pero eso sería de duda. De duda de todo. No de que la sorprendió algo, por así decirlo.

Bueno, lo que me sorprendió de mi hija es un momento restringido en los celulares. Sí. Absolutamente nada. Y acabé de entender por qué. Ni siquiera ahorita estaba pidiendo a ver si podía traerle un libro. Tampoco me dejó. *Los celulares no. Por lo que tiene muchas bacterias. Exactamente.*

**c. ¿Se siente libre de expresar sus sentimientos en las Unidades Críticas Pediátricos?**

Yo estoy muy bien. Yo observo, pero soy un poco reservada. Y no... Lo que sí trataron fue el día que llegué nada más. De porque estaba llorando. De calmarme. Pero de ahí no. Yo observo nada más. Pero no.

**d. ¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?**

*¿La he escuchado alguna vez?* Aquí en el hospital. No. *¿Y qué opinaría de esa frase?* Yo soy de esas... Aquí no la he escuchado. Pero mi mamá siempre me dice... No llores delante de H. Tienes que ser fuerte. Entonces... Porque ellos se preocupan.

Yo creo que los hijos viendo que un padre llora y... Lo de llorar piensan ellos que tienen algo. Pero a veces no es así. Si no, uno llora de la impotencia de no poder hacer nada. Y de verlos ahí. De ver qué es lo que está pasando. Entonces... Eso es. Pero... Yo no he llorado. Ella no. No me ha visto hasta ahora. Ese día lloré. De lo que me dijo el doctor y todo. Pero de ahí no.

**e. A partir de la hospitalización ¿ha notado algún cambio en su forma de relacionarse con su hijo?**

Sí. Dialoga más conmigo ahorita. Conversa bastante. Se acerca más.

**f. ¿Ha habido algo difícil de aceptar al estar en este proceso de hospitalización?**

Sí. *¿Qué sería?* El aceptar lo que el doctor me dijo. Que si no ven recuperación hasta el día martes... ...tendrían que hacerle un injerto de piel. Entonces, algo que eso me tiene sumamente mal.

**Angustia**

*¿Qué se le viene a la mente cuando le digo, la palabra angustia?* Estar en una situación... ...que sepa de algo que no puedo resolverlo. Algo que mi hija tenga y no sepa qué hacer.

*¿Cómo cree que se siente la angustia o la ha sentido alguna vez?* Yo creo que angustia es más preocupación... ...que una angustia. Uno se preocupa...

...se pone mal. Hay momentos que uno no... Yo soy de las personas que...  
...que la mente se me queda como en blanco y no escucho. Simplemente se  
me queda todo, me parece. Se me queda en blanco y como que estoy ida.  
Cuando me pasa eso, alguna cosa, una noticia o algo.

**a. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?**

No. Te cuento que no. Yo he tomado las cosas y he sido un poco más fuerte.  
En ese sentido, sí. Pero ayer que salí de acá... ...me quedé saliendo del  
hospital como le dije. En blanco. Ni siquiera con la tarjeta podía salir. Me  
bloqueé. Me bloqueé totalmente. *Esas son manifestaciones de angustia.*  
*Estos bloqueos. No saber qué reaccionar.*

**b. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?**

En el hospital bueno, en principio no se me vino nada porque me dijo bueno,  
la vamos a dejar internada hasta ver cómo va la limpieza, nada más. Pero sí  
el rato que ya le vieron la herida, la quemada y me dijo tengo que ingresarla.  
Tengo que meterla al quirófano para... Bueno, a mí fue un... Me quedé como  
en shock. ¿Por qué? ¿Qué pasó? Y me dijeron algo que no asimilaba sino  
mal. Entonces ahí me puse a llorar ...porque qué es lo que van a hacer.  
Y ahí el doctor me explicó las cosas. Y lo he tomado con calma. El... Cuando  
ella salió ya del quirófano... ...el verla como salió... ...después de la anestesia...  
...para mí sí fue muy duro. ¿Por qué? De verla como estaba... ...en la cama...  
...acostada, dormida... ...cosa que nunca... ...nunca he pasado con ella...  
...porque nunca he estado por un quirófano. Primera vez que le ponen  
anestesia... ...ver la reacción de ella.

**c. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?**

Me he sentido... mal. Porque me hacen firmar una cosa. Entonces, siempre  
uno tiene que estar leyendo... ...una autorización para poder ponerle una  
anestesia. He preguntado... ...qué componente le van a poner. ¿Qué es esto?  
¿Por qué ella es alérgica a esto? No pueden ponerle lo de acá.

Entonces, a cada rato cuando me dicen tienen que firmar esto. ¿Para qué es? ¿Qué es lo que va a pasar? ¿Qué es lo que van a hacer? Entonces, sí, soy de las personas que leo... ..antes de firmar y preguntar. Están bien atentos.

**d. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?**

Le cuento que el apoyo de mi familia, de mi mamá, siempre han estado ahí y eso sirve muchísimo los consejos más que todo uno aquí está solo entonces a veces sí es duro y los consejos de mi mamá, de mi hermano, de mi familia el apoyo, aunque no sea físicamente sino moralmente, yo creo que sirve mucho.

