



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

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rem.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v9i1)

# **MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA EN MADRES CON HIJOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

**MANIFESTATIONS OF ANXIETY IN MOTHERS WITH  
CHILDREN ADMITTED TO THE PEDIATRIC INTENSIVE  
CARE UNIT**

**Rosa Irene Gómez Aguayo**

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil – Ecuador

**Laura Sofía Carrillo Carrera**

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Ecuador

**Sebastián Andrés Naula Rodríguez**

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil – Ecuador

**Guillermo Andres Reyes Sánchez**

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Ecuador

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i3.17716](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17716)

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

**Rosa Irene Gómez Aguayo<sup>1</sup>**

[riga3005@gmail.com](mailto:riga3005@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-0356-7405>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
Ecuador

**Laura Sofía Carrillo Carrera**

[sofycarrillo2002@gmail.com](mailto:sofycarrillo2002@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0008-6970-7780>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
Ecuador

**Sebastián Andrés Naula Rodríguez**

[andresnaula.r@gmail.com](mailto:andresnaula.r@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0002-9558-7969>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
Ecuador

**Guillermo Andres Reyes Sánchez**

[guillereyes21dri@gmail.com](mailto:guillereyes21dri@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-3816-2197>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
Ecuador

### RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo analizar las manifestaciones de angustia de las madres ante la internación de sus hijos en una 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 parcial 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 el hospital se vive con sentimientos de culpa por la internación del hijo, y angustia ante la posibilidad de muerte y las secuelas que dejan los procedimientos médicos de sus hijos. La hospitalización impacta y trae fantasías de muerte, así como angustia al autorizar los procedimientos médicos y enfrentarse a la posibilidad de perder a su hijo y las secuelas de la enfermedad.

**Palabras clave:** angustia, madres, hospitalización pediátrica, unidad de cuidados intensivos pediátricos, apoyo psicológico

---

<sup>1</sup> Autor Principal

Correspondencia: [riga3005@gmail.com](mailto:riga3005@gmail.com)

## **Manifestations of anxiety in mothers with children admitted to the Pediatric Intensive Care Unit**

### **ABSTRACT**

This research aimed to analyze the manifestations of angst in mothers facing the hospitalization of their children in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) through an exploratory-descriptive study, highlighting the need for psychological support in this population. Additionally, the experience of motherhood in hospital settings and its effects were examined. Expert interviews were conducted, along with the partial application of the Thematic Apperception Test, semi-structured interviews, and a focus group with the mothers. The study concluded that angst is present and expressed on emotional, physical, cognitive, and behavioral levels. The experience of maternity in the hospital is marked by guilt over the child's hospitalization and anguish over the possibility of death and the long-term effects of medical procedures on their children. Hospitalization impacts and brings with it fantasies of death, anguish when authorizing medical procedures and confront the possibility of losing their child and the sequelae of illness.

**Keywords:** angst, mothers, pediatric hospitalization, pediatric intensive care unit, psychological support

*Artículo recibido 15 abril 2025*

*Aceptado para publicación: 15 mayo 2025*



## INTRODUCCIÓN

La época actual está marcada por un tinte de inestabilidad psicológica que afecta a los individuos. Subjetividades más endebles porque no hay garantes de seguridad, los sujetos son 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... a la realidad misma, hace que la vida humana se convierta en algo totalmente efímero... Nada es constante y duradero. Ante esta falta de Ser surgen el nerviosismo y la intranquilidad” (p.32). En nuestras sociedades, la ecuatoriana concretamente, la constante alerta ante la delincuencia, la inconsistencia política y las fracturas del núcleo familiar contribuyen a un sentimiento persistente de desamparo, con la consecuente aparición de angustia. Desde el psicoanálisis, se observa un “decaimiento del Nombre del Padre” que puede ser representado como la caída de las grandes instituciones que tradicionalmente sostenían esta figura (Cando, 2017). Ya nada es seguro, todo está teñido de corrupción y esto impactan a nivel subjetivo. Esta situación lleva 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. La vida sigue su ritmo, cargando las mismas demandas; pero, ahora con subjetividades más frágiles.

En el entorno hospitalario convergen elementos desencadenantes 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 profesional en contextos hospitalarios en Guayaquil, Ecuador, despierta el interés por explorar cómo el contexto hospitalario puede ser contingente y generar angustia en las madres de los pacientes internados. Con base en la praxis, se ha podido extraer que, juntamente con los diagnósticos y pérdidas, el malestar se remontaba más allá. Por ello se abre esta pregunta sobre hasta qué punto el ámbito hospitalario propicia condiciones de angustia en quienes se insertan en él. Primero, es importante definir la experiencia de maternidad en este nuevo espacio suspendido, cómo es vivida la hospitalización. Luego, es pertinente preguntarse acerca de la angustia en las madres y su relación con la hospitalización, y con el hecho de asumir su función en condiciones estresantes.



## **Justificación**

El concepto de angustia adquirió mayor relevancia tras la pandemia, a pesar de que Freud la describe desde el siglo XIX. La OMS expone un aumento del 25% de prevalencia de ansiedad y depresión en la población mundial 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, a través de entrevistas a 100 trabajadores, describe los aspectos que en ellos causó esta crisis humanitaria. Entre sus conclusiones, expresan 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 los hospitales. Además, dar tratamiento a la carga emocional de las madres ayuda directamente a la mejoría de los pacientes pediátricos. Estudios publicados como el de Morales, S., Brown, K. M., y colaboradores (2017) encuentran que las madres con ansiedad transmiten este malestar a sus hijos, poniendo a los niños hiperalertas ante las amenazas del entorno. Aportar a la salud mental de la madre repercute en los hijos, en una hospitalización menos angustiante y en tiempos de recuperación menores.

## **La angustia**

Freud indagó acerca de aquello que nos aterra-conmueve, conceptualizando lo *unheimlich* como algo que al comienzo parece tener una cara familiar y por detrás es siniestro. Dirá que lo que asusta no es lo externo, sino lo propio (entendido como lo pulsional), que remite a un momento de desprotección infantil y deja al sujeto en las mismas condiciones en la adultez al enfrentarse a un hecho similar (Freud, 1919). Lacan retoma esa idea, pero hablará de lo real: esto escapa al registro de lo simbólico y lo imaginario, aquello que no puede ser entendido y abstraído. Sin el velo de las palabras que lo expliquen, lo ligan a universos personales, a los significantes que a la final terminan siendo lo simbólico protegiendo de lo poco que se sabe de lo real. Es así como toma carácter de *unheimlich* ya que, al no poder ser puesto en un discurso, adquiere carácter de trauma (Freud, 1919; Barcos, 2022; Homer, 2016). En relación con esta ruptura, se denomina trauma a aquella experiencia que deja huella en la psiquis. Freud S. (1920-1922) nombra aquel evento que trae “una perturbación enorme en la economía energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa” (p. 19), la cual deja marca debido a la



sobrecarga pulsional que este compone. Barco (2012) entiende el trauma como exceso y déficit en tanto sobrepasa al sujeto en su capacidad de simbolización. Retomando este saber, conceptualizar el término coyuntura dramática del trauma, donde liga algo de lo propio y algo externo. Como lo trae Farré (2016): “ese peligro externo solo asumirá todo su poder en tanto y en cuanto pueda evocar un peligro interno” (p. 3). Una ejemplificación es el caso Emma (de Freud), donde el evento de la risa del tendero se liga a las caricias de otro tendero en un momento anterior. Barcos refiere que un hecho no es traumático por la magnitud del acontecimiento sino por su capacidad de ligarse con un hecho íntimo y anterior a la vida del sujeto (como las escenas A y B de las que habló Freud). No obstante, es imposible no aseverar que hay dos hechos traumáticos en sí: la sexualidad y la muerte (Barcos, 2022). En las áreas críticas, la muerte aparece como aquel real incapaz de ignorar.

La angustia es un concepto que ha ido actualizándose. Lo que para Freud constituye un conjunto de excitaciones que salen a perturbar el equilibrio del sujeto, para Lacan, en cambio, 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).

Su definición se condensa en su Seminario X (1962-1963) 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. Es por esto que, a pesar de que no engaña, rastrear de dónde viene la angustia requiere un trabajo analítico porque la represión se vuelve a armar sin dejar ver qué la causó (Sobre psicoanálisis, 2022; Elgarte, 2007).