**e. “Si pudiera dejar un mensaje para otras madres que pasan por esto, ¿qué les diría?”**

*¿Qué le gustaría decirle?* Hay que tener paciencia para que se puedan recuperar y la recuperación es lenta en esta área pero uno como madre tiene que ser paciente y saber que después de Dios estamos médicos entonces hay que tener mucha paciencia y el amor que uno le tiene a los hijos es muy grande.

**M7**

**Edad:** 24 años.

**#de hijos:** 1

**Días que llevan internados:** 21 días

**Palabra con la que se describe:** En estos momentos no, no sé, *pero en otros momentos, ¿qué diría?* Alegre. Soy alegre, muy bien, es una buena palabra, aunque en este momento no, pero generalmente usted dice yo soy alegre.

**Condición médica:**

Un accidente con un juego pirotécnico. Perdió sus deditos

**Maternidad**

**a. ¿Qué ha sido lo más desafiante para usted al convertirse en madre?**

Ver a mi hijo crecer. ¿En serio? ¿Por qué ha sido eso desafiante? Desafiante porque no sé cómo va a pasar día a día, imagínese. Yo ahorita estoy aquí, pasando todo esto.

**b. Para usted, ¿qué es una buena madre?**

Nadie es buena madre. Incluso todos pueden decir que eres mala madre. Ahorita me pueden estar tratando de mala madre por todo esto, pero no. Todos cometemos errores en estas vidas, nadie es perfecto. No existe.

**c. ¿En qué se diferencia ser madre de *insertar nombre de su hijo* dentro del hospital vs ser madre en la casa?"**

O sea, las actividades que hace tal vez, y ser mamá de él fuera del hospital, en la casa. Que me toque hacer las cosas por él, porque él es muy independiente. Él es muy independiente. Sí. Afuera sí es súper independiente, le gusta servirse solo su comida. Si tiene cereal y puede comerse solito, se coge y se sirve.

**d. ¿Cómo describirías la experiencia de tener un hijo hospitalizado?**

Muy difícil. Es una situación demasiado difícil. ¿Por qué? ¿Por qué? Por mí fuera, yo estuviera en el lugar de mi hijo. Para que él no pase todo lo que ha pasado ahorita. Pero no se ha podido. No. Ya me toca pasarlo con él. No de la misma manera que él siente, pero aquí tengo que estar. Como tú igual sientes. Claro. *¿Esta es la primera vez que usted también está hospitalizado?* ¿Igual aquí? Sí. La primera vez. Nunca había estado. O sea, dio luz y se fue. Claro, *Entonces esto también es nuevo para ustedes.* Súper nuevo.

**Hospitalización Pediátrica**

**a. ¿Qué es lo más impactante que vió la primera vez dentro del áreas Críticas Pediátricas?**

Ver a tantos niños. Ver a tantos niños pasando por tantas cuadras diferentes. *¿Hubo algo en específico que le sorprendió tal vez?* Sí, ver a los... Porque una vez me tocó entrar a UCI a dejar un documento y ver tantos niños intubados. Tantas cosas. Difícil. Difícil de ver.

**b. ¿Qué acciones dentro del hospital pueden llegar a alterarla o a inquietarla?**

No, antes que no. Desde que entré ha estado todo bien. No, no. Por ejemplo, si la llaman a hablar con el doctor, ¿usted se inquieta? Bueno, eso sí. Como que no quiero una mala noticia.

**c. ¿Se siente libre de expresar sus sentimientos en el Unidades Críticas Pediátricos?**

Sí, claro. Sí, las doctoras, las enfermeras, sí. Me han dado, o sea, como que pues a su hogar, tranquila. El apoyo de que todo va a estar bien. Cada cosa que pasa igual me la comentan.

**d. ¿Qué opina de la frase, “no llore porque le hace daño al niño”?**

*¿La ha escuchado?* No. Siempre me dice desahógese pero no enfrente de él. Para que no sienta, no vaya a sentirse mal. Ok. Y de esta frase, no llore porque le hace daño al niño, *¿qué opina usted?* Que está muy mal. Muy mal. Porque uno tiene que desahogarse porque si no lo hace, ahí es donde vienen más consecuencias.

**e. A partir de la hospitalización ¿ha notado algún cambio en su forma de relacionarse con su hijo?**

Sí, ha mejorado más. Aunque siempre ha sido bien. Siempre hemos sido como que él y yo. *¿Y en qué ha mejorado?* No tanto porque igual tuvimos esa comunicación que hablábamos así. Como que más, es más mami, mami, mami, mami. Aunque siempre ha sido así pero ahora es más como que un poquito más independiente de mí. *Ya. Más dependiente aquí.* Sí. *¿En qué sentido?* En el sentido pues que tengo que darle a ir a comer, ayudarlo por ir al baño, ayudarlo a lavar sus dientes, cosas que él ya hacía solo. *Ya más dependiente entonces.*

**f. ¿Ha habido algo difícil de aceptar al estar en este proceso de hospitalización?**

Ahora, en este momento, de lo que perdió sus deditos. Ya. Ha sido difícil porque recién me enteré ayer. *¿Se enteró ayer de qué?* De que perdió sus deditos. *¿No lo había comentado?* No, le habían quedado dos pero ayer habló la doctora conmigo y le pregunté sobre ese tema y me dijo que él los perdió los que tenía. Entonces ya no tiene deditos. No. *¿Él lo sabe?* No. *¿Todavía no sabe cómo decírselo?* No.