## **Maternidad**

Desde la biología, todo ser vivo de sexo femenino que pueda dar descendencia directa es una madre. Sin embargo, el ser humano, según Freud, no actúa desde la necesidad sino desde la pulsión (instinto atravesado por el lenguaje), abriendo así la pregunta sobre la maternidad. Cada vez se recaba más evidencia, que aporta que el instinto maternal no es intrínseco a la mujer. Estudios como los citados por



National Geographic España (2018) muestran que el "instinto maternal" está más vinculado a la segregación de la oxitocina la cual no es exclusiva de las mujeres. Desde el psicoanálisis, 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. 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.

### **Hospitalización pediátrica**

Existen 3 efectos subjetivos de la hospitalización en los familiares que resulta importante resaltar. Primero está la suspensión del tiempo biográfico y social: “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” (Hamui-Sutton, L, 2021, párr. 4). Es una hiancia, una brecha de tiempo no recuperable, todo lo que está fuera del contexto hospitalario queda en pausa, sobre todo en hospitales pediátricos. Lo segundo son las fantasías de muerte y la negación social. En la Edad Media, se crearon los hospicios, un claustro para morir. Con los avances de la ciencia, los ahora hospitales eliminan la idea de muerte con la apuesta a la salud. Si los hospicios ya casi no existen, ¿cómo lograr hablar de la muerte en instituciones y sociedades que las niegan constantemente? Ciertamente, parte del proceso de duelo 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: “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). Si hablar de muerte ya es difícil para la sociedad, cuando se enfrenta la posibilidad de pérdida de la vida de un niño, el tema es aún más angustiante. Lo tercero es la incertidumbre ante los pronósticos y diagnósticos. Un estudio realizado por Flórez Torres, I. E.; Montalvo Prieto, A.; & Romero Massa, E. (2018); toma familiares de pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos. Encuentran que, respecto al pronóstico, el 50,6% de los familiares se sintieron con regular incertidumbre y el 25,3% con un alto nivel de incertidumbre. Las razones son las siguientes: no poder planear en futuro, los cuidados al estar en casa, incertidumbre por no saber qué ocurrirá y cuánto pasará hasta que puedan cuidarse solos. En la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) 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 esperando que no queden secuelas de la enfermedad.

### **Antecedentes**

El concepto de angustia no ha sido objeto central de estudio, en las investigaciones contemporáneas, en comparación con el de ansiedad. A nivel nacional, Faisán & Carvajal (2018) describen como factores ansiógenos para madres primerizas en nosocomios lo siguiente: 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 dificultad al momento de alimentarlos. En lo internacional, Almeida & Aires (2023) reintrodujeron la cuestión de la subjetividad en el contexto hospitalario brasileño evidenciándose en un estudio de caso en el cual llevaron al paciente del desamparo subjetivo en el que se encontraba a la elaboración de los significantes para ayudar a enunciar su malestar. Por su parte, Sierra, Ortega & Zubeidat (2003) definen la ansiedad como reacción motora con manifestaciones físicas y psicológicas y la angustia como una reacción paralizadora que tiene el individuo ante un peligro que puede afectar a su integridad tanto física como psicológica.

La hospitalización, es un evento disruptivo que deja huella. Y es que ''El proceso de hospitalización de un paciente incrementa los niveles de estrés y ansiedad, esto debido a la incertidumbre, impotencia ante los cambios y la privación de la autonomía'' (Martínez-Martínez, Mejía & Landa-Blanco, 2021, p. 26). En pacientes evaluados, los índices alcanzan el 67,4% de sintomatología depresiva y 51,1% de ansiedad. Existe una gran cantidad de bibliografía que logra visualizar el malestar psíquico y emocional que sufren



los familiares de niños hospitalizados en áreas críticas. Por ejemplo: En Ecuador, 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, conllevan malestar entre los cuidadores. A nivel internacional, Delgado, Rincón & León (2020) concluyen que las necesidades de los familiares de pacientes de UCI son las necesidades emocionales, la necesidad de ser informados, la necesidad de proximidad y la de seguridad. Como podemos ver en los últimos estudios, la ansiedad afecta a los familiares de los pacientes quienes tienen demandas y necesidades no siempre cubiertas.

Con relación a las madres, no se encontraron estudios de la configuración subjetiva de las madres de los pacientes pediátricos. Frente a la escasez de estudios, investigaciones afines revelan la maternidad como un hecho angustiante en sí mismo. 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). Lo sacrificial de la maternidad viene nutrido por expectativas y demandas sociales (Paricio y Polo, 2020) aunque entreverado con vivencias propias. Sarmiento & Egas (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). Es por ello que resulta clave analizar cómo sus vivencias personales pueden condicionar su capacidad para gestionar situaciones angustiantes, sobre todo en contextos hospitalarios.