### **Angustia**

*¿Qué le provocó ese video, por así decirlo?* Angustia, porque toda persona siente eso. Muy bien, perfecto. Justo hoy usted ha dicho la palabra clave de lo que vamos a hablar.

#### **a. ¿Alguna vez se ha sentido angustiada? ¿Cómo describiría este sentimiento?**

Sí. *¿En qué momento?* En el momento que pase todo esto. Ok, *¿cómo describiría esta angustia?* Angustia al ver a mi hijo, porque fue un golpe en seco cuando pasó todo esto y me quedé en shock. *¿Por qué mi bebé?* *¿Cómo se sintió también?* Fatal. *¿Al nivel del cuerpo sintió tal vez algo?* Sí, un decaimiento total, como que ya, ya me desmayaba. *¿Tuvo alguien que le ayudara en ese momento?* Mi familia, mi hermana, estuvieron ahí como que no, tienes que ser fuerte por el bebé que está aquí.

#### **b. ¿Qué pensamientos llegaron a su mente en el momento en que se enteró de que su hijo estaría hospitalizado?**

Hacer todo lo posible por él. Buscar siempre los mejores médicos y tratar de pensar positivo.

#### **c. ¿Cómo se ha sentido al tener que autorizar los procedimientos que se le realizan a sus hijos?**

Un miedo, sentí un miedo cada vez que lo veía entrar al quirófano, saber qué iba a pasar y pedir que todo salga bien. Cuando le decían, tenían que firmar *¿verdad?* Claro. *¿Cómo se sentía ahí?* Como que ya me daba miedo cuando me tocaba hablar con los doctores, como que miedo de que no quiero malas noticias, quiero que todo salga bien.

*¿y estos procedimientos que usted comenzó, no los entendía o sí? ¿Cómo lo hizo? No tanto, pero pues ya poco a poco fui entendiendo porque no fueron uno sino que fueron cinco. ¿Cinco procesos? Sí, cinco procesos en cada entrada al quirófano, de curar, que tenían que quitar algo ¿eran curaciones? Curaciones y entradas al quirófano.*

**d. ¿Qué aspectos han sido más significativos para usted y le han brindado apoyo para sobrellevar este período y manejar la angustia?**

El ponerme a pensar, el ponerme a pensar bien, que todo es por el bien de él y que el tema fue que me voy a ir con él en cualquier momento y también lo mismo le digo a él. Ok, *¿ha sido ese pensamiento lo que le ha ayudado a seguir adelante?* Claro, igual también hablar ciertas cosas, porque igual no es que hable del todo junto, pero sí trato de desahogarme para no sentirme tan angustiada aquí. *¿Con quién?* Con mi pareja.

**e. “Si pudiera dejar un mensaje para otras madres que pasan por esto, ¿qué les diría?”**

Ser fuerte porque todo es un proceso que quizás debemos pasar. Muy bien. Eso ha sido una clase que usted le ayudó a seguir adelante. Claro, yo como que ya he entendido que tal vez tenía que pasar por todo esto para mejorar en algo, cambiar algo.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Carrillo Carrera, Laura Sofía**, con C.C: # **0925187296** autor/a del trabajo de titulación: **Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la 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.- Autorizo 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.  \_\_\_\_\_

Nombre: **Carrillo Carrera, Laura Sofía**

C.C: **0925187296**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Manifestaciones de angustia en madres con hijos internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos.		
AUTOR	Carrillo Carrera, Laura Sofía		
REVISOR/TUTOR	Gómez Aguayo, Rosa Irene		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Carrera de Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de febrero de 2025	No. PÁGINAS:	212 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Tratamiento médico, Pediatría, Apoyo Psicológico; Psicoanálisis.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Angustia; Madres; Hospitalización Pediátrica		
RESUMEN/ ABSTRACT:	<p>Esta investigación tuvo por objetivo analizar las manifestaciones de angustia de las madres ante la internación de sus hijos internados en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por medio de una investigación exploratoria-descriptiva para destacar la necesidad de apoyo psicológico en esta población. Además, se analizó la experiencia de maternidad en ambientes hospitalarios y los efectos de estos últimos. Se realizaron entrevistas a expertos y el Test de Apercepción Temática, entrevistas semiestructuradas y grupo focal con las madres. Se concluyó que sí existe angustia y se expresa a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. La experiencia de maternidad en hospital se vive con culpa por la internación del hijo y angustia ante la posibilidad de muerte y las secuelas que dejan los procedimientos médicos sus hijos. La hospitalización impacta trae fantasías de muerte, secuelas de enfermedad, angustia al autorizar los procedimientos médicos y el factor económico, destacando la necesidad de apoyo psicológico para tramitar los aspectos ya mencionados.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2210125	E-mail: laura.carrillo@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		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			