Finalmente, la presente investigación tiene como objetivo general analizar las manifestaciones de la angustia de las madres ante la estancia de los hijos internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, por medio de una investigación exploratoria-descriptiva para destacar la necesidad de apoyo psicológico en esta población. Cuyos objetivos específicos serían los siguientes:

- Identificar cuáles son las manifestaciones de angustia mediante 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.

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio fue cualitativo, de diseño experimental y transversal. Se fundamentó en el paradigma interpretativo, de base naturalista-fenomenológica, con el fin de explorar si existía una relación entre la angustia de las madres y la hospitalización de los hijos. Se empleó el método exploratorio-descriptivo para recopilar información preliminar y profundizar en el estudio del fenómeno. Desde el punto de vista clínico la depresión y la ansiedad cuentan con una vasta presencia de producción científica, a diferencia de la angustia, la cual se estudió sin sobreponerse a otros diagnósticos. El método descriptivo se utilizó para identificar la sintomatología de las madres con más claridad, salvaguardando las diferencias caso por caso.

### **Población**

Para la elección de las participantes en el grupo focal y en la entrevista semiestructurada, se cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser madre, que esta madre no tenga episodios psicóticos, tener un hijo internado en un hospital de niños y por últimos, que este se encuentre en un área crítica pediátrica. Se entrevistaron a 7 madres con hijos internados en áreas de Cuidados Intensivos Pediátricos: 4 de CIP (Cuidados Intermedios Pediátricos) y 3 de UQ (Unidad de Quemados). Estas áreas se eligieron por ser críticas y porque, en ambas, las madres se encontraban presentes en el proceso de internación, lo cual facilitó la recolección de datos. Con las madres de CIP se realizó un grupo focal y con las madres de Quemados se realizaron entrevistas semiestructuradas a cada una.

### **Técnicas de recolección de datos**

#### **Entrevista semiestructurada a expertos**

La entrevista a expertos es una especificidad de la entrevista semiestructurada, en la cual se interroga la experiencia profesional. Estas se utilizaron para identificar las manifestaciones de angustia y explorar la experiencia de maternidad en los hospitales. Se seleccionaron 5 profesionales a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional según los siguientes criterios de inclusión: ser un profesional



acreditado en salud mental, tener experiencia con madres de hijos hospitalizados y contar con un mínimo de cuatro años de experiencia en ámbitos hospitalarios.

### **Test de Apercepción Temática (TAT)**

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. 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. Fueron escogidas 3 láminas con la finalidad de evaluar lo siguiente:

- Lámina 7 N.M: relación de cada una de las participantes con su propia maternidad.
- Lámina 8 V.H: fantasías de muerte que pudo evocar el área de hospitalización en cuidados intensivos.
- Lámina 3 N.M: proyecciones respecto al estado anímico de las participantes, angustias, miedos o depresiones.

### **Grupo focal**

En la presente investigación, la hospitalización fue un efecto institucional importante de analizar por lo que se evaluó a los participantes insertos en este sistema y las dinámicas que en esta se presentaron. Por medio de un grupo focal, se realizaron preguntas acerca de las variables “Maternidad” y “Hospitalización pediátrica”. Además, el grupo focal permitió recopilar información en un tiempo reducido sin perder la diversidad de perspectivas y experiencias para la interpretación de datos cualitativos.

### **Entrevista focalizada**

Para explorar la “angustia” se eligió este tipo de entrevista, ya que en caso de generar movilización subjetiva se podría brindar la contención pertinente. La segunda razón es que, bajo este encuadre y para favorecer la asociación, se presentó un cortometraje de Isis Vila (2011) titulado “Angustia”. La angustia es difícil de poner en palabras por lo que esta herramienta audiovisual contribuyó a comprender el fenómeno para luego describir sus manifestaciones.



## **Consideraciones éticas**

Todas las participantes firmaron un consentimiento informado previo a la aplicación de las técnicas. Los datos recopilados fueron eliminados 30 días después de su análisis.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **Manifestaciones de angustia**

Para los profesionales, la angustia y la ansiedad son diferentes, aunque pueden estar interrelacionadas entre sí. La angustia es vista como situacional (donde hay incertidumbre y falta de control), aguda y sin desencadenante específico mientras la ansiedad es 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 respuestas y donde el sufrimiento no encuentra localización. Las manifestaciones de la angustia 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” (Psicólogo 4, 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. Para ellas, algunas fuentes de su malestar venían de ver a sus hijos salir anestesiados después de las intervenciones quirúrgicas, tener que autorizar procedimientos médicos, la culpabilidad de no haber llevado a sus hijos antes a atenderse y la larga estancia hospitalaria. En general definieron la angustia 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. Otras madres describieron que venían a su mente pensamientos de que sus hijos pudieran estar muertos:

Mi hijo se me murió. Mi hijo se me va a morir... Ya cuando a mi hijo lo hospitalizaron, mi mente estaba blanca. 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)

A propósito del TAT, algo que se puede notar es que todas las madres se proyectaron con las Figuras mostradas. En vez de asociaciones, había una proyección directa, se relacionaban con la imagen y les permitía contar sus vidas. Esto se debe a que, por el cansancio y el estado emocional, la defensa psíquica era baja lo cual les permitía explorar directamente sus emociones. 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 indican, que hay índices de depresión y ansiedad en los familiares de pacientes hospitalizados. Cuando se les preguntó qué pasaría después en la historia que relataron, dijeron que saldrían adelante, solas, como siempre.

### **Maternidad en contextos hospitalarios**

En relación con la maternidad en contextos hospitalarios, los expertos expresaron que es una experiencia 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. Ante la internación de los hijos y las posibles fantasías de muerte, las madres adoptan 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 construye 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. Las posibles regresiones que se suscitaron por la hospitalización se toman con agrado ya que, como dicen las madres “solo somos él y yo”



Las experiencias previas de hospitalización pueden ser un factor protector y a su vez un factor de riesgo a la vez. 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 tienen un marco de referencia previo, 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” (Psicólogo 1, comunicación personal, 2025). De hecho, para las madres sin experiencia previas de hospitalización, recibir el apoyo de madres que sí las han tenido les ayuda a calmarse.

Según lo expresado en los grupos focales, las madres que tenían más tiempo internadas con sus hijos fueron las que llevaron la batuta de la conversación y quienes desde su posición de saber, pudieron tranquilizar y ser ejemplo de resiliencia para las otras. Sin embargo, el marco de referencia de las experiencias hospitalarias no se limita únicamente a vivencias personales actuales o relacionadas con el hijo internado, sino que también puede reactivar experiencias previas. Así lo expresó una de las madres en el grupo focal quien había entrado a una sala de quemados a los 17 años y al escuchar que su hija se internaba estaba ansiosa por el futuro de su hija. La naturaleza de este factor depende de cómo haya incorporado esta experiencia al discurso del paciente. Se trata de historizar el hecho con el fin de que no devenga traumático en otro momento.

Acerca de 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. Cada historia del TAT responde al marco de referencia de su propia historia como hijas. 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.



Respecto a qué era ser una 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; esto se relaciona con lo expresado por el psicólogo 3: “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, eso es muy normal ver” (comunicación personal, 2025). No obstante, una de las madres expresó que nadie es buena. Esta respuesta particularizada guarda relación con el hecho de que su hijo fue internado a causa de un accidente que provocó quemaduras, lo cual la llevó a hacer una excepción frente al discurso social idealizado.

### **La hospitalización y su relación con la angustia**

Referente a si el ámbito hospitalario puede angustiar, los profesionales sugieren cuatro motivos. El primero tiene que ver con la muerte de su hijo como causa principal de angustia. En segundo lugar, 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” (Psicólogo 2., 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” (Psicólogo 4, comunicación personal, 2025). La última por las dificultades económicas que afrontan los padres.

Indagar acerca de la muerte despierta muchas resistencias, como lo nombraron los profesionales 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. 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. 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 fue: 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. Como lo comentaba una madre que estuvo presente en una temporada de 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... así entré en un estado de shock” (M3, comunicación personal, 2025)

Las madres, por su parte respondieron la situación hospitalaria como: difícil, dolorosa y cansada. 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 para estar 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 de si existe algo en el hospital que logró 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 que 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 adición, se les preguntó por la frase repetida por el personal “no llore porque le hace daño al niño”, en donde la mayoría de madres entrevistadas considera que es correcta, una de ellas indicó que su hijo se saturaba cada vez que ella lloraba.

Se preguntó acerca de aspectos difíciles de aceptar en la hospitalización. Las respuestas estuvieron divididas en dos aristas: el perder a sus hijos y el que queden con complicaciones (discapacidad, amputaciones, injertos de piel, etc). La angustia aquí tipificada se relaciona con aquello que nos aterra, desde Freud, la conceptualización de lo unheimlich que 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 se ha podido visualizar 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 dijo “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.

## DISCUSIÓN

En esta línea, fue posible identificar patrones emocionales recurrentes, así como estrategias de afrontamiento desplegadas por las madres ante una situación tan compleja y angustiante como es la hospitalización, lo cual configura su experiencia subjetiva. A continuación, se discuten las principales manifestaciones de angustia observadas en las participantes, contrastándolas con la teoría existente en torno a la angustia y la ansiedad, en contextos marcados por la inminencia de crisis y duelos. En primer lugar, la angustia, a pesar de tener manifestaciones de inhibición e incapacidad de respuesta, desde el psicoanálisis es señal de lo real (del encuentro con lo traumático). El TAT permitió hacer conexiones entre momentos de angustia y la historia personal, con traumas y duelos no resueltos que resurgían en estos entornos.

La UCIP, por sus características, constituye un contexto de alto impacto emocional, tanto para los pacientes internados como para sus familiares, en este caso, las madres. En este sentido, el ingreso de un hijo en una de estas unidades implica para la madre una irrupción abrupta de la cotidianeidad, que evoca una serie de afectos intensos, entre ellos, fantasías de pérdida y muerte. La inmediatez de la urgencia médica confronta a las madres con una dimensión que escapa a lo simbólico, una dimensión donde el sujeto no puede sostenerse por medio del lenguaje, y en la cual lo simbólico se queda corto ante lo real (Sobre psicoanálisis, 2022; Elgarte, 2007). En este marco, la angustia se presenta como la caída del sentido frente a lo que no puede nombrarse y de lo que no se puede anticipar.

Por otro lado, los relatos de las madres revelan que el cuerpo del hijo, al ser medicalizado, se transforma en un territorio ajeno: ya no es el cuerpo cuidado por ellas, sino un objeto del discurso médico. Esta



expropiación genera angustia, no solo por el temor a la muerte sino por la incertidumbre al no saber frente al lenguaje técnico del diagnóstico y pronóstico, llevándolas a un lugar de exclusión. El cuerpo se convierte en un campo de intervención del discurso médico, que detenta el saber; mientras tanto, el discurso materno se escapa. Ya que deja de ser objeto de cuidado de la madre, y pasa a ser objeto de intervención para la medicina. Esto propicia la aparición de fantasías de castración —como la pérdida del objeto amado— e incluso fantasías de muerte. La castración no alude a la pérdida física del hijo sino a la pérdida del control simbólico, ya la madre no es amo de su cuidado. No solo el discurso materno se ve desplazado, sino también, en gran medida, el deseo materno. La imposibilidad de preservar al hijo deviene en angustia como señal de un deseo que ya no tiene a qué aferrarse, frente a la caída de lo simbólico.

La maternidad en hospitales requiere el esfuerzo de resignificar su rol. En estos entornos pueden haberse sentido subordinadas frente al personal médico, quienes encarnan el saber absoluto dentro de la institución. Esto se vincula con lo que Lacan plantea en su teoría de los Cuatro Discursos, específicamente con el Discurso del Amo, caracterizado por el control y la propiedad del saber, ubicando al sujeto en la posición de objeto de ese saber, donde su palabra carece de valor y lugar. Siguiendo esta línea, Zabalgoitia & Pérez (2023) hablan acerca del lugar que ocupa el sujeto en el Discurso del Amo mencionado que: “Si en el discurso del amo el sujeto barrado está en posición inconsciente, esto se debe a que S1 no quiere saber nada de divisiones ni de síntomas” (p. 56). Se anula la posibilidad de cualquier elaboración sintomática y subjetiva del sujeto, ya que el amo no necesita saber nada de aquello. La angustia, bajo esta línea, puede configurarse como un silenciamiento forzado, en tanto el saber médico se impone, la madre se enfrenta a un Otro que sabe de manera absoluta, pero no escucha.

Otro punto es que la hospitalización de los hijos, especialmente cuando emergen fantasías asociadas a la posibilidad de la muerte, genera un efecto de sobreprotección. En ciertos casos que el hijo tuviera regresiones, es decir, que dejara de hacer actividades de su edad para retroceder en su desarrollo como ya no comer ni ir al baño solo, necesitando a la madre, no despertaba ninguna alerta, sino que era razón de alegría. Se refuerza el vínculo madre-hijo, como lo expresa la frase repetida por varias madres: “solo somos él y yo”. Este reforzamiento del lazo permite comprender no solo el lugar que ocupa la madre del paciente frente a la institución hospitalaria, sino también su posición subjetiva frente a la dificultad: una



vivencia solitaria en la que madre e hijo se enfrentan juntos a la adversidad. Es por ello que muchas adoptan una postura sobreprotectora que parece responder a la necesidad de cubrir las carencias emocionales que percibe dentro de la institución hospitalaria. En estos momentos nos encontramos con fenómenos del transactivismo. Este fenómeno descrito por Berges y Balbo (1999) consiste en la confusión especular, es cuando los límites yoicos se difuminan y lo que le afecta al otro me afecta a mí. Al estar tan pegados ambos, el dolor físico del hijo parece ser sentido por la madre quien reacciona. Es aquí, donde para no caer en relaciones atosigantes se necesita que se haga una separación. ¿Quién la hace? ¿El psicólogo? ¿Existe un desplazamiento de la red de apoyo personal de la madre hacia una red institucional? En este sentido, el hospital —como institución— se vuelve no solo un espacio de tratamiento médico, sino también el lugar desde donde se orienta el proceso y se le da sentido a la estancia hospitalaria.

Por último, los resultados reconocen que la institución hospitalaria logra ser percibida como un entorno amenazante, donde las madres se encuentran en un estado vulnerable y desorientadas, sin alguna guía para poder responder a un no saber constante. Mientras en Faisán & Carvajal (2018) encuentran que el mayor problema de las madres de neonatos en hospitales es no poder definir su rol como madre, la mayor preocupación y fuente de angustia de las madres en Unidades Intensiva Pediátricas son la muerte y las posibles secuelas. Sin embargo, nadie está preparado para atravesar estas experiencias. Es por ello que una fortaleza de este estudio fue el uso de un grupo focal que, aunque tuvo fines investigativos, logró enriquecer las perspectivas de todas ellas ante lo cual se recomiendan grupos de trabajo.

Como propuesta de profundización de este tema sugiero evaluar qué tan diferentes reacciones tendrían las madres teniendo en cuenta que las exigencias de cuidado son diferentes desde las perspectivas sociales. Además, añadido 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. En adición, sería interesante investigar este tema en los padres de familias y explorar cómo se manifiesta la angustia en ellos y si los roles sociales influyen en la lógica institucional a la que se deben apegar.



## 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 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.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- Barros, M. (2022). De la coyuntura dramática del trauma en *Las Islas*, (pp. 25-33). Grama Ediciones.
- Berges, M., & Balbo, C. (1999). Sobre el transítivismo. 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>
- 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 a-dicciones. Nueva Escuela Lacaniana – Guayaquil. <https://nelguayaquil.org/2017/08/16/el-nombre-del-padre-el-capitalismo-la-epoca-y-las-a-dicciones/>
- 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>
- 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>
- 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.%>



- 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>
- Flórez, E., Prieto, A. M., & Massa, E. R. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo\*. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 20(1). <https://www.redalyc.org/journal/1452/145254388008/html/>
- 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.
- 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
- 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)
- Lacan (1962-1963). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La angustia*. Editorial Paidós.
- 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>
- 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.

- Morales, S., Brown, K. M., Taber-Thomas, B. C., LoBue, V., Buss, K. A., & Pérez-Edgar, K. E. (2017). Maternal anxiety predicts attentional bias towards threat in infancy. *Emotion*, 17(5), 874–883. <https://doi.org/10.1037/emo0000275>
- 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>
- Recalcati, M. (2018). *Las manos de la madre* [Versión Kindle]. Anagrama.
- 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>
- Sobre Psicoanálisis. (2022). 37- *La angustia: señal de un cuerpo que se desarma - Con Andrea Berger* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=o291f7L11OU>
- 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)
- Zabalgoitia, M., & Asensi Pérez, M. (2023). Psicoanálisis, educación y cultura. Presencias, omisiones y resistencias al inconsciente. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. <https://doi.org/10.22201/iissue.9786073088411e.2023>
- 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>

